

Tarja Nurmi

KOKEMUKSIA IKÄIHMISTEN PERHEHOIDOSTA JA  
PERHEHOITAJIEN SAAMASTA TUESTA

Vanhustyön koulutusohjelma  
2015

# KOKEMUKSIA IKÄIHMISTEN PERHEHOIDOSTA JA PERHEHOITAJIEN SAAMASTA TUESTA

Nurmi, Tarja

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Vanhustyön koulutusohjelma

Marraskuu 2015

Ohjaaja: Hautala Päivi-Maria

Sivumäärä:53

Liitteitä:5

Asiasanat: ikäihmisten perhehoito, ikäihminen, perhekoti, perhehoitaja, omainen

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ikäihmisten perhehoidon kokemuksia perhehoidossa olevien ikäihmisten omaisten sekä perhehoitajien näkökulmasta. Lisäksi selvitettiin, miten perhehoitajia voitaisiin tukea, jotta he pystyisivät vastaamaan perhehoidossa olevan ikäihmisen tarpeisiin mahdollisimman hyvin. Tavoitteena oli myös tehdä ikääntyneiden perhehoitoa tunnetuksi. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Euran kunnan sosiaalitoimen kanssa.

Tutkimusote on kvalitatiivinen ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Teoreettisena viitekehystenä käytettiin keskeisiä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita, joita ovat itsemääräämisoikeus, voimavarojen riittävyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Haastatteluihin osallistui kolme perhehoitajaa ja kolme perhehoidossa olevan ikäihmisen omaista.

Perhehoitajan työ vaatii vahvan sitoutumisen työhön sekä perhehoitajalta että koko perheeltä. On myös tärkeää, että ikäihminen sopeutuu perheeseen ja tulee toimeen perheenjäsenten ja muiden perheeseen sijoitettujen kanssa. Viranomaisia pitäisi kouluttaa, jotta he osaisivat sijoittaa ikäihmisen sopivaan paikkaan, oikeaan aikaan. Perhehoito on välimuoto kotihoidon ja laitoshoidon välillä. Säännöllinen kunnan järjestämä vertaistuki nähtiin tarpeellisena työssä jaksamisen kannalta, kuten myös työhönohjaus, kehityskeskustelut ja koulutukset. Tärkeintä kuitenkin on, että hoitaja on selvittänyt itselleen, millaista perhehoitajan työ on. Perhehoitajien mielestä heidän saamansa taloudellinen tuki ei korvaa tehtyä työmäärää, koska työ on erittäin sitovaa. Työssä jaksamisen kannalta haastavaa on oman ajan järjestäminen. Hyvän perhehoidon toteutumisen kannalta tärkeinä asioina perhehoitajat mainitsivat: turvallisuus, oma jaksaminen ja kunnan hyvä tuki jaksamiseen, myötämieliset omaiset sekä asiakkaan sopiva kunto perhehoitoon.

Omaisten mielestä perhehoidolla on myönteisiä vaikutuksia ikäihmiseen. Perhehoidossa ikäihmiset voivat osallistua kodin normaaliin elämään ja askareihin. Perhehoito on omaisten mielestä kodinomaista, inhimillistä, yksilöllistä hoivaa. Oma huone on ikäihmiselle tärkeä perhehoidossa. Siellä hänellä on tutut tavarat ympärillään ja se luo turvallisuutta. Päivittäisen hoivan tarpeeseen perhehoito vastaa omaisten mielestä hyvin. Yhteydenpito ja tiedottaminen perhekodin ja omaisten välillä sujuu hyvin. Omaisten mielestä perhehoitajat tekevät todella arvokasta työtä ja he arvostavat hoitajia suuresti. Hoitajien lomien sijaistamista pitäisi kuitenkin kehittää. Perhekoti olisi hyvä olla lähellä omaisia, jotta he pystyisivät osallistumaan ikäihmisen hoivaan.

# THE EXPERIENCES OF FAMILY CARE OF THE ELDERLY AND THE SUPPORT THAT THE FAMILY CARE GIVERS GET

Nurmi, Tarja

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in elderly care

November 2015

Supervisor: Hautala, Päivi-Maria

Number of pages: 53

Appendices: 5

Keywords: family care of the elderly, elderly, family care home, family care giver, relative

---

The purpose of this thesis was to find out the experiences of family care of the elderly from the relatives' and family care givers' point of view. Furthermore, it was found out how the family care givers could be better supported in order for them to be able to respond to the needs of the elderly who are within family care. Another aim of this study was to make the family care of the elderly more well-known. This thesis was carried out in co-ordination with the municipality of Eura.

The study is qualitative and the data collection methods were a theme interview. The theoretical framework of the study is based on the key ethical principles securing human dignity of the elderly: self-determination, empowerment, justice, participation, individuality and safety. Three family care givers and three relatives of the elderly, who were within family care, took part in the interviews.

The work of a family care giver requires strong commitment to the work both from the family care giver and from their whole family. It is important, that the elderly person fits into the family and gets along with the family members and the other elderly persons, who are placed in the same family. Authorities should be better trained so that they could place the elderly to the right place at the right time. Family care is not the last form of treatment, but it is a cross between home care and institutional care. Regular peer support organized by the municipality was seen necessary in order to be able to work as a family care giver. Furthermore, supervision of work, career development discussions and different trainings were found out to be useful for the family care givers. The most important thing, however, is that the family care givers make clear to themselves, how it is to work as a family carer and what the work is actually like. According to the family care givers the financial support they receive does not cover the amount of work they do, because the work is very binding.

According to the relatives of the elderly, family care has positive impact on the elderly person. Within family care the elderly person can participate in the normal everyday life of the family. Family care is homelike, humane and individual care. For the elderly their own room is very important. In their own rooms they have familiar items around them what makes them feel safe. The relatives of the elderly think that family care responds well to the daily need of care of the elderly. Communication and informing goes fine between the family care home and the relatives of the elderly. The relatives appreciate the work of the family care givers and they think that the family care givers' work is really valuable. Anyway, the filling in for the family care givers, when they are sick for example, should be improved. Furthermore, the family care home should be situated near the relatives so that they could engage themselves in the care of the elderly person who is within family care.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PERHEHOITO.....	5
2.1	Perhehoidon historiaa Suomessa.....	5
2.2	Perhehoidosta.....	8
2.3	Ikäihmisten perhehoito.....	11
2.4	Uusi 1.4.2015 voimaan astunut perhehoitolaki.....	13
2.5	Perhehoito Euran kunnassa.....	15
3	AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA.....	18
4	KESKEISIÄ IHMISARVOISEN VANHUUDEN TURVAAVIA EETTISIÄ PERIAATTEITA.....	21
4.1	Itsemääräämisoikeus.....	21
4.2	Oikeudenmukaisuus.....	22
4.3	Osallisuus.....	22
4.4	Yksilöllisyys.....	23
4.5	Turvallisuus.....	23
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	24
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	25
6.1	Tutkimusmenetelmä ja -aineisto.....	25
6.2	Haastattelut.....	27
6.3	Tutkimuksen analysointi.....	30
7	TULOKSET.....	31
7.1	Perhehoitajien teemahaastattelujen tulokset.....	32
7.2	Omaisten teemahaastattelujen tulokset.....	38
7.3	Yhteenveto tuloksista.....	45
8	POHDINTA.....	46
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	46
8.2	Yhteenvetoa, jatkotutkimusaiheita ja kehittämisehdotuksia.....	50
	LÄHTEET.....	54
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Perhehoito on kotihoidon ja laitoshoidon välimuoto, joka mahdollistaa yksilöllisen hoiivan ja huolenpidon. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska ikääntyvien määrä lisääntyy jatkuvasti ja hoitopaikkoja tarvitaan lisää. Ikäihmisten palveluissa on etsittävä uusia vaihtoehtoisia toimintamalleja täydentämään laitoshoidoa ja tehostettua palveluasumista. Vuonna 2013 laaditun laatusuosituksen mukaan ikääntyneen väestön palvelurakenteen on vastattava iäkkäiden palvelutarpeita (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 36). Vanhuspalvelulaissa säädetään, että kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen omassa kodissaan tai muussa kodinomaisessa ympäristössä. Pärjäämistä tuetaan sosiaali- ja terveysterveystoimilla, jotka sovelletaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään sen hetkistä palveluntarvetta. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoidona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on ikääntyneen arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta perusteltua. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveysterveystoimista 980/2012, 14§.) Vanhus ja ikäihminen sanoja käytän työssäni synonyymeinä. Sanoja on vaikea määritellä tarkasti, koska ikärajoja on vaikea asettaa.

## 2 PERHEHOITO

### 2.1 Perhehoidon historiaa Suomessa

Perhehoidon huono maine historiassa on vaikuttanut pitkään perhehoidon kehittymiseen. Kunnan elättien ja huutolaisten varjo vaikuttaa keskusteluun perhehoidosta vielä tänäänkin. Perhehoidon historian juuret ovat jo 1800-luvulla. 1800-luvulla sukulaiset ja kyläläiset huolehtivat toisistaan ja lopuista pitivät huolen kirkko ja hyvät ihmiset. 1800-luvun alkupuolella keisarillisella asetuksella (1817, 1822) kiellettiin kerjääminen. Kerjäämistä ehkäistiin kehittämällä varattomien hoitoon muita keinoja. Ensin tuli elätti/ruotuhoido, jonka perusteella lapset, vaivaiset, vanhukset ja köyhät

annettiin hoitoon kotiin, joka pyysi heistä vähiten korvausta. Kunnan kulut haluttiin pitää mahdollisimman pieninä. Vähävaraisten hoidon järjestämiseksi pidettiin ihmisarvoa loukkaavia köyhäinhuutokauppoja. Vaivaishuutokaupoissa vähävaraiset ja vanhuksat myytiin mahdollisimman halpaan hintaan yksityistalouksiin ”hyödykkeiksi”. (Ketola 2008, 15.)

Kun vihdoinkin alettiin kiinnittää huomiota ihmisarvon loukkauksiin, alkoi laitoshoidon osuus kasvaa elätehoidon rinnalla. Vaivais- ja köyhäinhoitotaloihin otettiin hoitoon kaikenlaiset hoitoa tarvitsevat, turvattomat lapset, aviottomat äidit, vaivaiset, heikkomieliset ja mielisairaats sekä myös laiskat. Vaivaishoitoasetuksista (1852 ja 1879) siirryttiin köyhäinhoitolakiin vuonna 1923. Laki määritteli kunnan velvollisuudeksi antaa elatusta jokaiselle hädänalaiselle. Ruotuhoito ja vaivaishuutokaupat kiellettiin lopullisesti. Hoidettavia pyrittiin auttamaan ensisijaisesti omissa kodissaan tai sijoittamaan yksityisiin koteihin. (Ketola 2008,15–16.) Köyhäinhoitolain (1923) mukaan yksityiskotiin sijoittamisesta tehtiin kirjallinen sopimus. Sopimuksella pyrittiin varmistamaan, että sijoitettu sai tarvettaan ja hoitoa vastaavan kohtelun. Myös yksityiskodin terveydellisiin oloihin kiinnitettiin huomiota ja valvottiin, ettei hoidosta maksettuja rahoja käytetty väärin. Niitä varten, joita ei voitu auttaa kodissa tai ei voitu sijoittaa yksityiskotiin, kunnalla oli oltava kunnalliskoti tai osuus vastaavasta. Köyhäinhoitolain (1923) uusia avunantomuotoja olivat kotiavustus ja kunnalliskoti. Kotiavustus kohdenettiin vanhuksille, joiden toimeentulo oli riittämätön ja apu annettiin suoraan vanhuksen kotiin. Yksityiskotihoito oli tarkoitettu huolenpitoa tarvitseville fyysisesti heikkokuntoisille vanhuksille. Kunnalliskotiin sijoitettiin avuttomimmat vanhuksat. (Rintala2003, 65–81.)

Syytinki on myös ollut osittaista perhehoitoa maaseudulla tilojen sukupolvenvaihdoksessa. Kaupparajaan oli sovittu vanhan parin asuminen tilalla tai sen läheisyydessä. Syytinkiin sisältyi ruokahuolto ja muu huolehtiminen mahdollisimman pitkään kotitilalla. (Toivanen 2013, 13.) Maatiloilla syytinki on osittain säilyttänyt asemansa näihin päiviin saakka osana tilakauppaa sukupolvenvaihdoksen yhteydessä, koska maaseudulla sukupolvet asuvat usein lähellä toisiaan ja auttavat toinen toisiaan. Asumisesta ja auttamisesta ei välttämättä ole tehty mitään kirjallista sopimusta. Se on ehkä sukupolvien välinen kirjaamaton sopimus tai se nähdään tietynlaisena velvolli-

suutena. Tosin ajat ovat muuttuneet ja uudet sukupolvet haluavat lisääntymässä määrin elää omassa rauhassa.

Vuosina 1940–1970 vanhustenhuollossa siirryttiin yleisesti avohuoltopainottuneisuudesta laitoshuoltopainottuneisuuteen. Yksityiskotiin sijoitettujen vanhusten määrä laski laitoshoidon yleistyessä. Asenteet vanhustenhuollossa olivat hoitamiskeskeisiä ja laitushoitoa arvostavaa. 1960-luvun loppupuolella laitoshoidossa alkoi ilmetä kehittymistä. Hoitotyön kehittymisen myötä alettiin kiinnittää huomiota myös vanhainkotien viihtyvyyteen ja vanhuksia alettiin huomioida yksilöinä. Kunnalliskodit muutettiin vanhainkodeiksi ja 1980-luvun lopulta lähtien vanhusten kodeiksi tai palvelukeskuksiksi. Vanhushuollossa vuosien 1970 - 1990 aikakausi oli hyvinvointivaltion ja vanhuspalvelujen kehityksen aikaa. Vanhustenhuoltoa ja sen rakenteita kunnissa ohjasi laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuosuksista, joka tuli voimaan 1.1.1984. (Toivanen 2010, 13.)

1980–1990-luvulla tapahtui myös muutos ajattelussa vanhusten sijoittamisen suhteen. Alettiin ajatella, että vanhusten tulee voida asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotona asumista tukevan ja vanhuksen itsemääräämisen kunnioittamisen ajatuksen takana oli humanitääriin ajattelu ja kustannustietoisuus. Lähestyvä talouden lama alkoi vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleen organisointiin. Vanheneva väestö muutti maalta kaupunkeihin ja kuntakeskuksiin palvelujen lähelle, joka lisäsi avopalvelujen kehittämisen tarvetta. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolaki laajensi laitoshoidon käsitettä niin, että hoitoa voitiin järjestää niin lyhytaikaisena kuin jatkuvana päivä- tai yöhoitona tai ympärivuorokautisena hoitona. (Toivanen 2010, 14.)

Suomalaisen vanhuspolitiikan ja vanhuspalvelujen muutosprosessi jatkui 1990-luvulla. Taloudellinen laman aikana haettiin säästöjä kustannuksista ja henkilöstöresursseista. Valtiosuosuksien supistuessa kuntien oli pakko organisoida palvelujaan uudelleen. Raskaasta laitoshoidosta pyrittiin kevyempiin hoitomuotoihin. Valtakunnallisissa suunnitelmissa oli vuosituhannen vaihteessa tavoitteena, että yli 75-vuotiaista vanhuksista olisi laitospaikoilla enää seitsemän prosenttia, muiden ollessa kotona tai palveluasumisen piirissä. Vanhuspalveluissa tämä on näkynyt siirtymisenä laitospainotteisesta avopalvelupainotteiseen hoitoon, kuten kotihoidon lisäämiseen. Vanhuspolitiikan uudelleen muotoilu 1990-luvulla korostaa myös ei-ammattillista

yhteisvastuuta lähipalvelujen kehittämisessä. Tämä sisältää ajatuksen, että valtio ei yksinään vastaa vanhusten hoidon järjestelystä, vaan esimerkiksi järjestöt ja omaiset osallistuivat siihen. Pyrittiin myös lisäämään vapaaehtoistyötä. (Toivanen 2010,15). Eräänä yhteiskunnallisena toimenpiteenä nähdään perhehoitajalain (1992) ja lain omaishoidon tuesta (2005) säätäminen. Kuntien itsehallinnon vahvistuminen ja päätöksenteon itsenäistyminen sekä valtiosuusjärjestelmän muuttuminen vuonna 1993 vaikuttivat myös vanhuspalvelujen toteuttamiseen. Kunnille tulivat näiden muutosten jälkeen kuntakohtaiset laskennalliset valtiosuudet, jotka kunta sai käyttää parhaaksi katsomallaan tavalla. Nämä lakimuutokset antoivat kunnille mahdollisuuden vanhuspalvelujen yksityistämiseen ja kilpailuttamiseen. (Toivanen 2010, 13–15.)

## 2.2 Perhehoidosta

**Perhehoito** on sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan on huolehdittava sosiaalihuoltolain 17 § mukaan. Kunnissa määritetään perhehoidon saamisen kriteerit.

Perhehoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 25§: n mukaan henkilön hoidon ja kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoitoa voidaan toteuttaa toimeksianto- tai ostopalvelusopimuksella. Ostopalveluna toteutettu perhehoito on yritystoimintaa, jota varten perhekotiyrittäjä tarvitsee luvan aluehallintovirastolta. Perhehoidon tavoitteena on turvata hoidettavan mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin. Samoin edistetään hoidettavan turvallisuutta ja huomioidaan hänen hoidontarpeensa. Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen. Hänen ei kuitenkaan katsota olevan laitoshuollon tarpeessa. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/ 710, 17§, 25§.)

Perhehoito voi olla joko jatkuvaa tai lyhytaikaista perustuen yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Perhehoitoa voidaan myös toteuttaa osavuorokautisena perhehoitona. Perhehoitoa käytetään lasten- ja kehitysvammaistenhuollossa sekä ikäihmisten hoitoa järjestettäessä. Omaishoito ei ole perhehoidon muoto. Omaishoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon järjestämistä kotiolloissa omaisen tai muun hoidettavan läheisen henkilön avulla. Perhehoidossa henkilön hoito, kasvatusta tai muu ympärivuoro-



rokautinen huolenpito järjestetään henkilön oman kodin ulkopuolella yksityiskodissa. Mikäli henkilön hoitajan toimii oma lapsi, vanhempi, avo- tai aviopuoliso, on hoito omaishoitoa. (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937, 2§.)

Sosiaalihuoltolain 26 §:n mukaan **Perhekodilla** tarkoitetaan aluehallintoviraston luvan saanutta tai perhehoitolaissa tarkoitettua kunnan tai kuntayhtymän hyväksymää yksityiskotia, jossa annetaan perhehoitoa. Perhekodin tulee olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710, 26 §.) Harkitessaan perhekodin sopivuutta on kunnan tai kuntainliiton kiinnitettävä erityistä huomiota perhekodin ihmissuhteisiin sekä perhehoitajan mahdollisuuksiin toimia perhehoitoon sijoitetun henkilön edun mukaisesti. Samoin on tärkeää hyvä yhteistyö perhehoitajan ja kunnan tai kuntayhtymän sekä perhehoidossa olevan henkilön läheisten kanssa. (Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607, 12 §.)

Sosiaalihuoltolaissa on myös säännös perhekodissa hoidettavien määrästä. Sosiaalihuoltolain 26 §:n mukaan perhekodissa voidaan samanaikaisesti hoitaa enintään neljää henkilöä. Mukaan luetaan hoitajan kanssa samassa taloudessa asuvat alle kouluikäiset lapset ja muut erityistä hoitoa tai huolenpitoa vaativat henkilöt. Jos hoidosta, kasvatuksesta ja huolenpidosta vastaa vähintään kaksi perhekodissa asuvaa henkilöä, joista ainakin toisella on perhehoitajalain 1 § säädetty kelpoisuus, perhekodissa voidaan hoitaa samanaikaisesti enintään seitsemää henkilöä. Soveltuvaksi koulutukseksi katsotaan vähintään toisen asteen koulutus. (Sosiaalihuoltolaki 19.7.1982/710, 26 §.)

**Perhehoitaja** antaa kodissaan sosiaalihuoltolain mukaista perhehoitoa. Hoitaja on tehnyt hoidosta vastaavan kunnan tai kuntayhtymän kanssa toimeksiantosopimuksen. Perhekodin henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista on säännökset perhehoitajalaissa. Perhehoitajaksi voidaan hyväksyä henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perusteella on sopiva antamaan perhehoitoa (Perhehoitajalaki 3.4.1992/312, 1§.). Ennen toimeksiantosopimuksen tekemistä perhehoitajaksi aikovan henkilön on suoritettava tehtävän edellyttämä ennakkovalmen- nus (Laki perhehoitajalain muuttamisesta 8.4.2011/ 317, 1§).

Perhehoitolain mukaisesti perhehoitaja ja kunta solmivat keskenään **toimeksiantosopimuksen**. Siinä sovitaan muuan muassa perhehoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, kulukorvauksesta sekä perhehoitajan muusta tuesta, kuten täydennyskoulutuksesta, työnohjauksesta sekä sijaishoidon järjestämisestä perhehoitajan vapaan ja muun poissaolon ajaksi. Toimeksiantosopimukseen tulee myös sisältyä suunnitelma perhehoidossa olevalle henkilölle ja perhehoitajalle järjestettävistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja muista tukitoimista. Toimeksiantosopimus tehdään jokaisen perhehoitoon sijoitetun osalta erikseen. (Perhehoitajalaki 3.4.1992/312, 4§.) Toimeksiantosopimuksen tehnyt henkilö ei ole työsopimuslain 1 luvun 1§:ssä tarkoitettussa työsuhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan. (Perhehoitajalaki 3.4.1992/317, 1§).

Jos toimeksiantosopimuksessa ei ole toisin sovittu, voidaan toimeksiantosopimus irtisanoa kahden kuukauden irtisanomisajalla. Jos perhekoti tai siellä annettava hoito todetaan sopimattomaksi tai puutteelliseksi, hoidon järjestävän kunnan on pyrittävä korjaamaan tilanne. Jos puutetta ei saada korjattua määräajassa tai sitä ei pystytä korjaamaan ilman kohtuutonta vaivaa, toimeksiantosopimus voidaan purkaa välittömästi (Perhehoitajalaki 3.4.1992/312, 5§.)

Jollei toimeksiantosopimuksessa ole toisin sovittu, perhehoitajalla on oikeus saada hoidosta palkkiota sekä korvausta perhehoidossa olevan henkilön ylläpidosta aiheutuvista kustannuksista. Palkkion määrä perustuu hoitoon käytettävään aikaan ja hoidon vaativuuteen. Asetuksella säädetään palkkion ja korvausten suuruudesta sekä tarkemmista perusteista, joilla palkkio ja korvaukset määräytyvät (Perhehoitajalaki 3.4.1992/317, 1§, 2§.)

Jollei toimeksiantosopimuksessa ole toisin sovittu, perhehoitajalla on oikeus saada vapaata yksi arkipäivä kutakin sellaista kalenterikuukautta kohden, jona hän on toiminut toimeksiantosopimuksen perusteella vähintään neljätoista vuorokautta perhehoitajana. Palkkion maksamisesta perhehoitajan vapaan ajalta sovitaan toimeksiantosopimuksessa. Lisäksi kunnan tulee huolehtia hoidon järjestämisestä perhehoitajan vapaan aikana. (Perhehoitajalaki 3.4.1992/312, 6§.)

Perhehoitajan eläketurvasta säädetään kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläkelaisissa (202/64) ja tapaturmavakuutuksesta tapaturmavakuutuslaissa (608/48)( Perhehoitajalaki 3.4.1992/312, 8§).

### 2.3 Ikäihmisten perhehoito

Ikäihmisten perhehoito on Suomessa edelleen uusi palvelumuoto tai oikeastaan uusin vanha tapa huolehtia ikäihmisten hyvinvoinnista. Vuonna 2013 Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetin (THL) mukaan perhehoidossa oli 126 ikäihmistä. Luku ei sisällä lyhytkestoisen perhehoidon asiakkaiden määrää. THL:n ja Perhehoitoliiton tekemän kyselyn mukaan lyhytkestoista perhehoitoa oli vuonna 2013 käyttänyt noin 250 ikäihmistä. Sekä pitkäkestoista että lyhytkestoista perhehoitoa käyttävien ikäihmisten määrä on kasvanut viime vuosina. Perhekotien ja hoitopäivien määrässä on tapahtunut huomattava suhteellinen kasvu vuodesta 2012 vuoteen 2013. Perhekoteja oli vuoden 2013 lopussa 76, kun määrä oli vuotta aiemmin 46. Hoitopäivien määrät olivat vastaavasti 400712 ja 290566 (SOTKANet). Nämä luvut sisältävät myös lyhytkestoisen perhehoidon (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2015; perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

Perhehoitoliitto tukee aktiivisesti kuntia ikäihmisten perhehoidon käynnistämisessä ja perhehoidon kehittämisessä. Perhehoitoliitto ry on vuonna 1983 perustettu valtakunnallinen perhehoidon asiantuntijajärjestö. Se kouluttaa perhehoitoon liittyvissä asioissa ja tukee perhehoitajia, sijaisvanhempia ja perhehoidossa hoidettavia lapsia ja aikuisia. Liitto tekee yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kanssa sekä toimii kansainvälisissä verkostoissa perhehoidon kehittämiseksi. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

Vuodesta 2010 alkaen Perhehoitoliitto ry on tehnyt merkittävää kehittämistyötä ikäihmisten perhehoidon tunnettavuuden ja käyttöönoton edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveysministeriön (Ikäihmisten perhehoidon kehittäminen, 1.5.2010–30.4.2011) että Raha-automaattiyhdistyksen tuella (Tunne perhehoito – Vanhusten perhehoidon pilotointi ja juurruttamishanke, 1.5.2011–31.12.2014). Tunne perhehoito- hankkeelle

Raha-automaattiyhdistys on myöntänyt jatkorahoitusta ajalle 1.1.2015–31.12.2017. Ikäihmisten perhehoidon kehittäminen -hankkeen aikana perhehoitoliitto valmisteli ikäihmisten perhehoidon ennakkovalmennusmallin ja – materiaalit yhteistyössä Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter- säätiön kanssa. Perhehoitoliiton järjestämän perhehoito-kouluttajan koulutuksen on käynyt vuosien 2011–2014 aikana 150 henkilöä, joista suurin osa on kuntien työntekijöitä. Alueellisiin perhehoitajien ennakkovalmennuskursseille on osallistunut noin 300 henkilöä. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

Tunne perhehoito- hankkeen toimenpiteiden myötä tietoisuus ikäihmisten perhehoidosta on lisääntynyt. Hankkeessa on tehty tiivistä yhteistyötä kuntien kanssa muun muassa tukemalla kuntia toimintaohjeiden teossa sekä perhehoidon käyttöönotossa. Yhteistyö eri alueiden Kaste-hankkeiden (Itä- ja Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Päijät- Häme sekä Pirkanmaa) sekä muiden kehittämishankkeiden kanssa on hyödyntänyt molempia osapuolia ja tukenut hankkeita näiden toiminta-alueilla. Hankkeessa on myös tehty yhteistyötä Kaarinan kaupungin kanssa yhteisöllisen toimeksiantosuhteen ikäihmisten perhehoidon toimintamallin luomiseksi. Kaarinan senioreiden perhehoitokylän toiminta käynnistyi lokakuussa 2014 (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

Tunne perhehoito – hankkeessa on tehty ikäihmisten perhehoidon laadunarviointiin liittyvää kehittämistyötä. Kuntaliiton kanssa tuotettiin perhehoitajan ITE-arviointilomake. Itsearviointin tavoitteena on tukea perhehoitajia, vahvistaa perhehoidon laatua sekä lisätä perhehoidon arvostusta suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Arviointi auttaa tunnistamaan, mitä kaikkea hyvään perhehoitoon kuuluu. Se auttaa myös pohtimaan, mitkä asiat ovat hyvällä mallilla ja onko jossakin kehittämisen varaa. Itsearviointin tulokset ovat hyvä pohja kehittämiskeskusteluille kunnan vastuuhenkilön kanssa. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2014; Kunnat.net www-sivut 2014.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (STM 2013) mukaisesti ikäihmisten perhehoidon perusarvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun. Perhehoidon lähtökohtana ovat ikäihmisen tarpeet, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, voimavara- ja toimintaa tukeva toiminta, ja osallisuuden

tukeminen. Perhehoidon tavoitteena on antaa ikäihmiselle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin. Perhekodin pieni yhteisö, jokapäiväiset kodin askareet ja pysyvät ihmissuhteet tukevat perhehoidossa olevan ikäihmisen turvallisuutta ja ylläpitävät hyvää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.

(Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

Perhehoito sopii ikäihmiselle, joka ei pärjää omassa kodissaan tukipalveluista huolimatta, mutta hän ei tarvitse laitoshoidoa. Erityisesti perhehoito sopii ikäihmiselle, joka kokee turvattomuutta ja yksinäisyyttä ja hänen elämänlaatunsa on heikentynyt. Perhehoito on hyvä hoitomuoto muistisairaille muistisairauden alku- ja keskivaiheissa. Lyhytaikaista perhehoitoa voidaan käyttää toipilasvaiheessa esimerkiksi leikkauksen tai toimenpiteen jälkeen tai omaishoidossa omaishoitajan vapaan aikana. Kriteereinä perhehoidossa pärjäämisessä voidaan pitää, että ikäihminen pystyy liikkumaan itsenäisesti tai korkeintaan yhden henkilön avustamana. Lisäksi öiden on sujuttava pääsääntöisesti rauhallisesti. Ikäihminen ei tarvitse säännöllistä apua öisin ja antaa muille yörauhan. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

Perhehoito on avohoitoa, jolloin perhehoidossa oleva ikäihminen on oikeutettu saamaan myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, kuten kotihoito- ja kuljetuspalveluja. Perhehoidon järjestäjän (kunnan) tehtäviin kuuluu taata ikäihmisen tarvitsemat tukipalvelut ja perhehoitaja toimii aina yhteistyössä kunnan muiden sosiaali- ja terveystyöpalvelujen kanssa. Ikäihmiselle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma sekä perhehoidosta ja muista palveluista hallinnolliset päätökset. Kunta perii ikäihmiseltä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 10§: n mukaisen maksun perhehoidosta. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.)

#### 2.4 Uusi 1.4.2015 voimaan astunut perhehoitolaki

Kun aloin tehdä opinnäytetyötäni, uusi perhehoitolaki oli vielä eduskunnan käsittelyssä ja voimaantuloaika epävarma. Kirjoitin teoriaosuuden ennen uuden lain voimaantuloa ja uuden lain tultua voimaan lisäsin tämän kappaleen.

Perhehoitajalakea (1992) uudistettiin jo vuonna 2011. Perhehoitajan ennakkovalmennus tuli lakisääteiseksi vuoden 2012 alussa ja kunnan tuli järjestää sijaisten hankinta sekä nimetä vastuuhenkilö perhehoidon tukitoimien järjestämiseen. Vuoden 2011 lakiuudistus mahdollisti sijaishoitajan palkkaamisen toimeksiantosopimuksella myös perhehoitajan kotiin. Perhehoidon vähimmäispalkkion määrä nousi 650 euroon kuukaudessa (Laki perhehoitajalain muuttamisesta 8.4.2011/317.) Perhehoitajalain uudistamista jatkettiin edelleen ja uusi perhehoitolaki astui voimaan 1.4.2015.

Tämä uusi perhehoitolaki kokoaa perhehoitoa koskevan lainsäädännön. Aikaisemmin perhehoitoa koskeva lainsäädäntö koostui useista eri laeista. Perhehoitoa koskevia säädöksiä sisältyi sosiaalihuoltolakiin (710/82) ja sosiaalihuoltoasetukseen (607/83), perhehoitajalakiin (312/1992), lastensuojelulakiin (417/2007) ja lakiin yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011). Uusi perhehoitolaki kumosi perhehoitajalain (312/1992) sekä sosiaalihuoltolain (710/1982) 25, 26 ja 26 a §, sellaisina kuin ne olivat, 25§, 26 a § laissa 311/1992 ja 26 § laeissa 311/1992, 604/1996 ja 923/2011. Uuden perhehoitolain rinnalla astui 1.4.2015 voimaan myös uusi sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.(Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2015.)

1.4.2015 voimaan astuneessa perhehoitolaissa korostetaan, että perhehoidon järjestämisen pitää perustua hoidettavan tarpeisiin. Lain mukaan perhehoitoa on mahdollista antaa perhehoitajan kodin lisäksi myös perhehoidossa olevan kotona. Aikaisemmin perhehoitoa voitiin järjestää vain perhehoitajan kotona. Perhehoidon toteuttamismuodon monimuotoistaminen mahdollistaa perhehoidon järjestämisen hoidettavan edun mukaisesti. Uudella lailla selkeytetään perhehoidon sopimuksia ja mahdollistetaan, että perhehoitoa voi järjestää myös yksityinen palveluntuottaja. Perinteinen toimeksiantosopimus tehdään silloin, kun perhehoitoa koskeva sopimus tehdään suoraan kunnan tai kuntayhtymän ja perhehoitajan välillä. Kun kunta tai kuntayhtymä ostaa perhehoidon palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta, tehdään sopimus perhehoidon järjestämisestä. Laissa on myös tarkennettu, miten perhehoidossa tapahtuneista muutoksista ilmoitetaan sekä miten perhekotia valvotaan. (HE256/2014 vp/www.finlex.fi.)

Perhehoitoliitto kritisoi uutta perhehoitolakea siitä, että laki vaarantaa monimuotoisen perhehoidon toteutumisen, varsinkin lastensuojelun alueella. Uudessa laissa rajoitetaan perheeseen sijoitettavien lasten ja nuorten määrää nykyisen seitsemän sijasta

neljään. Laki heikentää niiden sijaisperheiden toimintamahdollisuuksia, joissa kumpikin vanhemmista haluaisi olla päätoiminen perhehoitaja. Perhehoitoliiton mielestä sijaisvanhempien mahdollisuus jäädä kotiin on lapsen edun mukaista. Laissa maksimimäärän alenemista perustellaan lapsen edulla. Täysi-ikäisiä henkilöitä, kuten vammaisia henkilöitä, mielenterveyskuntoutujia ja ikäihmisiä voidaan uuden lain mukaan sijoittaa toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon enemmän kuin neljä ottaen huomioon muun muassa perhehoitajien lukumäärä ja perhehoitotehtävien luonne. Tässä on vaarana, että täysi-ikäisten osalta ei säädetä hoidettavien maksimimäärää. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut 2015.).

Perhehoitajan tehtävän sitovuuden ja vaativuuden vuoksi Perhehoitoliitto on lausunnoissaan edellyttänyt, että uuden lain pitäisi sisältää jo kertaalleen luvattu perhehoitajien sosiaaliturvauudistus ja parantaa perhehoidon tukea muun muassa kehittämällä perhehoitajien vapaan pitämisen vaihtoehtoja. (Perhehoitoliitto ry:n www-sivut.)

## 2.5 Perhehoito Euran kunnassa

Eura on noin 12.500 asukkaan kunta eteläisessä Satakunnassa. Eura on perustettu vuonna 1866 ja laajentunut kuntaliitosten myötä v.1970 Honkilahden ja Hinnerjoen sekä v.2009 Kiukaisten kunnan liittyessä Euraan. Kunnan kokonaispinta-ala on 630,26 km<sup>2</sup>. Prosenttilukujen mukaan Euran ikärakenne on vanhuspainotteinen verrattuna koko maahan. Tämä asettaa haastetta kunnan palvelurakenteiden kehittämiseksi. Varsinkin ikäihmisten palveluiden kehittäminen on jo nyt ajankohtaista. Kuten on myös tärkeää panostaa ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin. 31.12.2013 Euran asukasluku oli 12 368. Suurimmat ikäryhmät olivat 60–64 vuotiaat ja 69–69 vuotiaat. Heitä oli yhteensä 1962 eli heidän osuutensa Euran väkiluvusta oli 15,9 %. 75 vuotta täyttäneitä oli 1,5 % (31.12.2013) Euran väestöstä. Koko maan väestöstä yli 75 vuotiaita oli samana ajankohtana 8,5 %. Vuonna 2020 väestöennusteen mukaan 75 vuotta täyttäneitä on Euran väestöstä 13 %. Koko maan ennuste on 9,9 %. Vuonna 2030 75 vuotta täyttäneitä ennustetaan Eurassa olevan 18,4 % ja koko maassa 14,0 %. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2015.)

Euran kunnan perusturvalautakunta hyväksyi kokouksessaan ikääntyneiden perhehoidon käynnistämisestä ja hoidossa maksettavista hoitopalkkioista ja korvauksista. (Euran kunnan perusturvalautakunnan pöytäkirja 13.11.2013, 93§.) Kunnassa toteutetaan perhehoitoa myös lastenhuollossa ja kehitysvammahuollossa. Euran perusturva on ollut aloitteellinen perhehoidon seudullisten ratkaisujen löytämiseksi. Seutu yhteistyötä valmistelemaan perustettiin syksyllä 2013 työryhmä, johon kuuluivat edustajat Raumalta, Eurajoelta, Huittisista, Köyliöstä ja Kokemäeltä. Yhteistyöhön lähtivät mukaan kaikki muut edellä mainitut kunnat paitsi Köyliö. Eura valittiin seudullisen perhehoidon isäntäkunnaksi. Euran kunnan perhehoidon ohjaaja on kuntien yhteinen koordinaattori. Toiminnalla yhdistetään kuntien voimavarat. (Huittisten perusturvalautakunnan pöytäkirja 14.8.2014, 146 §.)

Perhehoito kuuluu kunnan perusturvapalveluihin. Perhehoidon järjestämisestä ja valvonnasta vastaa kunta. Kunnan tehtävä on järjestää perhehoitajien valmennus, riittävä tuki ja täydennyskoulutus. Perhehoitaja ja kunta solmivat toimeksiantosopimuksen, jonka yksityiskohdat perustuvat perhehoitoon tulevan tarpeisiin sekä Euran kunnan perhehoidon toimintaohjeeseen. Eurassa on laadittu ikäihmisille ja kehitysvammaisille yhteinen perhehoidon toimintaohje. Se on hallinnollinen ohje siitä, miten alueella toteutetaan ikäihmisten ja kehitysvammaisten perhehoitoa. Toimintaohjeen tavoitteena on luoda yhtenäinen perhehoidon toteuttamistapa, lisätä ja kehittää perhehoitoa sekä luoda yhtenäinen linja perhehoitopalkkioihin. Perhehoidon toimintaohje palvelee kaikkia perhehoidon osapuolia: perhehoidosta vastaava kuntaa, perhehoidossa olevaa henkilöä sekä perhehoitajaa. Toimintaohjeessa on määritelty perhehoito, perhehoitajan ja perhekodin hyväksyminen, perhehoidon palkkiot ja korvaukset, perhehoitajan asema, perhehoidossa olevaa henkilöä koskevat asiat, salassapito ja vaitiolovelvollisuus sekä tietojen saanti, asiakkaan valitus- ja vaikutusmahdollisuudet, asiakkaan kuolema perhehoitokodissa ja Euran kunnan perhehoidon yhteystiedot. (Euran kunnan perhehoidon toimintaohje 2014.)

**Perhehoidon toteutus:** Perhehoitoon sijoittamisesta, samoin kuin muista ikäihmisten hoidon ja huolenpidon ratkaisuista, päättää moniammatillinen SAS-ryhmä (selvittää-arvioi-suunnittelee) hakemuksen tai arvioinnin perusteella. Arvioinnissa käytetään apuna muun muassa Rava indeksiä ja MMSE testiä. Perhehoidon järjestämisestä huolehtii kunnan perhehoidon koordinaattori. Perhehoito pyritään järjestämään pää-



sääntöisesti Satakunnan (ja Varsinais-Suomen) alueella. Sijoittamisessa otetaan huomioon sijoitettavan henkilön omat toivomukset, hänen omaistensa tai läheisensä mielipide ja perhehoitajan arvio omista valmiuksistaan. (Euran kunnan perhehoidon toimintaohje 2014.)

Perhehoitajien rekrytoinnista, ennakkovalmennuksesta, täydennyskoulutuksen ja vertaistapaamisten järjestämisestä, työnohjauksesta ja toiminnan valvonnasta vastaa perhehoidon koordinaattori. Myös muu kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio osallistuu perhehoitajien ohjaukseen ja täydennyskoulutuksen toteuttamiseen. (Euran kunnan perhehoidon toimintaohje 2014.)

**Perhehoidon muodot:** Perhehoito voi olla joko jatkuvaa tai lyhytaikaista. Hoito perustuu yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Lyhytaikaisen perhehoidon tavoitteena on tukea ikäihmisen ja kehitysvammaisen henkilön kotihoitoa. Se voi olla ennalta sovittua tai äkilliseen tarpeeseen perustuvaa kriisi- tai tukiperhehoitoa. Lyhytaikaisella perhehoidolla tuetaan perheiden jaksamista ja vähennetään laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikainen perhehoito on pääsääntöisesti kestoltaan enintään neljätoista päivää kuukaudessa. Jos lyhytaikainen perhehoito jatkuu yli neljätoista vuorokautta kuukaudessa, se muuttuu jatkuvaksi ja aiemmin tehty sopimus tarkistetaan. Perhehoitoa voidaan toteuttaa myös osavuorokautisena, joko päivä- tai yöhoitona. Osavuorokautinen perhehoito tukee kotihoitoa ja antaa mahdollisuuden omaishoitajan vapaaseen. Osa-vuorokautinen hoito voi kestää enintään kymmenen tuntia vuorokaudessa. (Euran kunnan perhehoidon toimintaohje 2014.)

Syksyllä 2013 järjestettiin Eurassa ensimmäinen ikäihmisten perhehoidon ennakkovalmennuskurssi. Ennakkovalmennus koostui seitsemästä ryhmätapaamisesta, jotka kestivät keskimäärin kolme tuntia kerrallaan. Ensimmäiset perhehoitajat valmistuivat tammikuussa 2014 ja maaliskuussa 2014 ensimmäinen ikäihmisten perhekoti aloitti toimintansa. 1.3.2015 kolmeen perheeseen oli sijoitettu ikäihmisiä pitkäaikaiseen ja lyhytaikaiseen perhehoitoon. Perhekodit sijaitsivat Euran lisäksi Raumalla (entinen Lappi) ja Luvialla. Perhehoitajia oli kolme ja pitkäaikaisessa perhehoidossa olevia ikäihmisiä oli kaikkiaan yhdeksän. Kaksi ikäihmistä, jotka olivat ensimmäisiä pitkäaikaiseen hoitoon sijoitettuja, oli jo huhtikuuhun 2015 mennessä siirretty laitoshoittoon. Heidän kuntonsa oli tullut niin huonoksi, että hoitaminen perhehoidossa oli lii-

an vaativaa. Pitkäaikaiseksi ajateltu perhehoito voi joskus olla hyvinkin lyhytaikaista. Ikäihmisen terveydentilan ja toimintakyvyn kehittymistä on vaikea arvioida etukäteen. Joskus ikäihmisen kunto voi huonontua äkillisesti. (Maarit Haverinen henkilökohtainen tiedoksianto 4.12.2014.)

### 3 AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA

Ikääntyvien perhehoidosta on aikaisemmin tehty muutama Pro gradu -tutkielma ja useampia opinnäytetöitä. Töissä on käsitelty enimmäkseen ikäihmisten lyhyt- tai osaaikaista perhehoitoa. Niissä on esitetty viranomaisten ja asiakkaiden eli lähinnä ikäihmisten omaishoitajien näkökulmia. Eila Nevalaisen Pro gradu -tutkielma Kuopion yliopistossa (2007) on ensimmäinen tutkimus pitkäaikaisesta ikääntyneiden perhehoidosta. Tutkielmassa lähestytään ikäihmisten perhehoitoa perheoitajien näkökulmasta. Siinä tarkastellaan perhehoidon sisältöä ja perhehoidon sopivuutta ikäihmisille. Aineistona on kahden perheoitajan (2) haastattelut ja yhden perheoitajan koulutustilaisuudessa pitämä puheenvuoro.

Hanna Bradterin Pro gradu -tutkielma (2012) Jyväskylän yliopistossa tarkastelee ikäihmisten kokemuksia ympärivuorokautisessa perhehoidossa. Perhekoti on ikäihmiselle aluksi vieras ympäristö ja tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteena on, miten ikäihminen tällaisessa tilanteessa kokee perheoitoperheen ja sen kodin. Aineistona ovat perhehoidossa olevien vanhusten (5) haastattelut ja Perheoitoliiton kaksi dokumenttia sekä aiheeseen liittyvä muu tutkimuskirjallisuus. Hänen näkökulmansa tutkielmassa on sosiaaligerontologinen.

Vuosina 2011–2012 Maa- ja kotitalousnaisten Keskus ry toteutti yhdessä Perheoitoliiton kanssa hankkeen: Perheoitto apu vanhukselle ja mahdollisuus maaseudulle. Hankkeen tavoitteena oli lisätä perhehoidon tunnettavuutta ikäihmisten hoitomuotona varsinkin maaseudulla. Hankkeessa haastateltiin 12 perheoitajaa ja lisäksi järjestettiin yhdeksän info- ja rekrytointitilaisuutta vanhusten perhehoidosta. Hanke ei valmentanut perheoitajia, sillä perheoitajien valmennuksesta vastaa kunta. Hank-

keen osana on Päivi Leinon ja Elina Toivasen opinnäytetyö vuodelta 2013 (Kymenlaakson AMK). Hankkeen asettama tutkimuskysymys opinnäytetyölle oli: Mitä lisäarvoa maaseutu ympäristö tuo vanhusten perhehoidolle?

Tanja Paasonen toteutti YAMK-opinnäytetyönsä (Lahden AMK 2014) kehittämishankkeena yhteistyössä Ikäkaste II: n PÄTEVÄ- osahankkeen kanssa. Kehittämishankkeen tavoitteena oli laatia Päijät-Hämeen kunnille toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla voidaan edesauttaa ikäihmisten omaishoitajia käyttämään ikäihmisten perhehoitoa. Tavoitteena oli myös saada omaishoitajien ääni kuuluviin ikäihmisten perhehoitoa kehitettäessä. Paasonen analysoi PÄTEVÄ-osahankkeen omaishoitajakyselyn kysymykset siitä, mitä omaishoitajat odottavat perhehoitajilta ja perhehoitokodeilta. Lisäksi hän haastatteli ikäihmisten omaishoitajia tavoitteena löytää ikäihmisen perhehoidon vahvuudet, haasteet ja kehittämiskohdat.

Omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien tarpeen pohjalta on alettu luoda mallia vanhusten lyhytaikaisesta perhehoidosta. Silva Havukaisen ja Katri Kaiston opinnäytetyön (Jyväskylän AMK 2008) tarkoituksena on selvittää vanhusten perhehoidon mahdollisuuksia ja haasteita sosiaalipalveluna omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien toteutumiseksi. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalvakeskuksen kanssa. Työssä kartoitettiin omaishoitajien ja hoitettavien mielipiteitä sekä perhehoitajien näkemyksiä lyhytaikaisesta ikäihmisten perhehoidosta.

Minja Pietarinen tarkastelee opinnäytetyössään (Saimaan AMK 2013) ikäihmisten lyhytaikaista perhehoitoa asiakkaiden näkökulmasta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kuntayhtymässä. Asiakkailta eli omaishoitajilta ja omaishoidossa olevilta ikäihmisiltä kysyttiin, miksi he olivat valinneet perhehoidon, minkälaisia kokemuksia heillä oli ja mitä kehitettävää perhehoidossa heidän mielestään olisi.

Maarit Toivanen selvittää opinnäytetyössään (Seinäjoen AMK 2010) vanhustyötä johtavien viranhaltijoiden ajatuksia perhehoidosta Etelä- Pohjanmaalla. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää perhehoidon sen hetkistä tilaa ja tehdä perhehoitoa näkyväksi vaihtoehdoksi kunnissa.

Ritva-Leena Laukkanen- Abbeyn opinnäytetyön (Jyväskylän AMK 2011) tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen viranhaltijoiden arvoja ja näkemyksiä ikäihmisten hyvästä hoidosta sekä vaatimuksia ikäihmisten perhehoidon järjestämiselle kunnissa. Lisäksi haluttiin tietää perhehoitoon soveltuvien hoidettavien ja hoitajien lukumäärä. Tiedot kerättiin kuntien viranhaltijoilta sähköisen kyselyn kautta sekä teemahaastatteluin.

Geronomi-AMK opiskelijat Hannu Alajärvi, Pauliina Pajulampi ja Merja Simoska järjestivät opinnäytetyönään (Kemi-Tornion AMK 2013) keskustelutilaisuudet Länsi-Pohjan kuntien vastaaville viranhaltijoille ja luottamushenkilöille sekä kuntalaisille. Tavoitteena oli tuoda kuntiin lisää tietoa ikääntyneiden ihmisten perhehoidosta.

Sirpa Mäkisen opinnäytetyön (Tampereen AMK 2012) tarkoituksena on tutkia ikäihmisten perhehoidon kontekstistä käsin keinoja, miten sukupolvien välisestä vuorovaikutuksesta saadaan voimia vanhuspalveluihin. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä valtakunnallisen Perhehoitoliitto ry: n kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa kartoitettiin kymmenen ikäihmisten perhehoidon kehittäjän/ vastuuhenkilön ajatuksia sukupolvien välisestä vuorovaikutuksesta.

Tuija Silvolan ja Jaana Viitasen toiminnallisen opinnäytetyön (Oulun AMK 2015) toimeksiantajana oli Raahen hyvinvointiyhteiskunta. Työn tuloksen syntyi opas. Perhehoito ikääntyvän väestön kodinomaisena toimijuutta tukevana palveluna. Opas on laadittu tietopohjaa hyödyntäen ja haastatteleamalla iäkkäitä henkilöitä. Haastattelussa selvitettiin iäkkäiden käsityksiä perhehoidosta. Opinnäytetyön viitekehys liittyy vahvasti niin sanottuun vanhuspalvelulakiin 980/2012.

Eeva-Liisa Koskela ja Merja Laitala ovat tehneet vuonna 2012 Centria ammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa palveluohjauksen kehittämistehtävän yhteistyössä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kotihoidon palveluyksikön henkilöstön kanssa. Kehittämistehtävän tuloksena syntyi Peruspalvelukuntayhtymä Kalliolle ikäihmisten perhehoitoa koskeva tietopaketti.

Yhdysvalloissa ikäihmisten perhehoitoa on tutkittu (foster home care) jo 1980-luvulla. Tutkimuksessa sijoitettiin ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevia ikäihmisiä

sekä sijaiskoteihin (foster home) että hoitolaitoksiin. Perhehoitajat koulutettiin ja perhehoitoa valvottiin. Ikäihmisiä ja hoitajia haastateltiin kolmen, kuuden, yhdeksän ja kahdentoista kuukauden kuluttua. Perhehoidon huomattiin ylläpitävän ja parantavan päivittäisistä toiminnoista (ADL) selviytymistä sekä lisäävän henkistä hyvinvointia. Yllättävää oli, että laitoshoidossa olevat ikäihmiset olivat tyytyväisempiä elämäänsä ja osallistuivat enemmän sosiaalisiin tapahtumiin verrattuna perhehoidossa oleviin ikäihmisiin. ( Oktay & Volland 1987, 1505.)

#### 4 KESKEISIÄ IHMISARVOISEN VANHUUDEN TURVAAVIA EETTISIÄ PERIAATTEITA

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunta (ETENE) kokosi vuonna 2001 terveydenhuollossa toimivien yhteiset eettiset periaatteet. Vuonna 2008 ETENE:n perustaman työryhmä laati raportin vanhustenhuoltoon liittyvistä eettisistä periaatteista. Raportin tarkoituksena oli herättää keskustelua, miten ikääntyville ihmisille voidaan tarjota hoidon tarpeesta ja hoitopaikasta riippumaton, eettiset ihanteet täyttävä ihmisarvoinen elämä. ETENE:n raportin mukaan ikäihmisen kohtelu yksilönä on keskeinen eettisesti kestävän hoidon periaate. Hoito lähtee ikäihmisen omista tarpeista ja toiveista, kunnioittaa hänen arvojaan ja arvostaa hänen näkemystään. Hoito ja hoiva suunnitellaan ottaen huomioon terveydentila ja toimintakyky, läheisten apu ja ikäihmisen koko sosiaalinen verkosto (ETENE 2008, 3) Samoja eettisiä periaatteita korostetaan ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (2013) sekä vanhuspalvelulaissa (980/2012).

##### 4.1 Itsemääräämisoikeus

Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädetään potilaslaissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) ja sosiaalihuollon asiakaslaisissa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Ikäihmisten hoidossa korostuu näiden säädösten merkitys. Lakien mukaan ikäihmistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssa. Hänellä on oikeus päättää asioistaan oman

elämäkatsomuksensa sekä ajatus- ja arvomaailmansa mukaisesti ja osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon aina, kun se on mahdollista. Näin voidaan edistää ikäihmisen voimavaroja tunnistamalla, vahvistamalla ja käyttämällä voimavara-lähtöisyyden periaatetta. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että ikäihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja muuta tukea. Ellei hän pysty päättämään asioistaan ja hoidostaan, tarvitaan omaisen tai muun läheisen tai laillisen edustajan suostumus. (ETENE 2001.) Itsemääräämisoikeuden toteuttaminen onkin usein varsin haasteellista muistisairaiden kanssa. Itsemääräämisoikeuteen liittyy toisaalta myös rajoitteiden asettaminen. Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on rajoitustoimenpiteiden käytön osalta vanhentunutta ja uutta itsemääräämisoikeuslakia on valmisteltu jo pitkään.

#### 4.2 Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että kaikkia ihmisiä hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti. Oikeus asianmukaiseen hoitoon ja hoivaan sekä ihmisarvoiseen kohteluun ei riipu ihmisen iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta tai vakaumuksesta. (ETENE, 2001.) Oikeudenmukaisuus liittyy tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Vanhuspalvelulain (980/2012) mukaan palveluiden oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. Lain 13 § mukaan kunnan on järjestettävä ikäihmiselle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut on järjestettävä niin, että ne tukevat ikäihmisen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä ikäihmisen ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai edunvalvojansa kanssa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 13§, 15§.)

#### 4.3 Osallisuus

Ikäihmisten osallisuus on kaikkia suosituksen (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013) sisältöalueita yhdistävä kokonai-

suus. Ikäihminen on aina omien voimavarojensa mukaisesti, **osallistuja ja toimija**. Hän asettaa itse omat tavoitteensa, valikoi kiinnostuksen kohteensa ja toimintatapaansa. Osallisuus on kokemuksellista, kuten tunne yhteenkuuluvuudesta sekä konkreettista, kuten mahdollisuus osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisössä. Iäkkäiden motivaatio ja voimavarat ovat kuitenkin erilaiset. Ikäihmisillä on oltava mahdollisuus osallistua yhteisönsä toimintaan myös silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Tämä edellyttää, että ikäihminen saa osallistumiseensa tarvittavaa tukea (esimerkiksi apuvälineet) ja osallistumisen esteitä poistetaan (esimerkiksi kohtuulliset maksut). Osallisuudella tarkoitetaan myös sitä, että ikäihmisen läheisten ja omaisten osallisuus turvataan hänen elämäänsä silloin, kun hän itse sitä haluaa. Ikäihmisellä on oltava mahdollisuus vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 5-20.)

#### 4.4 Yksilöllisyys

Jokaisella on ainutkertainen, loukkaamaton ihmisarvo. Ihmisarvon kunnioittamisella tarkoitetaan, että ikäihmistä kohdellaan ainutkertaisena yksilönä ja hänen näkemyksensä otetaan huomioon. Kaikilla ihmisillä on oma erityinen elämänsä ja –tarinansa. Eettisesti hyvä hoiva ja hoito toteutetaan yksilöllisesti, kuunnellen ikäihmisen omaa tarinaa ja toiveita. Yksityisyyden kunnioittaminen edellyttää usein pienten, mutta ikäihmiselle tärkeiden asioiden huomioon ottamista. Monenlaista apua tarvitseva ikäihminen menettää helposti yksityisyytensä ja sen myötä ihmisarvonsa. Esimerkiksi henkilökohtainen hygienia, yksityiset henkilösuhteet ja arkaluontoiset henkilötiedot ovat ikäihmisen yksityisasiota, joita on käsiteltävä luottamuksellisesti. (ETENE 2008, 17.)

#### 4.5 Turvallisuus

Jokaisella on oikeus turvalliseen vanhuuteen, johon kuuluu oikeus tarpeenmukaiseen hoitoon ja hyvään huolenpitoon. Yhteiskunnan velvollisuutena on huolehtia, että ikäihminen ei jää vaille tarvitsemaansa hoitoa ja hän voi säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa sekä elää omien arvojen mukaisesti. (ETENE 2008.)

Turvallisuudella tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista. Turvallisuutta edistetään huolehtimalla esimerkiksi asuin- ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta. Samoin tapaturmien, väkivallan ja kaltoinkohtelun ehkäiseminen on osa turvallisuutta. Turvallisuuteen kuten itsemääräämisoikeuteenkin liittyy rajoitusten käyttäminen.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ikäihmisten perhehoidon kokemuksia perhehoidossa olevien ikäihmisten omaisten sekä perhehoitajien näkökulmasta. Lisäksi selvitetään, miten perhehoitajia voitaisiin tukea, jotta he pystyisivät vastaamaan perhehoidossa olevan ikäihmisen tarpeisiin mahdollisimman hyvin. Perhehoidolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ikäihmisten ympärivuorokautista, pitkäaikaista perhehoitoa.

Opinnäytetyössä haen vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten perhehoito vastaa ikäihmisen hoivan tarpeeseen?
2. Mitä tukea perhehoitajat saavat ja tarvitsevat työssään?

Opinnäytetyön tavoitteena on myös tehdä ikääntyneiden perhehoitoa tunnetuksi ja murtaa vanhoja ennakkoluuloja. Perhehoito herättää tunteita. Joillakin ihmisillä voi olla negatiivinen mielikuva perhehoidosta. Se saattaa tuoda mieleen muistoja huuto-laisajasta. Negatiivisista mielikuvista voi muotoutua ennakkoluuloja perhehoitoa kohtaan ja se voi vaikuttaa perhehoitoon suhtautumiseen. Hoitomuotona perhehoito ei ole uusi, mutta sitä on vielä vähän käytetty ikäihmisten hoidossa. Perhehoito on yleisempää lastensuojelussa ja kehitysvammahuollossa.

Opinnäytetyön tulosten avulla voidaan toivottavasti kehittää perhehoitoa vastaamaan paremmin perhehoidossa olevan ikäihmisen tarpeisiin. Tuloksista ovat kiinnostuneita Euran kunnan lisäksi Satakunnan kuntien seudullinen ikäihmisten perhehoito (Rauma, Eurajoki, Kokemäki, Huittinen ja mahdollisesti Luvia) sekä Perhehoitoliitto.



Vaikka opinnäytetyö toteutetaan Euran kunnan kanssa yhteistyössä, tuloksia voidaan hyödyntää laajemminkin alueellisesti.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on laadullinen eli kvalitatiivinen. Aineistohankintamenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Siinä haastattelun aihepiirit, teema-alueet, on etukäteen määritelty. Teemahaastattelu antaa mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin niin haastattelijalle kuin haastateltavallekin ja mahdollistaa keskustelevan otteen haastattelussa. Lisäkysymyksillä voidaan selventää ja syventää vastauksia. Haastattelutilanteessa haastateltava on aktiivinen subjekti, jolle annetaan mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–35.) Teemahaastattelussa puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Haastattelijan tehtävänä on varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään läpi vaikka niiden järjestys ja laajuus vaihtelevat eri haastatteluissa. (Eskola & Vastamäki 2010, 28–29.) Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijalla ja haastateltavalla vaikuttavat toisiinsa. Haastattelutilanteessa voi tulla esille vastatusten taustalla olevia motiiveja. Ei-kielelliset vihjeet auttavat joskus ymmärtämään vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–35.)

Laadullinen tutkimus teemahaastatteluna oli mielestäni oikea valinta tutkimuksen suorittamiseen, koska tutkittavasta aihepiiristä on melko vähän tutkittua tietoa ja haastateltavia ei ollut paljon. Halusin saada mahdollisimman monipuolista ja syvällistä tietoa haastateltavien kokemuksista ja ajatuksista. Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettavaan tutkimukseen sisältyy aina kysymys: mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Tutkijan on täsmennettävä, tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä? Käsityksen ja kokemuksen välillä ei ole välttämättä yhteyttä. Kokemus on aina omakohtainen ja käsitykset ovat yhteisön perinteinen ja tyypillinen tapa ajatella. Tutkittavan kokemukset eivät tule koskaan tyhjentävästi ym-

märretyiksi. Tutkija asettaa teemoja ja kysymyksiä vain oman kokemuksensa ja ymmärryksensä perusteella. Näiden mukaan hän myös tulkitsee ja ymmärtää tutkimuskohdetta. Haastattelukysymysten tulikin olla mahdollisimman vähän vastausta ohjaavia. (Laine 2010, 37–39; Vilka 2005, 97–98.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Euran kunnan sosiaalitoimen kanssa. Kunnan perhehoidonohjaaja toimi kunnan yhdyshenkilönä. Euran kunnassa ikääntyvien perhehoitoa on toteutettu helmikuusta 2014. Pitkäaikaisessa perhehoidossa oli haastatteluja tehdessä maaliskuussa 2015 yhdeksän euralaista ikäihmistä. Lisäksi lyhytaikaisesta perhehoitoa käytettiin omaishoitajien vapaiden järjestämisessä. Ikäihmisten perhehoitajia oli kolme. Perhekodeista yksi oli Eurassa, yksi Raumalla (entinen Lappi) ja yksi Luvialla. Perhehoidossa olevat olivat melkein kaikki muistisairaita. Muistisairaus oli pääsääntöisesti edennyt keskivaikeaan vaiheeseen. Lisäksi muutamalla perhehoidossa olevalla ikääntyneellä oli psyykinen sairaus tai mielenterveysongelmia.

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat perhehoitajat sekä perhehoidossa olevien ikäihmisten omaiset. Kohderyhmäksi valitsin perhehoitajat ja omaiset, koska perhehoidossa olevien ikäihmisten muistisairaus aiheuttaa rajoituksia osallistumiseen. Perhehoidossa oleva ikäihminen on kuitenkin tutkimuksen kohteena/ päähenkilö.

Perhehoitajille ja omaisille esitin teemahaastattelurungon mukaisesti eri kysymykset (liite 4 ja 5). Teoreettisena viitekehystenä käytän keskeisiä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita: itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2013). Periaatteet ovat yleisiä ja keskeisiä sekä terveyden- että sosiaalihuollossa. En käsittele periaatteita opinnäytetyössäni seikkaperäisesti, vaan määrittelen kunkin periaatteen lyhyesti. Jokaisesta periaatteesta voisi kirjoittaa kovin laajasti, mutta tärkeää on löytää vastauksia tutkimusongelmiin. Perhehoitoa olen käsitellyt laajemmin sen takia, että perhehoito on vielä melko tuntematonta ikäihmisten hoitomuotona.

Tutkimusluvan myönsi ja sopimukset allekirjoitti Euran perusturvajohtaja. Kun lupasi asiat olivat kunnossa, perhehoidonohjaaja kysyi perhehoitajilta ja perhehoidossa olevien ikäihmisten omaisilta halukkuutta osallistua tutkimukseen. Hän lähetti perhehoitajille ja omaisille kirjeen postitse tai sähköpostilla (liite 1). Kaikki kolme perhe-

hoitajaa ja kolme ikäihmisten omaisista ilmoittivat olevansa kiinnostuneita opinnäytetyöstä ja antoivat suostumuksensa haastatteluun. Haastatteluun suostuneet ikäihmisten omaiset ovat kaikki perhehoidossa olevien ikäihmisten poikia. Heidän äitinsä on perhehoidossa. Haastateltuja omaisia oli yksi jokaisesta perhekodista. Perhehoidon ohjaajalta sain haastatteluun suostuneiden yhteystiedot eli puhelinnumerot ja sähköpostiosoitteet. Sen jälkeen otin heihin yhteyttä ja sovin tapaamiset.

Perhehoitajien haastattelut tein perhekodeissa ja kahden omaisen haastattelut heidän kodeissaan. Kolmas haastatteluun suostunut omainen asuu pääkaupunkiseudulla. Tämä tuli esille vasta sitten, kun soitin hänelle sopiakseni haastatteluajasta. Välimatkan takia sovimme, että lähetin hänelle kysymykset sähköpostilla ja hän vastasi niihin sähköpostin välityksellä. Lähetin kysymykset hänelle 31.3.2015 ja hän vastasi niihin 21.5.2015. Sähköpostitse suoritettu haastattelu muutti tutkimusasetelmaa, koska muut haastateltavat eivät saaneet tutustua kysymyksiin etukäteen. Pyrin huomioimaan tämän vastauksia analysoidessani ja tuloksia esittäessäni. Alun perin ajatuksenani oli lähettää kysymykset etukäteen kaikille haastateltaville. Keskusteltuani asiasta opinnäytetyön ohjaajani kanssa, päädyimme siihen että kysymyksiä ei lähetetä etukäteen. Perusteluna oli se, että silloin kaikki haastateltavat lähtevät samalta tasolta. Jos haastateltava saa kysymykset etukäteen luettavakseen riippuu haastateltavasta, kuinka hyvin hän valmistautuu haastatteluun. Toiset voivat valmistautua hyvin ja toiset eivät ollenkaan. Jouduin kuitenkin poikkeamaan varsinaisesta suunnitelmasta.

## 6.2 Haastattelut

Tein haastattelut 26.3. 1.4.2015 välisenä aikana. Haastattelut kestivät 23–36 minuuttia. Nauhoitin haastattelut, jotta minun ei tarvinnut keskittyä asioiden kirjaamiseen, vaan pystyin olemaan läsnä haastateltaville. Jokaisen haastattelun aluksi kerroin tutkimuseettiset periaatteet ja pyysin lupaa nauhoittaa haastattelu. Kaikki haastateltavat antoivat luvan haastattelun nauhoittamiseen. Suostumukset tutkimukseen ja nauhoittamiseen keräsin myös kirjallisesti (liite 2). Yhdessä perhekodissa ja toisessa omaisen haastattelussa oli mukana varsinaisen haastateltavan lisäksi hänen aviopuolisonsa. Haastateltavat halusivat itse, että heidän puolisonsa olivat myös mukana haastattelussa. He kokivat, että perhehoito koskee myös puolisoa ja koko perhettä.

Haastattelupaikan valinta on tärkeää haastattelun onnistumisen kannalta. Paras haastattelupaikka on mahdollisimman neutraali ja häiriötön paikka. Haastattelua ei kannata tehdä liian muodollisessa tai virallisessa tilassa, jossa haastateltava kokee olonsa epävarmaksi. Haastateltavien kotikentällä, esimerkiksi kotona, tehtävillä haastatte- luilla on suurempi mahdollisuus onnistua. Tila on haastateltavalle tuttu ja turvallinen. Haastattelija on vieraalla maalla ja joutuu seuraamaan, kuinka tässä tilassa tulee käyttäytyä. Samalla hänellä on kuitenkin mahdollisuus tehdä havaintoja, esimerkiksi millaisessa ympäristössä haastateltava asuu. Toisaalta haastateltavan kodissa voi olla vaikeaa eristää tilanteesta erilaisia häiriötekijöitä, esimerkiksi muita perheenjäseniä. Julkisissa tiloissa erilaisten häiriötekijöiden uhka on pienempi. (Eskola & Vastamäki 2010, 29–30.)

Haastattelutilanne perhekodeissa oli aivan erilainen kuin ikäihmisten omaisten koto- na. Omaisten luona tilanne oli hiljainen ja rauhallinen. Siellä ei ollut häiriötekijöitä. Toisen omaisen luona olimme omaisen kanssa aivan kahdestaan. Toisessa kodissa olivat läsnä haastateltava puolisonsa kanssa sekä minä. Haastattelut omaisille tein iltapäivällä työpäivän jälkeen. Toinen omaisista on jo eläkkeellä ja toinen heistä on aviopuolisonsa kanssa vielä työelämässä. Molemmat omaiset asuvat Eurassa. Sähkö- postilla vastannut omainen on eläkkeellä ja hän asuu pääkaupunkiseudulla. Kun haastattelin ikäihmisten omaisia, heidän omaisensa olivat olleet perhehoidossa 7-11 kuukautta. Iältään perhehoidossa olevat ikäihmiset olivat 83-90vuotiaita. Kaksi heis- tä oli melko hyvässä fyysisessä kunnossa ja heidän liikuntakykynsä oli hyvä. Yhdellä ikäihmisellä oli enemmän pitkäaikaisia sairauksia ja hänen liikkumisensa oli vaike- ampaa. Kaikilla muistisairaus oli edennyt jo keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen. MMSE- muistitestissä pisteet olivat 14–22 välillä.

Sopiessani haastatteluja perhehoitajien kanssa, kysyin perhehoitajilta, mikä olisi hoi- tajan ja kodin puolesta paras aika haastatella. Ensimmäisen haastattelun ajankohdaksi sovimme torstain 26.3 klo 10. Perheen muut jäsenet olivat silloin koulussa ja töissä. Kotona olivat kaksi perhehoidossa olevaa ikäihmistä ja neljävuotias perheeseen pit- kääikäisesti sijoitettu lapsi. Perhekodissa on ajoittain hoidossa myös muita lastensuo- jelun asiakkaita sekä välillä ikäihmisiä intervallihoidossa. Ydinperheeseen kuuluu äiti, isä sekä 17- ja 18-vuotiaat lapset. Vanhin lapsista asuu jo muualla, mutta hän

käy usein kotona sekä auttaa ja sijaistaa perhehoidossa. Lisäksi perheessä on kaksi koiraa ja kaksi kissaa kaikkien lemmikkeinä. Perhekoti sijaitsee maaseudun rauhassa. Haastattelu tehtiin keittiön pöydän vieressä ja se keskeytyi muutaman kerran, kun toinen ikäihmisistä ja neljävuotias tulivat kysymään jotain asiaa. Ennen haastattelun alkua perhehoitaja laittoi pikku pojalle lastensarjan pyörimään televisiossa ja toinen ikäihmisistä lähti lenkille koiran kanssa. Ikäihmisellä oli ranneke, jonka avulla hoitaja pystyi seuraamaan hänen kulkuaan ulkona. Reitti näkyi tietokoneella. Samalla kun tein haastattelua, perhehoitaja seurasi tietokoneruudulta ikäihmisen liikkumista ulkona.

Toiseen perhekotiin sovittiin tapaaminen 27.3 klo 16 jälkeen. Perhekoti sijaitsee rauhallisella asuinalueella. Kun tulin perhekotiin, paikalla oli paljon väkeä ja liedellä oli kiehumassa iso kattilallinen keittoa. Paikalla olivat perhehoitaja puolisoineen, kolme heidän neljästä lapsestaan, vävy ja kaksi lastenlasta, kolme perhehoitoon pitkäaikaisesti sijoitettua ikäihmistä, yksi intervallihoidossa oleva ikäihminen sekä kaksi intervallihoidossa olevaa kehitysvammaista aikuista. Ja lisäksi perheeseen kuuluu kaikille tärkeä koira. Perhehoitaja ehdotti, että haastattelu tehtäisiin ison keittiön pöydän ääressä kaikkien läsnä ollessa. Ehdotin rauhallisempaa paikkaa ja haastattelu tehtiin erään ikäihmisen huoneessa. Silti haastattelu keskeytyi pari kertaa, kun hoitajalta tulitiin kysymään jotain asiaa. Haastattelussa oli mukana myös perhehoitajan puoliso ja he yhdessä vastasivat kysymyksiin. Pyysin molemmilta kirjallisen luvan haastatteluun ja haastattelun nauhoittamiseen.

Kolmannessa perhekodissa asui perhehoitaja neljän ikäihmisen kanssa. Nämä ikäihmiset olivat pitkäaikaisessa perhehoidossa. Lisäksi perhekodissa oli ajoittain ikäihmisiä intervallihoidossa sekä välillä ikäihmisiä oli sijaishoidossa muista perhekodeista silloin kun varsinaisella hoitajalla oli loma. Tässä perhekodissa ei ollut muita perheenjäseniä perhehoitajan apuna eikä kotieläimiä. Muutenkin perhekoti oli hieman erilainen kuin muut perhekodit. Perhehoitaja teki töitä kolme viikkoa ja sen jälkeen hänellä oli viikko vapaata. Viikon ajaksi tuli toinen hoitaja hoitamaan ikäihmisiä. Ikäihmiset saivat olla kodissaan, vaikka hoitaja vaihtui. Perhekoti on kunnan vuokrahuoneisto ja se sijaitsee asuinalueella lähellä keskustaa. Opinnäytetyön tekemisen aikana kyseisen perhekodin hoitaja irtisanoutui työstään henkilökohtaisista syistä. Hän halusi kuitenkin osallistua haastatteluun alkuperäisen suunnitelman mukaisesti.

Hänen irtisanoutumisaikansa päättyi toukokuun 2015 lopussa. Haastatteluajaksi sovittiin 31.3 klo 17 jälkeen. Haastattelu tehtiin erään asukkaan huoneessa. Asukas oli juuri silloin hoidossa Euran terveystieteiden sairaalassa. Haastattelu keskeytyi kaksi kertaa, kun hoitajan piti mennä auttamaan asukas WC:n. Hoitajan oli koko ajan oltava tarkkana ja kuunneltava, jos hänen apuaan tarvittaisiin.

Ennen varsinaista haastattelua juttelin haastateltavien ja muiden perheenjäsenten kanssa yleisiä asioita ja kyselin hieman taustatietoja. Haastattelukäyntiin kulunut aika oli perhekodeissa pidempi kuin omaisten luona. Perhekodeissa perhehoitajat esittelivät kotiaan ja kertoivat kodin elämästä ja arkipäivästä. Jokaisella ikäihmisellä oli perhekodeissa oma huone. Juttelin myös ikäihmisten kanssa ja kysyi, miten he viihtyivät kodissa. Vastaukset olivat yleisesti positiivisia.

Haastattelutilanteet perhekodeissa kuvaavat hyvin perhehoidon luonnetta: kaikki ovat yhtä suurta perhettä. Perhekodeissa elävät sovussa monet sukupolvet ja siellä vieraat ja tutut ovat tervetulleita.

### 6.3 Tutkimuksen analysointi

Kun aineiston keruumenetelmänä käytetään haastattelua, tuloksena on laaja ja moniaineinen tekstimassa, jota voi lähestyä monella tavalla. Aineiston keruu, siihen tutustuminen ja alustavien analyysien tekeminen on hyvä aloittaa keskenään samanaikaisesti ja mahdollisimman varhain. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11.) Analyysi alkaakin usein jo haastattelutilanteissa. Haastattellessaan tutkija tekee havaintoja. Hän voi tyypitellä ja hahmotella malleja syntyneistä havainnoista. Tarvittaessa hän voi kerätä lisää aineistoa tarkistaakseen jonkin kehrittelemänsä hypoteesin tai mallin. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidaan ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia. Aineisto säilytetään sanallisessa muodossa (osittain jopa alkuperäisessä sanallisessa muodossa). Laadullisessa tutkimuksessa on vain vähän standardeitua analyysitekniikoita. Analyysi voi tapahtua jatkumolla, jonka ääripäitä ovat kuvaus ja tulkinta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 136–137.)

Jokaisen haastattelun jälkeen kuuntelin haastattelun kotona rauhassa ja tein muistiinpanoja. Yritin jo silloin mielessäni muodostaa yhteneväisyyksiä ja vastauksia asettamiini tutkimusongelmiin. Tallensin haastattelut tietokoneelleni ja muistitikulle. En itse litteroinut haastatteluja eli muuttanut haastatteluaineistoa tekstimuotoon, vaan litteroinnin teki ystäväni, joka on tottunut ja nopea kirjoittamaan saneluita. Hän toimii sairaanhoitaja opintojensa ohella konekirjoittajana ja vastaanottoapulaisena terveyskeskuksessa. Litteroinnit tehtiin heti haastattelujen jälkeen. Litteroituja sivuja tuli yhteensä 33, kirjain Times New Roman, riviväli 1,15. Saatuaani aineiston litteroituna ryhdyin käymään uudelleen haastatteluja läpi lukemalla aineiston läpi monta kertaa. Käytin apunani yliviivauskynää, jolla merkitsin avainsanoja haastatteluista. Sen jälkeen aloin järjestellä aineistoa teemoittain sekä vertasin vastauksia viitekehystenä käyttämiini eettisiin periaatteisiin. Teemoittamisen toteutin haastattelu kerrallaan. Asetin jokaisen teeman alle kaikkien haastateltavien vastaukset tähän teemaan. Sen jälkeen aloin analysoida aineistoa teemoittain. Merkityskokonaisuuksia etsiessäni runkona olivat tutkimuskysymykset.

Aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta liittyvät kiinteästi toisiinsa. Jokaisella vaiheella on oma tehtävänsä. Laadulliselle analyysille on tyypillistä, että aineisto ja tutkimusongelmat ovat tiiviissä vuoropuhelussa keskenään. Aineisto ei tarjota suoria vastauksia tutkimusongelmiin. Esimerkiksi haastattelut ovat tutkijalle pikemminkin arvoitus ja uusien kysymyksien lähde. Tarvitaan analyttisiä kysymyksiä, jotka muotoutuvat ja tarkentuvat aineistoon tutustuttaessa. Tutkimus käynnistyy tietyllä tavalla uudelleen, kun tutkija alkaa eri tavoin tutustua aineistoonsa. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 9-13)

## 7 TULOKSET

Tuloksiin olen liittänyt myös suoria lainauksia haastatteluista. Haastateltavat olen koodannut seuraavasti: haastateltava perhehoitaja 1= A1, haastateltava perhehoitaja 2= A2, haastateltava perhehoitaja 3= A3, haastateltava perhehoidossa olevan ikäih-

misen omainen 1=B1, haastateltava perhehoidossa olevan ikäihmisen omainen 2=B2.

### 7.1 Perhehoitajien teemahaastattelujen tulokset

Perhehoitajat kokivat, että ennakkovalmennus antoi hyvät perustiedot ja -käsitteet. Käytäntö vasta opetti oikeaa arkea. Ennakkovalmennus sai hoitajat pohtimaan, alanko perhehoitajaksi ja onko minusta siihen työhön.

*”Hyvin siellä perusasiat käytiin ja tavallaan viedään oman itensä kautta niin kuin semmoiselle tutkimusmatkalle”(A1)*

*”Kyllä se alkueväänt antaa, totta kai tässä tulee käytännössä niin kuin monessa muussakin asiassa, kun sä opiskelet jonkin asian, se käytäntö vasta oikein opettaa. Sulla on tietyt asiat hallinnassa, ettei tule yllätyksiä”. (A2)*

*”Siinä pistetään puntariin ja täytyy niin kuin funtsia itsensä kanssa ja se on hyvä, että se tuodaan julki, ettei sitä niin kaunistella niin kauheasti ainakaan tässä meidän koulutuksessa.”(A3)*

Perhehoitajan työ vaatii vahvan sitoutumisen työhön koko perheeltä, kaikilta perheenjäseniltä. Muuten se ei onnistu. Erään perhehoitajan mukaan, perhehoito on elämäntapa ja samalla harrastus.

Ikäihmiset tulivat yleisesti liian vähäisillä tiedoilla perhehoitoon. Usein ikäihmistä koskevat tiedot tulivat jälkikäteen ja osan tiedoista antoivat aktiiviset omaiset. Kaikilla perhehoidossa olevilla ikäihmisillä ei kuitenkaan ole omaisia, jotka pitäisivät aktiivisesti yhteyttä ja tietäisivät ikäihmisen asioista. Tietojen saaminen etukäteen parantaa hoivan laatua ja turvallisuutta. Se vaikuttaa myös tulotilanteeseen, joka usein on varsinkin ikäihmisen ja omaisten puolesta raskas tilanne. Tärkeitä tietoja ikäihmisestä ovat sairaudet, lääkitys ja toimintakyky. Hoitaja pystyy tietojen välityksellä muodostamaan käsityksen, millainen ja millaisessa kunnossa ikäihminen on.



*”Niin jos ajatellaan sijoitettavia niin onhan niitä tavallaan vähillä tiedoilla tullut, mutta siten taas itte mä oon ne ottanut. Mä vaadin, että mä näen ihmisen itse, Kun näkee niin sitten vähän tietää että ei-juu, että sopiiko toi nyt tähän meidän perheeseen, meidän toimintatapoihin.”(A1)*

*” ...ilmoitettiin vaan, että tulee, sitten hän tuli lääkkeet mukana ja kaikki, ei ollut mitään tietoa. Mun olis pitänyt saada paperit etukäteen, että mä olisin voinut varautua siihen ihmiseen mimmone hän on.”(A3)*

Tietojen saaminen hoitoon tulevasta ikäihmisestä koettiin tärkeäksi myös Havukainen & Kaisti (2008) opinnäytetyön mukaan.

Perhehoitajille oli tärkeää, että he voisivat itse vaikuttaa siihen, kuka heille tulee perhehoitoon. Ikäihmisen on sovittava perheeseen ja tultava toimeen perheenjäsenten ja muiden perheeseen sijoitettujen kanssa. Jos perhehoitaja kieltäytyi ottamasta jotain ikäihmistä, perhehoitaja tunsi, että häntä syyllistettiin. Perhehoitajien mukaan sijoitettavien viranomaisten olisi ymmärrettävä perhehoidon luonne. Viranomaisia olisi koulutettava, jotta he osaisivat sijoittaa ikäihmiset tarkoituksenmukaiseen ja sopivaan paikkaan. Perhehoito on hyvä vaihtoehto ikäihmiselle, joka ei ole palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeessa, mutta joka ei pärjää kodissaan tai jonka elämänlaatu on heikkoa, vaikka hän saisikin tukipalveluita kotiin.

*”...siihen perustuu myös se, että jos kieltäytyy jostakin niin ajattelee, että se ei ole mahdollista.”(A1)*

*”Sijoitettavat asiakkaat olisi sitten semmoisia sopivia perhehoitoon, että se ymmärrettäis siellä joka paikassa , mistä sijoitetaan. Sitten tulee semmoinen päinvastainen efekti, että mitä me tollasilla perhehoitajilla tehdään, kun ei ne huoli ketään.”(A2)*

Lisäkoulutusta perhehoitajille on saatavilla, mutta osallistuminen niihin on usein hankalaa. Perhehoitajan pitää aina hankkia itselleen sijainen koulutuksen ajaksi. Koulutuksen pitää olla tosi hyvä, että sitä varten kannattaa hankkia sijainen.

*”Koulutuspäivät on ihan hyviä, luennot, mutta niittenkin pitää olla semmoisia mielenkiintoisia. Sitten tuntuu turhalta lähteä mitään sanomattomalle ja järjestää päivä tyhjäksi.”(A1)*

Eräs perhehoitajista sanoi, että ensimmäinen vuosi on ollut niin kiireinen ja kaikki on ollut niin uutta, ettei ole osannut vaatia koulutusta. Koulutusta olisi kuitenkin hyvä saada muun muassa lääkityksistä ja muistisairaana kohtaamisesta. Perhehoitaja onkin ollut yhteydessä muistihoidajaan tarvittaessa. Muistihoidaja on neuvonut ja tukenut ongelmatilanteissa. Kaikki Euran kunnan perhehoitajat olivat käyneet Jyväskylässä Perhehoitoliiton järjestämässä viikonlopun kestäneessä koulutuksessa. Paras anti koulutuksesta oli yleisesti ottaen perhehoitajien yhteinen keskustelu, vertaistuki. Iltoihin oli varattu aikaa vapaalle keskustelulle ja kokemusten vaihtamiselle.

*”Siellä sai niin kuin vertaistukea, kun kuunteli, että mitä muille on tapahtunut.”(A3)*

*”Sen siinä niin kuin näki, kun jutteli toisten kanssa, että siihen nähden on niin kuin tosi hyvin asiat Eurassa, että se kun on kuitenkin vielä alkuvaiheessa.”(A1)*

Kunnan järjestämää säännöllistä vertaistukea ei Eurassa ole vielä virallisesti järjestetty. Perhehoitajat antavat toinen toisilleen vertaistukea. He ovat yleensä yhteydessä puhelimen välityksellä. Perhehoito on sen verran uusi ja erilainen hoitomuoto, että hoitajien mukaan kukaan muu ei ymmärrä heitä kuin toinen perhehoitaja. Eräs perhehoitaja koki saaneensa hyvää vertaistukea sekä ohjausta ja neuvontaa kotihoidon ja kotisairaalan henkilökunnalta. Säännöllinen kunnan järjestämä vertaistuki joka toinen kuukausi nähtiin tarpeellisena työssä jaksamisen kannalta kuten myös työnohjaus ja kehityskeskustelut. Kehityskeskustelusta oli ollut perhehoidon ohjaajan kanssa puhetta ja niitä ollaan tulevaisuudessa järjestämässä. Erään perhehoitajan kommentti oli, että parasta olisi keskustella heti, kun tulee asiaa. Rakentava keskustelu ei saisi olla aikasidonnainen. Kehityskeskustelun pitäisi myös olla molemmin puoleista eli myös työnantajaa kehittävää. Vertaistuki, työnohjaus, kehityskeskustelut ja koulu-

tukset eivät kuitenkaan yksin riitä. Tärkeintä on, että hoitaja on selvittänyt itselleen, millaista perhehoitajan työ on ja hän on sitoutunut siihen.

*”Vertaistuki on hyvä lisä, mutta täytyy olla itselle selvitetty ensin, teenkö vaiko en. Sitten on myös se, kun ne tilanteet tulee ja vaihtuu asiakkaiden myötä, sitten täytyy taas itensä asettaa ihan eri systeemeihin ja se aina pystyykö sitten muovaamaan itensä, että kuinka joustavuutta löytyy.”(A2)*

*”Kun tulee joku niin sitten kilautetaan kaverille, toiselle perhehoitajalle yleensä, että ei kukaan muu oikein ymmärrä näitä, eikä niitä saa sinänsä kertoakaan....että millai te teitte, mitä te ootte tehnyt, onko teillä näin.”(A1)*

Varsinkin ongelmatilanteissa perhehoitajat olivat herkästi yhteydessä perhehoidon ohjaajaan. Häneen luotetaan ongelmien ratkaisijana. Perhehoidon ohjaajalle voi kertoa ongelmista ja hän yleensä järjestää asiat. Ehdotuksena tuli esille, että perhehoitaja ja perhehoidon ohjaaja tapaisivat kerran kuukaudessa. Tapaamiseen voisi kerätä asioita ja keskustella perhekodin tilanteesta. Perhehoidon ohjaaja voisi myös joskus soittaa perhekotiin ja kysellä kuulumisia. Perhehoidon ohjaajalla on nykyään paljon töitä, koska Eura on aktiivisesti mukana perhehoidon seudullisessa kehittämisessä. Euran kunnan perhehoidon ohjaaja toimii seudullisen perhehoidon koordinaattorina. Jatkossa tarvitaan ehkä toinen henkilö perhehoidon ohjaajan avuksi.

Kaikkien perhehoitajien mielestä, heidän saamansa taloudellinen tuki ei korvaa tehtyä työmäärää. Työtä tehdään seitsemänä päivänä viikossa vuorokauden ympäri. Työlle ei kannata laskea tuntipalkkaa.

*”...ei kukaan hullu tee semmosella tuntipalkalla työtä kuin perhehoitaja tekee. ...siin on niinko koko ajan semmosta vahtimista.”(A1)*

*” No, tota 24/7 tehdään niin eihän se oikeesti ole, mutta jos ajatellaan että sulla on yksi perhehoidossa, niin kyllä sä niin sidottu oot siihen kaikella tapaa. Sitten jos on kolme, neljä sitten sillai, mutta tota jos ja-*

*kaa sen niille tunneille sen, jos sillai aattelee niin sitten se ei ole kyl-  
lä...voisi se olla korkeampikin.”(A2)*

Työ on erittäin sitovaa. Pääsääntöisesti perhehoidossa olevien ikäihmisten pitäisi nukkua yöt, mutta joskus työ on myös yötyötä. Perhehoitajan ansiotaso jää varsin matalaksi ja asia korostuu, mikäli hänen saamansa hoitopalkkion määrä suhteutetaan työhön sidottuun aikaan. Hyvien tulojen tai merkittävien etuuksien vuoksi perhehoitotyöhön ei ryhdytäkään. Vanhusten perhehoitajat kuvaavatkin työtään elämäntapa-ammattina, joka edellyttää tekijältään sen hyväksymistä, että työ sitoo hänet sekä ajallisesti että fyysisesti kotiin (Nevalainen 2007, 38). Maksettavalla hoitopalkkiolla on kuitenkin vaikutusta siihen, miten motivoituneita perhehoitajat olisivat aloittamaan työnsä ikäihmisten perhehoidossa (Havukainen & Kaisto 2008, 48). Tämä on huomioon otettava seikka perhehoitajia rekrytoitaessa.

Perhehoitajan työssä jaksamisen kannalta haastavaa on oman ajan järjestäminen. Perhehoitajan on vaikeaa tai mahdotonta lähteä esimerkiksi kävelylenkille tai kauppaan, jos hänellä ei ole sijaista kotona. Muistisairasta ei voi jättää ilman valvontaa hetkeksikään tai ei ainakaan pitkäksi aikaa. Työ koettelee myös aviopuolisoiden arkea. Heillä on tuskin ollenkaan kahdenkeskeistä aikaa ja yhteiset menot on vaikea järjestää. Tärkeää on hyvä tukiverkosto. Kahdessa perhekodissa ikäihmisten hoitoon osallistuvat myös muut perheenjäsenet ja aikuiset lapset sijaistivat tarvittaessa. Yhdessä perhekodissa hoitaja oli yksin ikäihmisten kanssa ja kunta järjesti sijaisen. Myös joidenkin ikäihmisten omaiset osallistuivat aktiivisesti esimerkiksi ulkoiluttamalla omaistaan sekä samalla myös muita perhekodissa asuvia ikäihmisiä. Jos perhekodissa asuu kovin erikuntoisia ikäihmisiä, ulkoilun järjestäminen on hankalaa.

*”Oman ajan järjestäminen, se on tosi haastavaa ja miten sä sen teet, missä kohtaa lähdet. Se ei oo kiveen kirjoitettu, että mulla on joka lauantai kymmenestä yhteen vapaa-aikaa, ei se niin mene. Sitten täytyy vaan asennoitua, että eihän joka kerta vaan voikkaan olla ja mennä, että oma asenne on iso asia ja joustavuus, kärsivällisyys ja improvisointi, ne on kaikki siinä niin.”(A1)*

Hyvän perhehoidon toteutumisen kannalta tärkeinä asioina perhehoitajat mainitsivat: turvallisuus, oma jaksaminen ja kunnan hyvä tuki jaksamiseen, myötämieleiset omaiset, asiakkaan sopiva kunto perhehoitoon sekä se, että ikäihminen hyväksytään perheenjäseneksi. Perhehoitajan on koko ajan peilattava oman perheen jaksamista perhehoidossa olevan ikäihmisen hoivan vaativuuteen. Turvallisuudella ko. perhehoitaja tarkoitti apuvälineitä, joiden avulla seurataan ikäihmisen liikkumista ulkona tai sisällä. Turvallisuuteen liittyy myös ovien lukossa pitäminen karkaamisen estämiseksi. Ovien lukitseminen on rajoitustoimenpide, jolla toisaalta loukataan ikäihmisen itsemääräämisoikeutta, mutta lukitsemista voidaan perustella turvallisuudella. Muistisairas voi esimerkiksi lähteä talvipakkasella ulos yöllä yöpaidassa ja paleltua kuoliaaksi. Turvallisempaa on pitää ovet lukittuna.

*.....turvallisuus on yksi...ja sit empatia, sympatia, kärsivällisyys, ne kulkee hiukan käsi kädessä. Jaksat niitä toistoja eli se että muistisairas on haastava kapistus ja se että jaksaa toistaa, se on tärkeää.”(A1)*

Parannettavana asiana perhehoitajat pitivät sitä, että sijoitettavat ikäihmiset ovat sopivia, oikeankuntoisia perhehoitoon. Ruohonjuuritason kokemusta ja tietoa pitäisi viedä päättäjille, jotta he pystyisivät tekemään järkeviä sijoituksia. Perhehoito ei ole viimeinen hoitomuoto, vaan se on välimuoto kotihoidon ja laitoshoidon välillä. Tärkeää olisi myös määritellä rajat, mihin asti ikäihmistä voidaan pitää perhehoidossa. Milloin ikäihmisen kunto on niin huono, että hoiva perhehoidossa ei ole enää mahdollista, eikä järkevää. Ratkaisua tehdessä on otettava huomioon perhehoitajan ja koko perheen jaksaminen sekä kaikki perhekodin asukkaat. Muita parannusehdotuksia olivat taloudellisen tuen ja kunnan antamien muiden tukien lisääminen. Koulutusta haluttiin myös lisää.

*”...sillai, että ne ois hyväkuntoisia, hyötyis itse siitä. Täytyis olla sillai kunnossa, että pystyisivät osallistumaan mun kanssa tehtäviin juttuihin.”(A1)*

*”Tiimijäsenyys, siitä on paljon puhuttu, nyt perhehoitaja siihen kuuluu, mutta että kyl se on hakoteillä, elikkä enemmän ruohojuuritason kokemustietoa sinne päättäjille....se on tosi tärkeä ja iso asia, et hoitajia*

*pystytään siellä myös kuulemaan, ettei vaan sitten että no kerroit sen asian...selvä!”(A1)*

*”Sijoittajakunnan tuki ja perhehoitajan jaksamisen tukeminen, se on tosi tärkeitä. Että tuettais mahdollisimman paljon.”(A2)*

## 7.2 Omaisten teemahaastattelujen tulokset

Ikäihmisten perhehoito on niin uusi hoitomuoto, että kaikilla omaisilla ei ollut juuri minkäänlaista tietoa tai käsitystä perhehoidosta. Toiset omaiset olivat lukeneet tai kuulleet asiasta tiedostusvälineistä, jotkut kuuluivat perhehoidosta ensimmäisen kerran perhehoidon ohjaajalta. Erään ikäihmisen omaisen ensireaktio oli, että minun omaistani ei ikinä sijoiteta perhehoitoon. Mielenpide muuttui täysin, kun hän sai enemmän tietoa perhehoidosta, asiasta neuvoteltiin perhehoidon ohjaajan kanssa ja he kävivät yhdessä ikäihmisen kanssa tutustumiskäynnillä perhekodissa. Tällä hetkellä omainen on kovin tyytyväinen perhehoitoon. Tiedottaminen perhehoidosta on tärkeää, jotta perhehoito tulisi tunnetuksi ja tieto murtaa ennakkoluuloja.

*”...ensisijaisesti Ei missään nimessä, se oli ensimmäinen ajatus.. ja sitten kun käytiin katsomassa sitä perhekotia, äiti oli mukana myöskin, todettiin, että Kyllä.”(B1)*

*...en tiennyt etukäteen yhtään mitään. Se kertominen oli aika perusteellinen silloin, tuntui et saattaa olla ihan hyväkin vaihtoehto.”(B2)*

Ikäihmisten perhehoitoon liitetään sekä positiivisia odotuksia ja toiveita sekä negatiivisia odotuksia ja pelkoja. Eräs omainen pelkäsi, että hänen äitinsä kokee perhekodissa olevansa ”vieraan nurkissa”. Tämä tunne voisi juontaa juurensa ja korostua evakko-taustasta. Omainen pelkäsi myös, että henkilökemiat eivät sopisi hoitajan ja/ tai muiden asukkaiden ja äidin välillä, koska hänen äidillään oli joskus ollut hyvinkin jyrkkä suhtautuminen ihmiseen, josta ei pidä tai johon ei luota. Omainen oli myös huolissaan perhehoitajan jaksamisesta jo etukäteen. Hän pelkäsi, että hoitajan sopeutumi-

nen ehkä oletettua rankempaan työhön, voisi aiheuttaa ongelmia hoitotyön laatuun. Positiivisina odotuksina hän mainitsi yksinäisyyden lieventymisen, avun saannin nopeuden, kodinomaisuuden ja ikäihmisen mahdollisuuden osallistua päivittäisiin toimiin. Positiiviset odotukset loppujen lopuksi voittivat negatiiviset pelot ja omainen oli tyytyväinen perhehoitoon.

Kaikkien haastateltujen ikäihmisten omaisten toiveena oli, että omaiselle löydetään sopiva hoitopaikka. He olivat huolissaan omaisestaan ja joidenkin omaisten oli vaikeaa saada viranomaiset ymmärtämään, että ikäihmisen paikka ei enää ollut kotona. Kotona oleminen ei enää ollut turvallista ja tilanne kuormitti omaisia henkisesti. Muistisairas on hyvin taitava peittämään oireitaan ja lyhyen tapaamisen aikana vieras ihminen ei pysty muodostamaan todellista kokonaiskuvaa tilanteesta. Omaiset joutuvat usein taistelemaan ikäihmisen hyvän hoivan puolesta. Usein myös ikäihmistä siirretään paikasta toiseen ennen kuin sopiva hoitopaikka löydetään. Tämä aiheuttaa muistisairaalle turvattomuutta ja voi pahentaa muistisairauden oireita. Kun ikäihminen sai paikan perhekodista, haastatellut omaiset kertoivat, että heiltä putosi suuri huoli pois. He tiesivät, että nyt omainen oli turvallisessa paikassa, eikä heidän tarvinnut murehtia.

*”...sitä ei niin kuin kukkaan uskonu, mitä se oli. Kukaan ei ottanut sitä niin kuin tosissaan, että mikä se tilanne on, että tää ihminen ei pärjää yksin. Kyllä siinä hiukan joutu käyttämään semmosta ns.niskalenkkiä, että saatiin se asiat kuntoon. Mä sanoin suoraan, että näin ei voi jatkaa, että te teette jotain.”(B2)*

*...” tarvittais joku pidempiaikainen seuranta näille vanhuksille...”  
kotipalvelukaan ei uskonu mikä tilanne oli...käytiin vaan ovella kääntymäs.”(B2)*

*...äitin paikka ei ollut terveyskeskuksen vuodeosasto, mutta ei se ollut kotonakaan.”(B1)*

Omaisten mielestä perhehoidolla on myönteisiä vaikutuksia ikäihmiseen. Muistisairaahan vointi vaihtelee päivittäin. Jonain päivänä hän saattaa jatkuvasti olla lähdössä

kotiin ja pakkaa laukkujaan. Ns. pahana päivänä ikäihminen voi kertoa olevansa vain vaivana ja kyselee, milloin täältä pääse pois. Pääsääntöisesti kuitenkin omaiset kertoivat, että ikäihmiset ovat tyytyväisiä elämäänsä perhekodissa. Ikäihmisellä on ympärillään tutut, turvalliset ihmiset sekä vähitellen ympäristö ja perhekoti alkavat tuntua kodilta. Perhekodissa ikäihmiset voivat osallistua kodin normaaliin elämään. Arkipäivän askareet pitävät heidät toimeliaina ja he voivat kokea itsensä tarpeelliseksi ainakin sillä hetkellä. Riippuen muistisairauden tilasta muistisairas ei muista asioita kovin pitkän aikaa.

*”Hän on saanut osallistua niihin päivän juttuihin ja muita, vaikkei hän kauan muista mitä hän on tehnyt. Se on kuitenkin semmosta toimeliasta, ettei tarvii maata missään sängyn pohjalla.”(B2)*

*”...voi tehdä ihan joka päiväsiä askareita...semmosia asioita mitä hän on tehnyt aikaisemminkin.”(B1)*

Yhdessä perhekodissa asukkaat olivat fyysisesti niin hyväkuntoisia, että he esimerkiksi pääsivät välillä perhehoitajan mukaan kauppareissuille, kirpputorille ja hautausmaalle. Samassa kodissa asukkaat ulkoilivat itsenäisesti. Heillä oli turvaranneke, jonka avulla perhehoitaja pystyi seuraamaan heidän liikkumistaan. Joskus tosin perhehoitaja oli joutunut hakemaan ikäihmisen kotiin, koska ikäihminen oli poistunut liian kauaksi perhekodista. Toisessa perhekodissa ulkoilun järjestäminen tuotti ongelmia, koska asukkaat olivat erikuntoisia ja osa asukkaista pystyi liikkumaan ulkona vain pyörätuolin avulla. Tässä perhekodissa erään ikäihmisen omainen osallistui ulkoiluttamiseen. Kun omainen lähti lenkille yhdessä äitinsä kanssa, hän otti tavallisesti mukaansa toisen perhekodin asukkaan. Toinen ikäihmisistä käveli ilman apuvälinettä ja toista omainen työnsi pyörätuolilla. Omainen asui noin 55 km päässä perhekodista, joten hän ei pystynyt vierailemaan äitinsä luona päivittäin. Omaisen toive ja viesti päättäjille olikin, että perhehoidossa oleva ikäihminen sijoitettaisiin mahdollisimman lähelle omaisiaan, jotta he pystyisivät osallistumaan ikäihmisen hoivaan. Omainen kuitenkin ymmärsi hyvin, että perhehoitajien resurssit ovat rajalliset. Hän ei syyttänyt eikä syyllistänyt perhehoitajaa ja perhekotia siitä, etteivät he aina pystyneet järjestämään ulkoilua. Perhekotiin olikin rakenteilla iso aidattu piha, jossa ikäihmiset pystyvät turvallisesti ulkoilemaan itsenäisesti.



*...” en mä missään nimessä syyllistä hoitajaa. Se on selvä asia, kun osa porukkaa on pyörätuoli-ihmisiä, niin ei voi mennä. Yritän auttaa...olisi järkevämpi sijoittaa semmoiseen paikkaan, missä olisi omaisia lähellä. Omaiset vois huolehtia ulkoiluttamisesta.”(B1)*

Turvallisuusriskin takia ovet jouduttiin kahdessa perhekodeissa pitämään lukossa, koska osalla perhekodein asukkailla oli taipumus lähteä ulos. Toisessa perhekodeissa olikin tapahtunut vaaratilanne, kun eräs ikäihminen oli onnistunut avaamaan oven ja turvaketjun. Tilanne päättyi kuitenkin onnellisesti, eikä ikäihmiselle tapahtunut mitään vakavaa.

Oma huone on ikäihmiselle tärkeä perhehoidossa. Huoneeseensa hän voi vetäytyä omaan rauhaan, jos hän haluaa. Omassa huoneessa hänellä on tutut tavarat ympärillään ja se luo turvallisuutta. Erään omaisen mielestä perhekodein kodinomaisuus ja pieni yhteisö ovat erittäin tärkeitä muistisairaalle. Hoitolaitoksissa päiväsalit ovat suuria ja ne ovat usein kovin levottomia paikkoja. Perhekodeissa on rauhallisempaa.

*”...tehtiin hänen huoneestaan hänen kotinsa. Niin kuin se olisi hänen oma makuuhuoneensa, missä on tutut valokuvat ja tavarat....  
Kun hän ei tuntenut kotiaan kotona olleessaankaan. Kyllähän tuollakin hän hakee kotia jatkuvasti ja pakkaa tavaraa ja menee. Ei tarvitse kuin taluttaa siihen huoneeseen ja sanoa, että tässä on koti ja hänet saadaan rauhoitettua...hetkeksi.”(B1)*

Päivittäisen hoivan tarpeeseen perhehoito vastaa omaisten mielestä hyvin. Perhekodeissa huolehditaan henkilökohtaisesta hygieniasta, lääkityksestä, ravitsemuksesta, ulkoilusta ja levosta. Nämä kaikki edellä mainitut perusasiat vaikuttavat ikäihmisen fyysiseen kuntoon ja psyykkiseen hyvinvointiin. Säännöllinen vuorokausirytmii (esimerkiksi ruokailu ja nukkumaanmeno) vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ikäihmisen hyvään oloon. Lääkkeiden jakamisesta perhekodeissa huolehtii kotihoito tai apteekki. Perhehoitajat huolehtivat lääkkeiden antamisesta ja he valvoivat niiden ottamista. Kotona lääkehoitoon olivat osallistuneet sekä omaiset että kotihoito, koska ikäihminen (varsinkin muistisairas) ei enää itse pystynyt huolehtimaan lääkehoidostaan. Hän

sekoitti ja otti väärin tai ei ottanut ollenkaan lääkkeitään. Usein viimeisenä keinona kotona lääkkeet jouduttiin ottamaan omaisen tai kotihoidon huostaan ja siitäkin huolimatta lääkehoito kotona ei aina onnistunut. Ikäihminen saattoi esimerkiksi piilottaa hänelle tuotuja lääkkeitä tai pitää niitä suussa, jos lääkkeidenottoa ei valvottu tarkasti.

*”...tajuttiin vasta myöhempää, kuinka paljon hän unilääkettä veteli...päivät oli sekaisin ja ruvettin laskemaan, ettei tää näin voi mennä.”(B2)*

Perhekodilla on myös hyviä psyykkisiä vaikutuksia. Ikäihminen on aktiivisesti mukana perhekodin elämässä, eikä hän vajoa omaan synkkyyteen. Yksinäisyyden tunne lieventyy, kun on muita ihmisiä ympärillä. Ja kuitenkin on olemassa oma huone, johon hän voi tarvittaessa vetäytyä omiin oloihin. Myös turvallisuuden tunne (sekä ikäihmisellä että omaisilla) parantui, koska ongelmatilanteissa apu oli lähellä. Mahdollisuus ylläpitää omia taitoja (esimerkiksi käsityöt) ja osallistua arjen askareihin, antoivat ikäihmiselle onnistumisen ja tarpeellisuuden tunteen.

*” Me paistettiin karjalanpiirakoita siellä. Mä paistoin ja äiti rypytti. Hänellä on kädentaidot tallella.”(B1)*

Muistisaira on sairautensa takia vaikeaa vaikuttaa asioihinsa perhehoidossa. Tai oikeastaan hän ei sairautensa vuoksi välttämättä pysty vaikuttamaan. Omaisten mielestä on vaikeaa sanoa, koska he kokevat tietyllä tapaa olevansa ulkopuolisia. Omaisten mielestä perhekodissa mennään tiettyyn rajaan saakka ikäihmisen ehdoilla, mutta on oikein, että perhehoitaja tarvittaessa puuttuu tilanteeseen. Pohdittava asia on kuitenkin, että mihin asti pitää mennä muistisaira ikäihmisen ehdoilla.

*” Ei äiti pysty enää tällä hetkellä vaikuttamaan mihinkään. Että jos häneltä kysyy, onko jotain niin vastaus on ” ei mitään valittamista”. Kun hänellä ei ole mitään valittamista, niin hänellä ei ole mitään toiveita-kaan.”(B1)*

Omaisten mukaan yhteydenpito ja tiedottaminen perhekodin ja omaisten välillä sujuu hyvin. Perhehoitaja ilmoittaa, jos on jotain tiedotettavaa ikäihmisestä tai perhekodista. Hän ilmoittaa välittömästi omaisille, jos ikäihminen esimerkiksi joudutaan lähettämään lääkäriin tai sairaalaan. Hoitajat myös avustavat ikäihmistä puhelimen käytössä, kun ikäihminen haluaa soittaa omaiselleen tai päinvastoin. Muistisairaalla aikaan ja paikkaan orientoituminen on häiriintynyt. Esimerkiksi muistisairas voi sanoa omaiselleen, että hän ei ole koskaan päässyt perhekodissa saunaan. Joskus perhehoitaja soittaa ikäihmisen puhelun jälkeen omaiselle ja kertoo, miten asiat oikeastaan ovat. Omaiset kertoivat, että he osaavat kuitenkin suhtautua ikäihmisen puheisiin realistisesti, eivätkä he aina usko täysin ikäihmisen kertomia asioita.

*”Mikään ei ole tullut yllätyksenä. On osannut kriittisesti suhtautua siihen, mitä äiti on puhunut. Ei uskota heti. Että kyllä me aika pitkälti omasta mielestämme tiedetään, mitä siellä on ollut.”(B2)*

Perhehoidon hyvinä puolina kaikki omaiset näkivät kodinomaisuuden. Tämä tuli vahvasti esille kaikkien omaisten kommenteissa. Omaisten mukaan on tärkeää, että arkielämän läheisyys säilyy ja ikäihminen pystyy osallistumaan perheen normaaliin arkeen. Erään omaisen mukaan, jos ikäihminen olisi laitoshoidossa, omaisille jäisi suurempi vastuu pitää ikäihminen niin sanotusti arjessa mukana. Laitoshoidossa ikäihmisen kunto huonontuisi nopeammin, koska siellä hoiva ei olisi niin yksilöllistä ja aktivoivaa. Perhehoito on omaisten mielestä inhimillistä, yksilöllistä hoivaa.

*”Siinä on kuitenkin sitä, mitä on jokaiselle tuttua ja eikä se muistisairaaltakin unohdu, ruokaa laittaa ja kaupaa käydään.”(B1)*

*...ihan nomaalii elämää, jos olis laitokses ni se kaikki jäis, sitten se olis niinko omaisten vastuulla se kaikki tämmönen ulkopuolinen.”(B2)*

*”Se on kodinomainen, niin joku toiminnallisuus kuitenkin pysyy.”(B1)*

Kaikki omaiset olivat huolissaan siitä, että mitä sitten tapahtuu, kun ikäihmisen kunto huononee niin, ettei hän enää pärjää perhehoidossa. Toisaalta he sanoivat, että he ovat tyytyväisiä nykyiseen tilanteeseen. Sitten on mietittävä uusia keinoja, kun

perhehoito ei enää ole ikäihmiselle sopiva hoitomuoto. Omaiset toivoivat, että ikäihminen pystyisi olemaan mahdollisimman kauan perhehoidossa. Muistisairauden ja muiden sairauksien etenemistä sekä ikäihmisen vointia on vaikea ennustaa. Omaiset olivat myös huolissaan perhehoitajan ja koko perhekodin jaksamisesta. Omaiset sanoivat, että perhehoitajat tekevät todella arvokasta työtä ja he arvostavat hoitajia suuresti. Perhehoitajan työ on raskasta ja haasteellista.

*Sitä täs oon pohtinut, että jos se tila huononee ja ihminen osaa olla todella hankala, niin kuin kauan semmonen perhe jaksaa ja mikä sitten on se seuraava askel. Sitten on taas se murrosjuttu. Mutta tällä hetkellä kaikki on ok. Kyllä siinä tietää työtä tehneensä. Musta ei olis siihen hommaan.”(B2)*

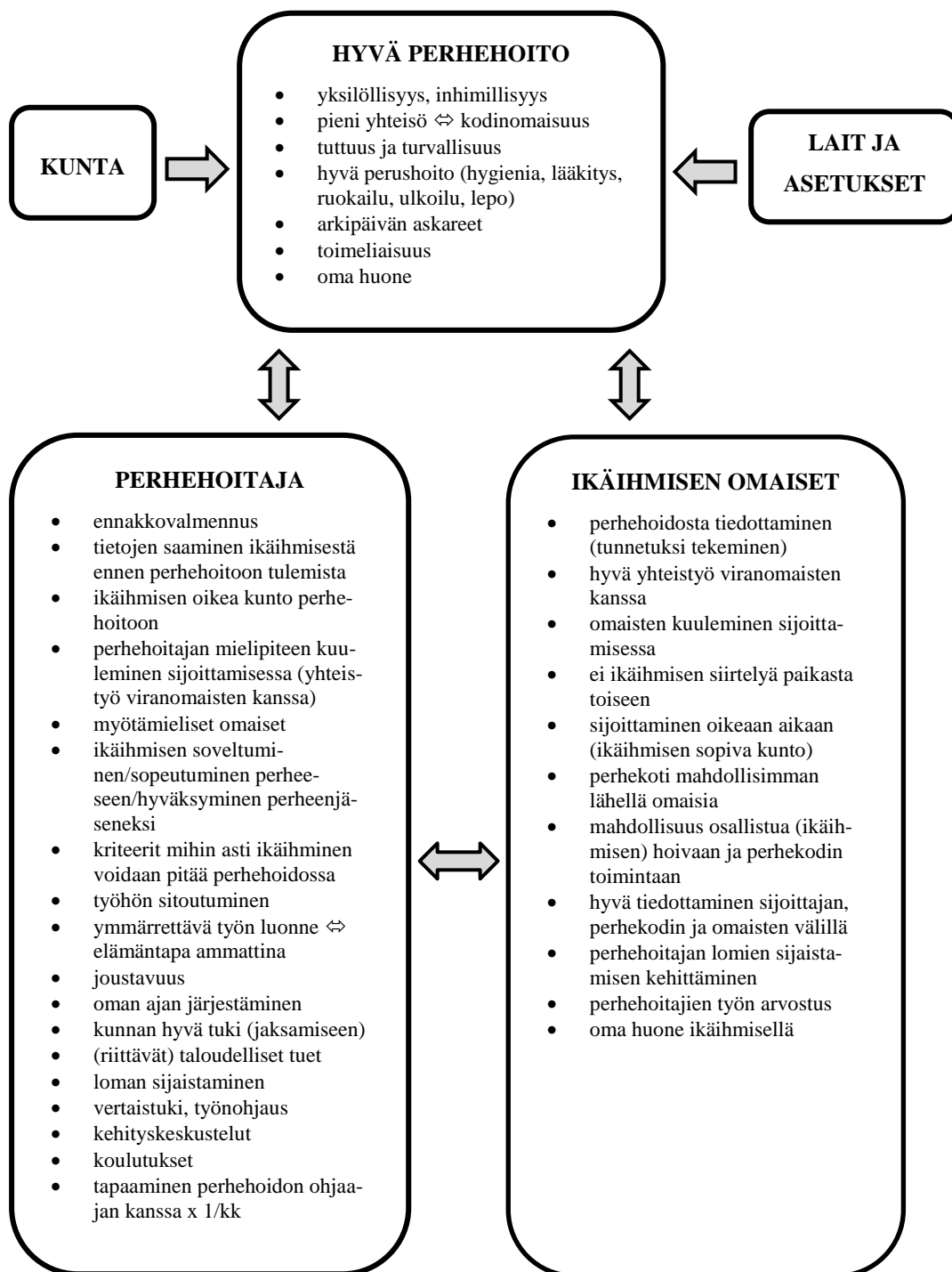
Hyvän perhehoidon toteutumisen kannalta omaiset mainitsivat, että olisi tärkeää kehittää sijaistamista. Muistisairaana pitäisi saada olla samassa tutussa paikassa hoitajan loman aikana. Paikasta toiseen siirtäminen on rasite ikäihmiselle. Omaiset ymmärtävät hyvin, että perhehoitaja tarvitsee lomaa, eikä hoitaja voi eikä välttämättä haluaakaan lähteä aina loman ajaksi pois kotoa. Tällä hetkellä perhehoitajien lomien sijaistaminen on järjestetty niin, että kotiin tulee hoitaja tai omaiset ottavat ikäihmisen hoidettavakseen tai ikäihminen on hoitajan loman ajan toisessa perhekodissa tai laitoshoidossa.

*”Sit kun on muistisairaasta kyse ja se viedään johonkin muualle niin se on ain sitten oma juttu, ensin lähteminen ja siellä oleminen ja sitten taas kun palaa takaisin.”(B2)*

*”Hoitaja tarvii loman, eikä hoitajakaan voi aina lähtee pois kottoo.”(B1)*

Tärkeää on myös saada ikäihminen oikeaan aikaan perhehoitoon sekä omaisten että ikäihmisen kannalta. Jos mahdollista perhekoti olisi hyvä olla lähellä omaisia, jotta he pystyisivät osallistumaan ikäihmisen hoivaan.

## 7.3 Yhteenveto tuloksista

**IKÄIHMISTEN HYVÄN PERHEHOIDON EDELLYTYKSET**

kuvio 1: Yhteenveto tuloksista

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Teemahaastattelun kysymysten muotoilussa auttaa kohderyhmän tuntemus. Ongelmana onkin usein, että kysymykset peilaavat tutkijan käsityksiä tutkittavasta asiasta. Niihin on sisäänkirjoitettu tutkijan ennakkokäsitys asiasta. Haastateltava voi tunnistaa tämän ja vastaa kysymyksiin tutkijan toivomalla tavalla, eikä omien käsitystensä ja kokemustensa perusteella. (Vilka 2005, 105.) Tutkimusongelmiin pohjautuvien kysymysten asettelussa käytin hyväkseni työkokemustani ikäihmisten parissa. Euran kunnan perhehoidon ohjaaja auttoi myös minua kysymysten laadinnassa. Lähinnä hän auttoi minua rajaamaan kysymysten määrää. Perhehoitajien kysymyksiä laatiesani käytin tukenani Suomen Kuntaliiton ja Perhehoitoliiton laatimaa ITE-itsearviointikaavaketta sekä Maa- ja kotitalousnaisten keskuksen hanketta: Perhehoito – apu vanhuksille ja mahdollisuus maaseudulle. Maa- ja kotitalousnaisten hankkeessa selvitettiin perhehoitajien ja vanhusten kokemuksia. Hanke toteutettiin yhteistyössä Perhehoitoliiton kanssa ja sitä rahoitti Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä.

Haastattelu on konteksti- ja tilannesidonnaista. Tuloksiin sisältyy aina tulkintaa ja siksi niitä ei voi suoraan yleistää. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 12.) Reliabiliteetti eli luotettavuus ja validius eli pysyvyys eivät ole suoraan käyttökelpoisia käsitteitä haastattelun luotettavuutta arvioitaessa. Haastattelija on haastattelussa keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallisin luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suonranta 2005, 210–211.)

Kun aineiston analyysin perustana on litteroinnin avulla tuotettu tekstiaineisto, tavoitetaan vain pieni osa haastattelutilanteesta tarjolla olevasta informaatiosta. Vaikka tutkija litteroi kaiken kuulemansa puheen, osa jää aina kuulematta tai havaitsematta. Lisäksi haastattelutilanteessa suuri osa vuorovaikutuksesta on muuta kuin sanallista vuorovaikutusta; nyökkäykset ja pään pudistukset, huokailut ja naurahtelut ovat tärkeä osa merkitysten luomista. Litteraatioissa tutkija valitsee jatkuvasti, mikä nähtävissä tai kuultavissa oleva informaatio on relevanttia vuorovaikutuksen ymmärtämisen

kannalta. Tutkija tulkitsee aineistoa sekä puhujan puolesta että omasta puolestaan. Litteroidessaan tutkija miettii aiheitaan ja tutkimusongelmia sekä aineistolle asetettuja analyttisiä kysymyksiä. Hän tekee valintoja, mikä sanoissa ja toimitussa on tutkimuksellisesti relevanttia. (Ruusu vuori 2010, 427–428.) Voi olla, että osa informaatista menetettiin, koska en itse litteroinut haastatteluja. Yritin kuitenkin tavoittaa haastattelutilanteen tunnelmaa ja tapahtumat, kun kuuntelin haastatteluja samalla kun luin litteroitua tekstiä. Työhöni lisäsin suoria lainauksia haastatteluista. Suoria lainauksia on hankalampi lukea, mutta ne elävöittävät tekstiä sekä toivottavasti antavat vastauksille syvempää sisältöä. Litteroinnin tulee vastata haastateltavien suullisia lausumia ja niitä merkityksiä, joita tutkittavat ovat asioille antaneet. Haastateltavien puhetta ei saa litteroinnissa muuttaa tai muokata. (Vilka 2005, 116.)

Haastateltuja on vain muutama, joten anonymiteetin turvaaminen on hankalaa. Kirjoittaessani tuloksia ja taustatietoja yritin kirjoittaa tekstin niin, että vastaajaa ei tunnistettaisi. Epäilen kuitenkin, että asianomaiset tunnistavat kommenttinsa. Varsinkin perhehoitajien ja perhekotien anonymiteetin turvaaminen on lähes mahdotonta, koska hoitajia ja koteja on vain kolme. Jokainen perhekoti on aivan erilainen, ainutlaatuinen ja omanlainen koti. Haastateltavat kuitenkin antoivat kaikki kirjallisen luvan haastatteluun. He tiesivät, että otos on pieni ja paljastumisen mahdollisuus on olemassa. Otos on niin pieni, että opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä. Tavoitteena olikin lähinnä saada tietoa seutukunnallisen perhehoidon kehittämistä varten. Perhehoito Eurassa niin kuin muuallakin Suomessa on vielä niin uutta, että opinnäytetyön tuloksia ei voi verrata aikaisempiin tutkimuksiin. Tulevaisuudessa perhehoidosta tehdään varmasti useita tutkimuksia ja opinnäytetöitä.

Jokainen haastattelutilanne ja -paikka oli ainutlaatuinen. Yleisesti ottaen haastattelutilanteen tunnelma oli vapautunut ja rento, eikä kukaan näyttänyt jännittävän haastattelua, eikä haastattelun nauhoittamista. Myös nauhoittamiseen pyysin jokaiselta haastateltavalta kirjallisen luvan. Perhekodeissa haastatteluissa oli enemmän häiriötekijöitä kuin perhehoidossa olevan ikäihmisen omaisen kotona. Perhekodeissa olleet häiriötekijät kertovat paljon perhehoidon luonteesta. Perhehoito on jatkuvaa sopeutumista, valppaana olemista. Haastattelutilannetta perhekodeissa oli vaikea rauhoittaa kokonaan. Tietenkin perhehoitajien haastattelut olisi voitu sopia tehtäväksi jossain rauhallisessa paikassa muualla kuin perhekodissa. Perhekoti oli kuitenkin tuttu, tur-

vallinen paikka perhehoitajille. Samoin kuin omaisten haastattelu tehtiin omaisen omassa kodissa. Tutkimusasetelma oli sama kaikissa haastatteluissa eli haastattelija meni haastateltavien kotiin. Tämä oli haastateltaville helpompaa. Poikkeuksena oli sähköpostitse vastannut omainen. Hän asui niin kaukana, että yhdessä sovimme, että hän vastasi sähköpostilla.

Haastateltavien valintaan ja suostutteluun osallistui Euran kunnan perhehoidon ohjaaja. Hän kysyi perhehoitajilta ja omaisilta suostumuksen haastatteluun, jonka jälkeen sain häneltä haastateltavien yhteystiedot. Perhehoitajista kaikki suostuivat haastatteluun. Omaisista vain kolme halusi osallistua. Mikä sai kyseessä olevat omaiset suostumaan? Valikoituiko haastatteluun niin sanottuja hyviä omaisia? Eli omaisia, jotka olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä perhehoitoon. Jäikö sellaisten omaisten mielipide huomioimatta, jotka eivät olleet tyytyväisiä perhehoitoon? Perhehoidon ohjaaja kertoi myös ikäihmisistä, jotka olivat joutuneet omaisten kaltoin kohtelun uhreiksi. Ikäihmisiin kohdistuvasta kaltoin kohtelusta usein vaietaan, vaikka se on raakaa todellisuutta. Tällöin yhteiskunnan on puututtava tilanteeseen ja toimitettava ikäihminen turvalliseen paikkaan. Perhehoito on eräs vaihtoehto. Kaltoin kohtelu tapauksissa yhteistyö omaisten kanssa on usein hankalaa.

Opinnäytetyöni tekemiseen meni melkein vuosi aikaa, joten osa sisällöstä ja tiedoista on jo vanhentunutta. Oikeastaan kaikki opinnäytetyöt/ tutkimukset ovat ”vanhoja” valmistuessaan. Työn tekemiseen menee aikaa ja uutta tietoa tulee jatkuvasti. Varsinkin nykyään kehitys menee hurjaa vauhtia eteenpäin. Jatkuvasti julkaistaan uusia tilastotietoja ja uusi perhehoitolaki astui voimaan työtä tehdessäni. En kuitenkaan alkanut muuttaa aikaisemmin kirjoittamaani tekstiä perhehoidosta. Määritelmät pysyvät samana, vaikka laki muuttuikin. Myös tilanne Euran perhehoidossa on muuttunut puolen vuoden aikana ja kehitystä on tapahtunut seutukunnallisesti. 1.10.2015 alueen (Eura, Rauma, Eurajoki, Huittinen, Kokemäki) perhekodeissa oli yhteensä neljätoista pitkäaikaista paikkaa/asukasta, kuusi lyhytaikaista paikkaa, jotka ovat vielä vajaalla käytöllä sekä kolme osavuorokautista paikkaa. Perhekoteja on yhteistyö-alueella kuusi eli kolme perhekotia on perustettu entisten lisäksi. Uudet kodit sijaitsevat Raumalla Monnankadulla lähellä keskustaa, Euran Honkilahdella ja Kokemäellä. Tosin Kokemäki jäi pois alueellisesta yhteistyöstä, joten Kokemäen perhekoti siirrettiin Huittisten vastuulle. Kokemäen perhekodissa olisi mahdollista järjestää yhdel-



lä/kahdella paikalla intervallijaksoja, mutta toimintaa ei ole vielä saatu käynnistettyä. (Haverinen sähköposti 1.10.2015.)

Monnankadulla perhekoti toimii neljällä paikalla. Rauma on sijoittanut sinne kolme pitkäaikaista asukasta ja yhdellä/ kahdella paikalla on ikäihmisiä lyhytaikaisia jaksoja (omaishoidon vapaita). Hinnerjoella perhekoti toimii perhehoitajan toiveesta siten, että siellä on kolmena päivänä viikossa kolme asukasta niin sanotussa päivähoidossa. He ovat Honkilahden suunnalla kotona asuvia ikäihmisiä ja saavat näin omalla asuinalueellaan. He eivät hyödy kunnan muuten tarjoamasta päivätoiminnasta, vaan nimenomaan tällaisesta kodinomaisesta, ruokailun, ulkoilun ja yhteisten keskustelujen ympärille rakennetusta päivätoiminnasta. Lisäksi Honkilahdella on yksi asukas viikon intervallijaksolla kerran kuussa. (Haverinen sähköposti 1.10.2015.)

Eurassa on aktiivisesti kehitetty ikäihmisten perhehoitoa. Yksi haastatelluista perhehoitajista on käynyt kouluttajakoulutuksen ja toimii nyt perhehoidon ohjaajan kouluttajaparina valmennuksessa. 1.10.2015 alkoi uusi valmennuskurssi. Eräs haastatelluista perhehoitajista on ilmoittautunut Mentor-valmennukseen ja saa näin vertaistuen vastuulleen. Toukokuussa perhehoitajat olivat Perhehoitoliiton järjestämällä virkistyspäivillä ja syyskuun lopulla he olivat Perhehoitoliiton järjestämällä ikäihmisten perhehoidon koulutuspäivillä. (Haverinen sähköposti 1.10.2015.)

Tutkijat pitävät usein laadullisen haastatteluaineiston arkistointia ja haastattelujen jatkokäyttöä eettisesti arveluttavana. Jatkokäytön epäeettisyyttä perustellaan sillä, että laadullisessa haastattelussa haastateltavien oletetaan olevan jollain tavalla kyvyttömiä hallitsemaan tunteitaan, puhettaan ja yksityisyyttään. Haastateltavien päätökseen osallistua tutkimukseen vaikuttavat kuitenkin useat tekijät, eikä vain se, että haastattelutilanteessa heidän on mahdollista puhua omin sanoin ja suhteellisen vapaasti. Tyypillisiä syitä osallistua tutkimukseen ovat esimerkiksi mahdollisuus vaikuttaa tutkimuksen kautta, kertoa tavallisen ihmisen kokemuksia ja näkemyksiä sekä tilaisuus tehdä jotain uutta ja erilaista. (Kuula & Tiitinen 2010, 446–447.) Uskon, että opinnäytetyöhöni osallistuneet haastateltavat lähtivät mukaan, koska he halusivat tuoda esille kokemuksiaan ikäihmisten perhehoidosta sekä samalla esittää parannusehdotuksia. Samoin he halusivat lisätä ikäihmisten perhehoidon tunnettavuutta ja murtaa mahdollisia ennakkoluuloja.

## 8.2 Yhteenvedoa, jatkotutkimusaiheita ja kehittämisehdotuksia

Ikäihmisten perhehoidon yhtenä hyvänä puolena pidetään kodinomaisuutta. Olen toiminut kotisairaanhoidtajana melkein kymmenen vuotta ja olen monesti joutunut pohtimaan, mikä on oikea ja hyvä paikka asiakkaanani olevalle ikäihmiselle. Onko hänen oikeasti hyvä ja turvallista olla kotona? Voinko jättää hänet kotiin? Pärjääkö hän siellä ilman jatkuvaa, ympärivuorokautista valvontaa? Nykyään ikäihmisiä pyritään hoitamaan mahdollisimman kauan kotona, laitoshoidon siirtymistä pyritään pitkittämään ja välttämään. Eikä laitospaikkoja tai tehostetun palveluasumisen paikkoja ole nykyään riittävästi. Moni ikäihminen joutuu jonottamaan laitospaikkaa tai tehostetun palveluasumisen paikkaa kauan. Osa ikäihmisistä pelkää jäädä yksin kotiin. He tuntevat olonsa kotona yksinäiseksi ja turvattomaksi. Turvattomuus ja yksinäisyys aiheuttavat monenlaisia vaivoja, toistuvia lääkärikäyntejä ja lyhytaikaisia laitoshoidonjaksoja. Tämä paikasta toiseen kulkeminen on ikäihmiselle, omaisille ja yhteiskunnalle raskasta ja kallista. Perhehoito on sopiva paikka ikäihmiselle, joka ei vielä tarvitse laitospaikkaa, mutta ei pärjää enää kotona. Perhekodissa hänen on turvallista olla. Hänellä on seuraa, eikä hän koe oloaan yksinäiseksi. Perhekodissa hän voi osallistua perheen arkeen omien voimavarojensa sallimissa rajoissa. Perhekoti muistuttaa kotia, mutta se on turvallisempi vaihtoehto.

Perhekoti on myös yhteiskunnalle halvempi vaihtoehto kuin laitoshoidon tai tehostetun palveluasuminen. Perhehoito on valitettavan usein melko lyhytaikaista. Lyhytaikaisuus voi johtua siitä, että ikäihmiset pääsevät perhehoitoon liian myöhäisessä vaiheessa. Muistisairaus on edennyt jo pitkälle. Perhehoidon alkaminen ja päättyminen ovat raskaita prosesseja sekä ikäihmiselle että omaiselle ja myös perhehoitajalle. Parhaiten ikäihminen nauttii ja hyötyy perhehoidosta, mitä aikaisimmassa vaiheessa hän pääsee perhehoitoon. Myös omaiset ovat silloin pääsääntöisesti tyytyväisiä.

Perhehoito tunnetaan paremmin lastensuojelussa ja kehitysvammahuollossa. Ikäihmisten perhehoitoa pitäisi tehdä yleisesti tunnetuksi. Ehkä silloin useampi omainen, joka on huolissaan läheisestä ikäihmisestä, voisi miettiä perhehoitoa hoitovaihtoehtona. Perhekoteja pitäisi perustaa lisää. Perhehoitajan työ ei ole kuitenkaan kovin houkuttelevaa. Työ on erittäin sitovaa ja vaativaa. Rahallinen korvaus perhehoitajan työstä on pieni työn vaatavuuteen verrattuna. Perhehoitajaksi ryhdytään harvoin ra-

han takia. Melkein aina takana on jonkinlainen ”kutsumus”, halu tehdä työtä ikäihmisten kanssa omassa kodissa. Rahallisen korvauksen, sosiaalisten etuuksien sekä vapaiden järjestämisen parantaminen voisivat lisätä kiinnostusta perhehoitajan työtä kohtaan. Sosiaalisia etuuksia ovat muiden muassa loma- ja eläke-edut, työterveys-huolto, sairastumiseen liittyä asiat, työttömyysturva, koulutus.

Perhehoitajan lomien sijaistaminen koettiin ongelmallisena myös perhehoidossa olevan ikäihmisen kannalta. Varsinkin muistisairas on herkkä reagoimaan kaikenlaisiin muutoksiin ja hänen on vaikea sopeutua uusiin asioihin. Muistisairaana elämä pitäisi olla mahdollisimman samanlaista ilman suuria muutoksia. Muutokset saattavat aiheuttaa muistisairaalalle taantumista. Perhehoitaja ei aina voi, eikä hänen tarvitsekaan lähteä lomallaan pois kotoa. Perhehoidon asukkaiden hoiva on järjestettävä jossain muualla perhehoitajan loman aikana. Ratkaisuna voisi olla, että ikäihmisellä olisi aina sama sijaishoitopaikka, jossa olisivat tutut ihmiset. Pikku hiljaa asukas voisi tuntea sijaiskodin toiseksi kodikseen. Toisena ehdotuksena on eräänlainen sovellutus perhekodista eli asuntolatyypinen perhekoti. Siellä samat hoitajat olisivat töissä esimerkiksi viikon kerrallaan vuorokauden ympäri ja sen jälkeen vaihtaisivat vuoroa. Hoitaja vaihtuisi, mutta ikäihminen saisi olla tutussa, turvallisessa perhekodissa. Toinen ongelma on sitten ehkä, löytyykö hoitajia tällaiseen järjestelyyn.

Ulkoilun järjestäminen on tärkeää ikäihmisen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Jos perhekodissa olevat ikäihmiset ovat kovin erikuntoisia, ulkoilun järjestäminen on hankalaa. Ulkoilussa ja viriketoiminnan järjestämisessä voisi käyttää hyväksi niin sanottua kolmatta sektoria eli erilaisia järjestöjä, säätiöitä ja vapaaehtoistyöntekijöitä. Monella paikkakunnalla toimii esimerkiksi Suomen Punaisen Ristin ystäväpalvelu. Myös koululaiset ja opiskelijat voisivat osallistua ikäihmisten ulkoiluttamiseen, ehkäpä pientä korvausta vastaan. Eräs haastatelluista omaisista sanoi, että hän olisi valmis vaikka maksamaan äitinsä ulkoiluttamisesta. Tietenkin ulkoiluttajan pitää olla luotettava ja vastuuntuntoinen. Heidät pitäisi valita tehtävään ja kouluttaa. Ei voi ajatella, että kuka tahansa pystyy ulkoiluttamaan ikäihmistä. Ulkoiluttajalla on oma vastuunsa.

Jatkotutkimus aiheena olisi haastatella ikäihmisen omaisia uudelleen vuoden kuluttua siitä, kun ikäihminen siirtyi perhehoitoon. Ikäihmisten perhehoidossa kovin pitkä-

aikainen seurata tai tutkimus yhden ikäihmisen kohdalla ei ole kuitenkaan usein mahdollista, koska perhehoito on yleensä melko lyhytaikaista. Perhehoitajia voisi myös haastatella uudelleen vuoden kuluttua. Samalla nähtäisiin, kuinka moni perhehoitaja on jatkanut työtään ja onko perhehoitajien tukemiseen kiinnitetty enempää huomiota. Vuonna 2003 Englannissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin aikuisten perhehoidon (adult placement) hoitajien rekrytointia ja työssä pysymistä. Tutkimukseen osallistui perhehoitajia sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Tutkimuksessa todettiin, että perhehoitajien mukaan perhehoito oli liian byrokraattista ja kontrolloitua. 92 % perhehoitajista, jotka olivat ilmoittautuneet hoitajiksi, peruivat ilmoittautumisensa vuoden kuluessa. Ehdotukseksi nousikin, että koko Englantiin luotaisiin perhehoitajille yhdenmukainen koulutus-, tuki- ja arviointimenetelmä, jotta hoitajia saataisiin paremmin rekrytoitua ja heidät saataisiin pysymään ammatissa. ( Bernard 2013, 563–569.) Onkohan tällä tutkimuksella osuutta siihen, että Suomessa järjestetään ennakkovalmennus kursseja. Viranomaisyhteistyö nousi myös opinnäytetyössän esille sekä positiivisesti että negatiivisesti.

Mielenkiintoista olisi myös tutkia pitkäaikaisessa, ympärivuorokautisessa perhehoidossa olevien ikäihmisten kokemuksia perhehoidosta. Luotettavien vastausten saaminen voi olla kuitenkin hankalaa, koska muistisairaus aiheuttaa usein rajoituksia tutkimukselle. Lyhytaikaisesta ikäihmisten perhehoidosta on tehty muutama opinnäytetyö, mutta näkökulmana ovat useimmiten olleet omaishoitajien ja viranomaisten kokemukset. Pitkäaikaisessa, ympärivuorokautisessa perhehoidossa olevien ikäihmisten kokemuksia ei ole kovin paljon tutkittu.

Perhehoidon tunnettavuus on lisääntynyt ajan myötä. Perhehoidosta on viime vuosien aikana tehty opinnäytetöitä, laadittu oppaita ja pidetty tiedotustilaisuuksia sekä kunnan viranhaltijoille, omaishoitajille että kaikille asiasta kiinnostuneille. Tiedotusvälineissä on myös kerrottu ikäihmisten perhehoidosta ja Perhehoitoliitto tekee jatkuvasti työtä perhehoidon hyväksi. Myös valtion tasolla on alettu kehittää perhehoitoa. 1.4.2015 astui voimaan uusi perhehoitolaki ja marraskuussa 2015 valtioneuvoston pitäisi vahvistaa omais- ja perhehoidon uudistamisen linjaukset. Hallituksen yhdeksi kärkihankkeeksi on nimetty omais- ja perhehoidon kehittäminen.( Kärkihanke 4, toimenpide 2: Omais- ja perhehoito uudistavat palvelujen rakennetta) Hankkeen mukaan omais- ja perhehoitajien hyvinvointia tuetaan toimenpiteillä, jotka lisäävät

hoitotyön houkuttelevuutta ja helpottavat omaishoidon ja työssäkäynnin yhteen soveltamista. Tuloksena eri ikäisten omais- ja perhehoidossa olevien asiakkaiden sekä heitä hoitavien elämänlaatu säilyy ja laitos- ja muun ympärivuorokautisen hoidon tarve vähenee. (Valtioneuvoston www-sivut 2015.)

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavainen prosessi. Aluksi ja ajoittain työn aikana työ tuntui mahdottomalta. Ajatukset pyörivät päässä sekavina ja minusta tuntui, etten tiedä, miten etenisin. Ajan myötä ajatukset kuitenkin selkeytyivät ja työ eteni. Työ jotenkin imaisi sisäänsä. Aikaisemmin minulla ei ollut selvää käsitystä perhehoidosta. Aihe oli uusi ja kiinnostava, joten opinnäytetyön tekeminen toi minulle paljon uutta tietoa asiasta. Perhehoitajat tekevät mielestäni tosi arvokasta työtä. Arvostan suuresti heidän työtään. Myönnän, että minusta ei olisi kyseiseen työhön. Mietin myös, millainen omainen olisin, jos vanhempani sijoitettaisiin perhehoitoon.

## LÄHTEET

- Alajärvi, H. , Pajulampi, P. & Simoska, M. 2013. Ikääntyneiden ihmisten perhehoitoa Länsi-Pohjan kuntiin. AMK-opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121721535>
- Bradter, H. 2012. Tutkimus vanhusten kokemuksista ympärivuorokautisesta perhehoidosta. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Bernard, S. 2005. A national survey of adult placement schemes in England: recruitment and retention of adult placement carers. *Health and Social Care in the Community* 13( 6), 563–569.
- Eskola, J. & Vastamäki, J.2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J.& Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: PS-kustannus, 26-44.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Euran perusturvalautakunnan pöytäkirja 13.11.2013. Viitattu 01.03.2015. [http://dokumentit.eura.fi/DynInternet/cgi/DREQUEST.PHP?page=meeting\\_frames](http://dokumentit.eura.fi/DynInternet/cgi/DREQUEST.PHP?page=meeting_frames)
- Euran kunnan perhehoidon toimintaohje 2014.
- Hallituksen esitys eduskunnalle perhehoitolaiksi, HE 256/2014 vp/ [www.finlex .fi](http://www.finlex.fi). Viitattu 1.3.15.
- Haverinen, M. 2014. Perhehoidonohjaaja, Euran kunta. Eura. Henkilökohtainen tiedonanto 4.12.2014.
- Haverinen, M. Euran ikäihmisten perhehoidon tilanne 1.10.2015. Vastaanottaja: [tari.nurmi@student.samk.fi](mailto:tari.nurmi@student.samk.fi). Lähetetty 1.10.2015 klo 10.15. Viitattu 3.10.2015.
- Havukainen, S. & Kaisto, K. 2008. Vanhusten lyhytaikainen perhehoito omaishoidon tukena. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jamk-1210863138-0>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus.
- Huittisten perusturvalautakunnan pöytäkirja 14.8.2014. Viitattu 28.02.15. [http://www.huittinen.fi.file:///C:/Users/hp%20r085/Downloads/ktweb%20\(2\).pdf](http://www.huittinen.fi.file:///C:/Users/hp%20r085/Downloads/ktweb%20(2).pdf)
- Ketola, J. 2008. Perhehoito ennen ja nyt. Teoksessa J. Ketola( toim.) Sijoita perheeseen. Perhehoito inhimillisenä ja taloudellisenä vaihtoehtona. Juva: PS-kustannus, 15–26.

Kuukkanen, M. 2008. Vanhusten perhehoito. Teoksessa J.Ketola(toim.) Sijoita perheeseen. Perhehoitoinhimillisenä ja taloudellisena vaihtoehtona. Juva: PS-kustannus, 91-97.

Kuula, A. & Tiitinen, S. 2010. Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö. Teoksessa J.Ruusuvuori, P.Nikander & M.Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 446-457.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki.

Laine, T.2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Juva: PS-kustannus, 28–45.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 980/ 2012.

Laki omaishoidon tuesta. 2005. L 2.12.2005/937 muutoksineen.

Laki perhehoitajalain muuttamisesta. 2011. 8.4.2011/317.

Laukkanen-Abbey, R-L. 2011. Tuettu on myös valvottu. Viranhaltijoiden näkemyksiä ikäihmisten perhehoidon järjestämisestä Keski-Suomen kunnissa. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201201181443>

Leino, P. & Tolvanen, E. 2013. Kyllä mää sydämeistäin toivoin, että tälläisiä paikkoja tulis enempi. AMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013052410691>

Mäkinen, S. 2012.Sukupolvien välinen vuorovaikutus vanhuspalveluiden voimavaraksi. Ideoita ikäihmisten perhehoidosta. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012112917282>

Nevalainen, E.2007. Perhehoitajien kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuvasta vanhusten perhehoidosta. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Oktay, J. & Volland, P. 1987. Foster home care for the frail elderly as an alternative to nursing home care: An experimental evaluation. American Journal of Public Health 12, 1505-1510.)

Paasonen, T. 2014. Hellät kädet, rakastava sydän. Ikäihmisten perhehoidon käytönoton edistäminen Päijät- Hämeessä. AMK-opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201403173216>

Perhehoitajalaki. 1992. L 3.4.1992/312.

Perhehoito apu vanhuksille ja mahdollisuus maaseudulle 2011–2013, loppuraportti 2013. Maa- ja kotitalousnaisten Keskus ry.

Perhehoitoliiton www-sivut. Viitattu 2.3.2015, 4.3.2015 ja 12.3.2015.  
<https://www.perhehoitoliitto.fi>

Pietarinen, M. 2013. Ikäihmisten lyhytaikainen perhehoito asiakkaiden näkökulmasta Eksotessa. AMK-opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013120419970>

Rintala, T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9-36.

Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 424-445.

Silvola, T. & Viitanen, J. 2015. Perhehoito ikääntyvän väestön kodinomaisena toimijutta tukevanapalveluna. AMK-opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201502071986>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 3.3.2015. <https://www.stm.fi>

Sosiaalihuoltoasetus. 1983. A 29.6.1983/607 muutoksineen

Sosiaalihuoltolaki. 1982. L 17.9.1982 / 710 muutoksineen

Suomen kuntaliitto ry:n www-sivut. Viitattu 15.3.2015. <http://www.kunnat.net>

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. Helsinki: Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) – julkaisuja 1.

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetin www-sivut. Viitattu 28.2.15.  
<http://www.uusisotkanet.fi>.

Toivanen, M. 2010. Vanhusten perhehoito toimeksiantosopimuksella Etelä-Pohjanmaalla. Johtavien viranhaltijoiden ajatuksia vanhusten perhehoidosta. AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2015.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201003225831>

Valtioneuvoston www-sivut. Viitattu 13.10.2015. <http://www.valtioneuvosto.fi>

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Helsinki: Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.



Hyvä vastaanottaja

Opiskelen geronomiksi (vanhustyön asiantuntijaksi) Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa. Aikaisemmalta koulutukseltani olen sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja-AMK.

Teen opinnäytetyötäni yhteistyössä Euran kunnan perusturvan kanssa. Opinnäytetyön aiheenani on Ikäihmisten perhehoito. Tavoitteenani on selvittää perhehoitajien sekä perhehoidossa olevien ikäihmisten omaisten kokemuksia perhehoidosta. Ikäihmisten perhehoito on melko uusi hoitomuoto, joten siitä ei ole vielä saatu paljon kokemuksia. Siksi on tärkeää, että osallistuisitte tutkimukseen, jotta perhehoitoa voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin kaikkien osapuolten tarpeita ja toivomuksia. Vastaukset käsitellään täysin nimettöminä ja luottamuksellisesti.

Tutkimuksen teen haastattelemalla jokaista tutkimukseen osallistuvaa henkilökohtaisesti. Jos olette kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, ilmoittaisitteko halukkuudestanne Euran kunnan perhehoidon ohjaaja Maarit Haveriselle p. 044-422 4425 tai sähköpostilla [maarit.haverinen@aura.fi](mailto:maarit.haverinen@aura.fi). Sen jälkeen otan Teihin yhteyttä, jotta voimme sopia käytännön järjestelyistä.

Ystävällisin terveisin

Tarja Nurmi

p. 040-7666872

[tarja.nurmi@student.samk.fi](mailto:tarja.nurmi@student.samk.fi)

Tarja Nurmi  
Poroholmantie 1 b 4, Säkyli  
p. 040 766 6872

Euran kunta  
Perusturvajohtaja Sanna-Tuulia Lehtomäki

#### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelman opiskelija. Opiskelen geronomi- AMK tutkintoa.

Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, jonka laajuus on 15 opintopistettä. Olen edennyt opintoissani siihen vaiheeseen, jossa opinnäytetyön tekeminen on ajankohtaista.

Minua kiinnostaa Euran kunnan järjestämä Ikäihmisten perhehoito. Miten perhehoito vastaa ikäihmisen hoivan tarpeeseen? Mitä tukea perhehoitajat saavat ja tarvitsevat työssään?

Tutkimus on kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla. Toiveeni on, että haastateltavaksi suostuisivat ikäihmisten perhehoitajat sekä muutama ikäihmisten omaisista. Vastaukset käsitellään tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen luottamuksellisesti.

Tavoitteeni on suorittaa haastattelut kevään 2015 aikana. Opinnäytetyö on tarkoitus saada valmiiksi ennen kesää 2015 tai viimeistään syksyllä 2015.

Toivon saavani vastauksen tähän anomukseen 31.1.2015 mennessä.

Opinnäytetyön ohjaaja ammattikorkeakoulussa on opettaja, FT Päivi-Maria Hautala.

Yhteystiedot: paivi-maria.hautala@samk.fi p. +358 (0)44 710 3114

Säkyliässä 8.1.2015

Ystävällisin terveisin

Tarja Nurmi

KIRJALLINEN SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Suostun osallistumaan Tarja Nurmen suorittamaan haastatteluun perhehoidon kokemuksista.

Minulle on selvitetty, että kerättäviä tietoja käsitellään tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen luottamuksellisesti. Tutkimustuloksista ei voi tunnistaa henkilöllisyyttäni.

Voin keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa.

Annan suostumukseni tutkimuksen tekemiseen ja haastattelujen nauhoittamiseen.

---

Aika ja paikka

---

Nimi

## LIITE 4

### KOKEMUKSIA IKÄIHMISTEN PERHEHOIDOSTA JA PERHEHOITAJIEN SAAMASTA TUESTA

#### TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

#### **Kysymykset perhehoidossa olevan ikäihmisen omaiselle:**

##### 1. ENNAKKO-ODOTUKSET JA –KÄSITYKSET IKÄIHMISTEN PERHEHOIDOSTA

Millaisia ennakkokäsityksiä ja –odotuksia Teillä oli perhehoidosta ennen kuin omaisenne siirtyi perhehoitoon?

##### 2. PERHEHOIDON VAIKUTUKSET

Millaisia vaikutuksia perhehoidolla on ollut omaisenne?

Miten perhehoito mielestänne vastaa omaisenne päivittäiseen hoivan tarpeeseen?

(hygienian hoito, lääkehoidon toteutus, ravitsemus, lepo , ulkoilu tms.)

Miten perhehoito mielestänne vastaa omaisenne muihin tarpeisiin, kuten turvallisuus, yhteenkuuluvuus, arvostus ja itsensä toteuttaminen?

##### 3. YHTEISTYÖ

Miten paljon omaisenne voi Teidän mielestänne vaikuttaa asioihinsa perhehoidossa?

##### 4. TIEDOTTAMINEN JA/ INORMAATIO

Miten perhehoitaja tukee Teidän ja omaisenne yhteydenpitoa?

##### 5. RUUSUJA JA RISUJA

Mitkä ovat mielestänne perhehoidon myönteiset puolet?

Mitä kehittämis- ja parannusehdotuksia Teillä on?

**Kysymykset perhehoitajille:**

1. AMMATILLINEN TUKI

Millaiset valmiudet ennakkovalmennus antoi perhehoitajan tehtävään?

Saitko tarpeeksi tietoa ikäihmisestä perhehoidon alkaessa?

Millaista lisäkoulutusta olet saanut ja onko se vastannut tarpeisiisi?

Onko yhteydenpito perhehoidon ohjaajan kanssa riittävää?

Järjestetäänkö perhehoitajille työnohjausta ja kehityskeskusteluita? Pitätkö niitä tarpeellisina?

Millaista muuta tukea ja ohjausta olet saanut ja onko siitä ollut apua?

Millaista koulutusta, ohjausta tai tukea tarvitsisit, että asukkaiden hyvä hoiva toteutuisi jatkossakin?

2. TALOUDELLINEN TUKI

Onko saamasi taloudellinen tuki mielestäsi riittävä korvaus tehtävästä? Perustele.

3. VERTAISTUKI

Miten perhehoitajien vertaistuki toteutuu ja koetko sen tärkeäksi työssä jaksamisen kannalta?

4. JAKSAMINEN PERHEHOITAJAN TYÖSSÄ

Millaisia jaksamisen kannalta haastavia tilanteita perhehoitoon liittyy? Millaiset asiat huolestuttavat sinua?

Mainitse enintään kolme asiaa, jotka mielestäsi ovat tärkeimmät hyvän perhehoidon toteutumisen kanalta.

Mainitse enintään kolme asiaa, joihin toivoisit parannusta hyvän perhehoidon toteutumisen kannalta.