

# **Omaishoitajien kokemuksia ikäihmisten lyhytaikaisesta perhehoidosta**

Maija Jokitalo

Opinnäytetyö

13.12.2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Jokitalo, Maija	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 13.12.2016
	Sivumäärä 34	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Omaishoitajien kokemuksia ikäihmisten lyhytaikaisesta perhehoidosta</b>		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidtaja, AMK		
Työn ohjaaja(t) Tiikkainen, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) -		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien kokemuksia ikäihmisten lyhytaikaisesta perhehoidosta heidän omaishoitotilanteissaan sekä saada tietoa heidän toiveistaan ikäihmisten perhehoidon kehittämiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muun muassa perhehoitoperheille ja kuntien omaishoidosta vastaaville viranhaltijoille, jotta he voisivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia suunnitelleessaan, toteuttaessaan ja kehittäessään ikäihmisten perhehoitoa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella lähestymistavalla. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin yksilöhaastatteluna kolmelle haastateltavalle. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Tulosten analyysissä nousi esille omaishoitajien kokemuksista neljä pääluokkaa: perhehoidon asiakkaaksi pääsy, kunnan tuki omaishoitoperheelle, perhehoitokodin hoitoympäristö ja toiminta perhehoidossa. Perhehoidon asiakkaaksi pääsy koostui hoidon tarpeen arvioinnista, yhteneväisistä perhehoidon kriteereistä ja siirtymävaiheista hoitomuotojen välillä. Kunnan tuki omaishoitoperheelle sisälsi tuloksia taloudellisesta, emotionaalisesta, toiminnallisesta ja tiedollisesta tuesta. Perhehoitokodin hoitoympäristöä käsiteltiin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön lähtökohdista. Toimintaa perhehoidossa tarkasteltiin hoidettavan, omaisten ja perhehoitajan näkökulmista.</p> <p>Aineistosta nousi esille kehittämisessä hyödynnettävää tutkimustietoa niin omaishoitoperheille, perhehoitoperheille kuin kuntien omaishoidosta ja perhehoidosta vastaaville henkilöillekin. Ikäihmisten perhehoito sopii useille omaishoidettaville ja se koetaan pääsääntöisesti hyväksi hoitomuodoksi omaishoidettavien lyhytaikaisen hoidon järjestämisessä.</p>		
<p>Avainsanat (<a href="#">asiasanat</a>) ikäihmisten perhehoito, perhehoidon tutkimukset, lainsäädäntö ohjaamassa ikäihmisten perhehoitoa, omaisten kanssa tehtävä yhteistyö</p>		
Muut tiedot		

Author(s) Jokitalo, Maija	Type of publication Bachelor's thesis	Date 13.12.2016 Language of publication: Finnish
	Number of pages 34	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Family care-givers' experiences of short-term family care for the elderly</b>		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Tiikkainen, Pirjo		
Assigned by -		
Abstract  <p>The purpose of the thesis was to investigate the family care-givers experiences of short-term family care aimed at the elderly, as well as to obtain information about the carer-givers' wishes regarding the development of family care for the elderly. The goal was to produce information, for example, for families providing family care as well as for municipal authorities in charge of informal care so that they could utilize the results of the study in the planning, implementation and development of family care for the elderly.</p> <p>The thesis was implemented by using the qualitative research approach. Theme interviews with three respondents were used as the method of data collection. The collected data was analysed by using inductive content analysis.</p> <p>The analysis of the results highlighted four main themes in the carer-givers' experiences: becoming a client of family care, municipal support for the family providing informal care, the immediate care environment in the home providing family care and functioning in family care. Becoming a client of family care involved issues, such as the assessment of care needs, following standardised criteria of family care and transfer stages between various forms of care. The municipal support for families providing informal care included economic, emotional, functional and informational support. The care environment of the home providing family care was addressed from the perspectives of the physical, mental and social environments. The functioning in family care was discussed from the points of view of the clients, their family members and the people providing family care.</p> <p>The data highlighted the need of research information that could be utilized in the development work involving the carer-givers, families providing family care and those municipally in charge of informal care. Family care aimed at the elderly suits many clients in informal care and it is regarded mostly as a good form of care when arranging short-term care solutions for clients in informal care.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) family care for the elderly, research on family care, legislation guiding family care for the elderly, cooperation with the clients' family members		
Miscellaneous		

## Sisältö

1	Johdanto.....	3
2	Ikäihmisten perhehoito.....	4
	2.1 Perhehoidon tutkimuksia.....	6
	2.2 Lainsäädäntö ohjaamassa ikäihmisten perhehoitoa.....	8
	2.3 Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö.....	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	11
4	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	12
	4.1 Haastateltavat.....	12
	4.2 Aineiston keruu.....	13
	4.3 Aineiston analyysi.....	14
5	Tulokset.....	16
	5.1 Perhehoidon asiakkaaksi pääsy.....	16
	5.2 Kunnan tuki omaishoitoperheelle.....	18
	5.3 Perhehoitokoti hoitoympäristönä.....	20
	5.4 Toiminta perhehoidossa.....	22
6	Pohdinta.....	24
	6.1 Tulosten pohdinta.....	24
	6.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	28
	6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	29
	Lähteet.....	31
	Liitteet.....	34

**Kuviot**

Kuvio 1. Kokemukset lyhytaikaisesta perhehoidosta.....	16
Kuvio 2. Perhehoidon asiakkaaksi pääsy .....	17
Kuvio 3. Kunnan tuki omaishoitoperheelle .....	18
Kuvio 4. Perhehoitokoti hoitoympäristönä.....	20
Kuvio 5. Toiminta perhehoidossa.....	22

**Taulukot**

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä .....	15
---	----

# 1 Johdanto

Ikäihmisten määrä kasvaa voimakkaasti tällä hetkellä ja lähitulevaisuudessa Suomessa. Ikäihmisten hoidon järjestämiseksi on kehitetty uusia palvelumuotoja, muun muassa ikäihmisten perhehoito. Sosiaali- ja terveysministeriön (Uusi perhehoitolaki 2015) mukaan hallitusohjelmaan on kirjattu vahva asema perhehoidon kehittämiseen. Hallituksen kärkihanke *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa* tavoittelee uutta omais- ja perhehoidon toimintamallia, jonka tarkoituksena on parantaa omais- ja perhehoitajien hyvinvointia.

Uusi perhehoitolaki (L 263/2015) on astunut voimaan 1.4.2015. Uudessa perhehoitolaissa on yhdistetty aiempi perhehoitajalaki sekä sosiaalihuoltolaista perhehoitoa koskevat pykälät. Keskeisimpinä muutoksina uuteen perhehoitolakiin tuli perhehoidon järjestämisen mahdollisuus myös hoidettavan kotona. Perhehoitoa voidaan järjestää myös osavuorokautisesti tai lyhytaikaisesti. Muutoksia tuli myös perhehoidosta sopimiseen kunnan/kuntayhtymän ja perhehoitajan välillä ja kunnan/kuntayhtymän ja yksityisen palveluntuottajan välillä. (Uusi perhehoitolaki 2015.)

Ikäihmisten perhehoitoa on tähän mennessä tutkittu niukasti: ikäihmisten perhehoidosta on tehty muutamia opinnäytetöitä sekä pro gradu -tutkielmia. Tutkimuksissa on tarkasteltu ikäihmisten perhehoitoa eri näkökulmista, muun muassa ikäihmisten (Pietarinen 2013; Bradter 2012) ja perhehoitajien kokemuksia (Nevalainen 2007) sekä viranhaltijoiden näkemyksiä (Laukkanen-Abbey 2010) ja ajatuksia (Toivanen 2010). Omaishoitajien kokemuksia ja toiveita perhehoidosta ei ole selvitetty aikaisemmissa tutkimuksissa.

Uusi perhehoitolaki (2015) kertoo hallitusohjelman tavoitteena olevasta omais- ja perhehoitajien jaksamisen tukemisesta, joka toteutetaan kehittämällä erityisesti sijais- ja vapaajärjestelyjä. Omaishoitajien jaksamisen tukeminen on tärkeä kansantaloudellinen tavoite. Myös heidän osallisuutensa omaishoidettavien hoidon järjestämisessä on otettava huomioon. (Uusi perhehoitolaki 2015.)

Perhehoitolakiin on tullut muutoksia 1.7.2016. (L 510/2016). Muutokset koskevat omaishoitajien ja perhehoitajien vapaapäiviä. Niitä lisätään siten, että kaikki omaishoitajat, jotka ovat tehneet sopimuksen, saavat vähintään kaksi vapaapäivää kalenterikuukautta kohden. Ympäri vuorokautisesti hoitoon sidotut omaishoitajien vähintään kolmen päivän vapaat säilyvät ennallaan. Hallituksessa tiedostetaan, etteivät omaishoitajien lakisääteiset vapaapäivät toteudu tarpeeksi usein. Käytäntöjä pyritään joustavoittamaan ja tukemaan lyhytaikaisen perhehoidon käyttöä. (L510/2016.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata haastattelututkimuksen avulla ikäihmisten perhehoidossa olevien asiakkaiden omaisten kokemuksia ja toiveita lyhytaikaisesta perhehoidosta. Tutkimusalue kohdistuu paikkakuntiin, joissa ikäihmisten perhehoito on vielä vähäistä. Lyhytaikaista ikäihmisten perhehoitoa käyttävien omaishoitajien kokemuksia ja toiveita ei ole Suomessa aiemmin tutkittu.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan ikäihmisten perhehoitoa, perhehoidon tutkimuksia, lainsäädäntöä ohjaamassa ikäihmisten perhehoitoa sekä omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä.

## **2 Ikäihmisten perhehoito**

Ikäihmisten perhehoidolla tarkoitetaan ikäihmisen oman kodin ulkopuolella yksityiskodissa annettavaa hoitoa tai muuta ympärivuorokautista huolenpitoa. Perhehoitoa järjestetään perhehoitajan kotona, mikäli hoidettavan hoitoa ei muulla tavoin ole tarkoituksenmukaista järjestää eikä hän ole vielä laitoshoidon tarpeessa. (Steffansson, Pulliainen & Lappi 2015, 99.) Uuden perhehoitolain (L 263/2015) myötä perhehoitoa voidaan järjestää myös hoidettavan kotona tai yksityisen palvelutuottajan antamana (Uusi perhehoitolaki 2015).

Perhehoitoliiton mukaan ikäihmisten perhehoito sopii henkilölle, jolla on esimerkiksi muistisairaus, mutta hän ei tarvitse ympärivuorokautista huolenpitoa vaan pärjää pääsääntöisesti yöt ilman perhehoitajan apua. Lyhytaikainen perhehoito sopii muun muassa omaishoidon vapaiden järjestämiseksi sekä sairaalasta kotiutumisen yhteydessä henkilölle, joka tarvitsee kuntoutumista ja toisen henkilön apua ennen kuin pärjää kotonaan. Osavuorokautinen perhehoito on päivä- tai yöaikaista, jolloin

voidaan tukea omaishoitotilannetta tai yksin asuvaa henkilöä, kun ei vielä tarvita ympärivuorokautista hoivaa. Perhehoitoliiton kokemusten mukaan omaishoitajat käyttävät vapaitaan useammin, jos heille mahdollistuu perhehoidon käyttö.

Myönteisiä kokemuksia on saatu myös sairaalahoidon jälkeisestä perhehoidossa kuntoutumisesta. (Kenelle perhehoito sopii, N.d.) Nurmen (2002, 56) tutkimuksessa omaishoitajat toivoivat lyhytaikaishoitopaikkojen olevan pieniä ja kodinomaisia yksiköitä.

Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry on tehnyt useita selvityksiä siitä, miten omaishoitajien lakisääteisiä vapaita käytetään. Tilapäishoitoa käyteään omaishoitajien jaksamisen tukena huolestuttavan vähän. Yhtenä syynä pidetään sijaishoidon vaihtoehtojen suppeaa tarjontaa laitoshoidon lisäksi. Sijaishoidossa on muun muassa hoidettavan kunto huonontunut hoidon aikana. Sijaishoidon järjestelyihin käytetään eniten laitoshoidon, palvelutaloja ja sukulaisia. Tilapäisen perhehoidon käyttö on jäänyt vielä vähäiseksi. (Purhonen 2011, 93-95.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen SOTKANetin (Tulostaulukko n.d.) mukaan vuonna 2014 ikäihmisten perhehoidossa oli 213 vanhusta ja perhehoitokoteja oli 113. Steffansson ja muut (2015, 99) kirjoittavat julkaisussaan, että vuonna 2013 Perhehoitoliiton ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyn mukaan ikäihmisten perhehoidossa oli 370 henkilöä. Heistä 120 oli jatkuvassa perhehoidossa ja 250 oli lyhytaikaisessa perhehoidossa. Lyhytaikaista perhehoitoa ei ole aiemmin selvitetty valtakunnallisesti, joten se ei ole kirjautunut SOTKANetin tietokantaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013), mikä on ohjannut muun muassa vanhuspalvelulain toimeenpanoa eli Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (28.12.2012/980). Laatusuosituksessa esille nostetut tema-alueet kuvaavat hyvin perhehoidon toteutumista. Esimerkiksi ikäihminen ja omainen saavat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja järjestämiseen. Palvelurakenteen muutoksessa asumisratkaisuja eli kotona asumista tuetaan esimerkiksi lyhytaikaisella perhehoidolla. Tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä ja huomion kiinnittämistä riskiryhmiin turvataan esimerkiksi perhehoidon järjestelyillä. Oikeaa palvelua oikeaan aikaan mahdollistetaan suunnitelmallisella palveluohjauksella myös perhehoidon



tarjoamiseksi. Laatusuosituksen palvelujen rakenteiden muodostumisessa korostuu muun muassa kotona asuminen sekä omais- ja perhehoidon lisääminen. Hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi on jokaiselle ikäihmiselle määritelty vastuutyöntekijä unohtamatta omaisten ja läheisten osuutta hoivaajina. Ohjeita perhehoidon maksimiasiakasmääristä voisi verrata laatusuosituksen henkilöstömitoituksiin. Laatusuosituksen viimeinen teema on johtaminen, joka on keskeisessä asemassa kunnissa, jotta perhehoidon järjestäminen toteutuu hyvin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

## 2.1 Perhehoidon tutkimuksia

Suomessa ikäihmisten perhehoitoa on tutkittu erilaisista näkökulmista. Tutkimuksissa on tarkasteltu muun muassa ikäihmisten kokemuksia sekä lyhytaikaisesta (Pietarinen 2013) että ympärivuorokautisesta (Bradter 2012) perhehoidosta. Lyhytaikaisesta perhehoidosta nousee esille sekä ikäihmisten että omaisten hyvät kokemukset. Perhehoidon toteutumiseksi painotetaan viranhaltijoiden vahvaa roolia perhehoidon suositteluksessa. Asiakkaat kokevat myös ulkoilun ja liikkumisen mahdollisuuden tärkeäksi. Ympärivuorokautisen perhehoidon asiakkaiden haastattelutuloksista nousee esille muun muassa se, ettei perhehoidossa ole juuri ulkoilumahdollisuuksia tai mahdollisuutta osallitua arjen askareisiin. Asiakkaat kokevat sen johtuvan osittain omasta huonosta fyysisestä kunnostaan. (Bradter 2012; Pietarinen 2013.)

Nevalainen (2007) tutki perhehoitajan kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuvasta vanhusten perhehoidosta. Tutkimustulokset kertovat perhehoitajuuden olevan elämäntapa-ammatti. Perhehoitajan jaksamiseen liittyviä riskejä löytyy kolme: vapaiden toteutumattomuus, yöllisen levon häiriintyminen ja perhehoitajan tarve tulla huomioiduksi kunnan vanhustyötä tekevänä ammattihenkilönä.

Kahden sosiaali- ja terveystieteiden sisällä on tutkittu muun muassa viranhaltijoiden näkemyksiä (Laukkanen-Abbey 2010) ja viranhaltijoiden ajatuksia (Toivanen 2010) perhehoidosta. Vaikka perhehoito on vielä vähäistä kunnissa, kaikki viranhaltijat haluavat tukea perhehoidon toteutumista kunnissaan muun muassa informoimalla perhehoidon mahdollisuudesta, tukemalla perhehoitajiksi ryhtyviä ja kokeilemalla perhehoitoa. (Laukkanen-Abbey 2010; Toivanen 2010.)

Perhehoitoa on tutkittu myös maaseutu ympäristön lisäarvon näkökulmasta (Leino & Tolvanen 2013). Tutkimuksen tuloksista nousee esille maaseudun asuinrakennusten ja pihojen laaja-alaisuuden tärkeys esimerkiksi ikäihmisen liikuntakyvyn säilymiselle. Maalaismaisema tuo tuttuutta ja mielihyvää, samoin kodinomaisuus. Yksilöllinen hoito näkyy esimerkiksi siten, että asukkaan tarpeet huomioidaan ja asukas saa nukkua omien mieltymysten mukaisesti aamuisin. Vapauden tuntu tulee esille ulkona liikkumisen mahdollisuutena ja vapautena tiukoista aikatauluista. Eläinavusteisuus kotieläinten ja luonnon eläinten muodossa tuo asukkaille muun muassa iloa, läheisyyden tarpeen tyydytystä ja omien vaivojen unohtamista. Asukkaiden osallisuus ja yhteisöllisyys tulevat esille toimintakyvyn ja omien voimavarojen mukaan tehdyissä arjen askareissa sisällä ja ulkona. Miesasukkaat nauttivat kodin huoltotöihin osallistumisesta. (Leino & Tolvanen 2013.)

Paasonen (2014) tutki ikäihmisten perhehoidon käyttöönoton edistämistä. Omaishoitajien haastatteluissa perhehoidon vahvuuksina koetaan toiminnan virikkeet, yhteisöllisyys ja yksilöllisyys sekä olosuhteista kodinomaisuus ja inhimillisyys. Perhehoitajalta toivottuja odotuksia ovat terveydenhuoltoalan koulutus ja kokemus sekä henkilökohtaisista ominaisuuksista luonteenpiirteet, taidot ja työtavat sekä asenne työhön. Perhehoitokodin odotukset liittyvät olosuhteisiin eli varusteluun, tunnelmaan ja sijaintiin. Perhehoitoon ohjautumisen palveluohjauksessa tiedon saannilla ja palveluihin vaikuttamisella on merkittävä asema. Perhehoitajan ja omaishoitoperheen yhteistyössä tutustumiskäynti ja yhteydenpito ovat tärkeitä.

Ulkomaisista ikäihmisten perhehoidon tutkimuksista (USA) on jo 1980-1990 -lukujen taitteesta löydettävissä positiivisia tuloksia muun muassa liikkumisesta ja vapauden tunteesta. Perhehoidossa olevilla asiakkailla on myös enemmän vuorovaikutusta perheen, ystävien ja naapurien kanssa verrattuna hoitokotien asukkaisiin. Asiakkaiden päivittäiset toiminnot ja psyykinen toimintakyky pysyvät yllä tai paranevat. Perhehoidossa olevat korostavat yksityisyyden ja kodinomaisuuden merkitystä. Asiakkaat osallistuvat kodin askareisiin. Heillä on vähemmän vierailijoita, mutta enemmän puhelinkontakteja perhehoitokodin ulkopuolelle. Asiakkaat ovat tyytyväisiä hoidossa ja huolenpidossa muun muassa lääkehoitoon ja turvallisuuteen. (Oktay & Volland 1987; Kane 1991.)

## 2.2 Lainsäädäntö ohjaamassa ikäihmisten perhehoitoa

Uusi perhehoitolaki on astunut voimaan 1.4.2015 alkaen (L 263/2015) ja siihen on tullut muutoksia 1.7.2016 (L 510/2016). Uuteen lakiin (L 263/2015) on kirjattu muutoksia hoidettavien maksimimäärästä, joka on toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa neljä ja ammatillisessa perhehoidossa seitsemän henkilöä. Tähän on luettu mukaan samassa taloudessa asuvat alle kouluikäiset lapset ja erityistä hoitoa ja huolenpitoa vaativat henkilöt. Hoidettavien enimmäismäärästä voidaan poiketa sisarusten tai saman perheen jäsenten kyseessä ollessa. Hoidettavien määrä täytyy kuitenkin suhteuttaa perhehoitajien lukumäärään, samoin hoidon, kasvatuksen ja toiminnan luonne. (L 263/2015.)

Luvanvaraisessa ammatillisessa perhekodissa voidaan antaa ammatillista perhehoitoa. Ammatillisessa perhekodissa täytyy olla vähintään kaksi henkilöä, jotka asuvat paikan päällä ja ainakin toisella henkilöllä on oltava tehtävään sopiva koulutus ja riittävä kokemus hoito- tai kasvatustehtävistä. (L 263/2015.)

Uuden lain mukaan hoitopalkkiot, kulukorvaukset ja käynnistämiskorvaukset kuuluvat myös läheis- ja sukulaissijaisvanhemmille. Perhehoitoa voidaan antaa perhehoitajan kodin lisäksi myös hoidettavan kotona. Muutoksista ilmoitusvelvollisuus on myös kirjoitettu lakiin. Perhehoidossa tapahtuneista muutoksista on ilmoitettava hoidettavan sijoittaneeseen kuntaan ja perhehoitajan sijaintikuntaan. (L 263/2015.)

Lain muutokset mahdollistavat perhehoidon räätälöinnin paremmin hoidettavan edun mukaisiksi. Siirtymäsäännökset ovat turvanneet, ettei sijoitettujen henkilöiden tarvitse vaihtaa hoitopaikkaa ennen lain voimaantuloa. (L 263/2015.)

Perhehoitolakiin tuli muutoksia, jotka astuivat voimaan 1.7.2016 alkaen. Muutos koskee omais- ja perhehoitajan vapaiden lisäämistä ja vapaiden järjestämisen helpottamista, perhehoitajan vähimmäispalkkion nostoa, kahden hoitajan taloudessa hoidettavan määrän muutosta seitsemästä kuuteen henkilöön, perhehoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksien toteutumista ja kunnan velvollisuutta järjestää omaishoitajille valmennusta ja koulutusta sekä hyvinvointi- ja terveystarkastuksia. (L510/2016.)

Tämän hallituskauden valtioneuvoston hallitusohjelmassa Kärkihanke 4:n tavoitteena on, että iäkkäät sekä omais- ja perhehoitajat saavat entistä yhdenvertaisemmat, kustannusten kasvua hillitsevät ja paremmin koordinoitujen palvelujen. Ohjelman uudet toimintamallit painottuvat hyvinvoinnin tukemiseen, kuntoutukseen ja valmennukseen. Tarkoituksena on lisätä näiden tehtävien houkuttelevuutta sekä omaishoidon ja työssäkäynnin yhteensovittamista. Hoitomuotojen tueksi perustetaan alueellisia omais- ja perhehoidon keskuksia. Lopputuloksena pyritään omais- ja perhehoidon asiakkaiden ja henkilöstön elämänlaadun parantamiseen sekä laitos- että muun ympärivuorokautisen hoidon tarpeen vähenemiseen. Toimintamalleja ja keskuksia kokeillaan alueellisesti ja ne mallinnetaan. Toiminta arvioidaan ja mallit otetaan käyttöön vuosien 2018 ja 2019 vaihteessa. (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016.)

### 2.3 Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö

Perhehoitajaksi ryhtyvältä ei vaadita välttämättä sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintoa, vaan perhehoitaja käy perhehoidon ennakoivalmennuksen, jonka kunta järjestää suunnitelmansa mukaisesti. Perhehoitajalta edellytetään soveltuvuutta tehtävään. Hoitajan on kyettävä myös yhteistyöhön eri tahojen kanssa. Yhteistyöhön liittyvää koulutusta annetaan ennakoivalmennuksessa. (Miten perhehoitajaksi tullaan n.d.)

Rekola (2008) kirjoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöjen moniammatillisesta yhteistyöstä, yhteistyöosaamisesta sekä eri ammattiryhmistä ja niiden välisistä hierarkioista. Sosiaali- ja terveyden huollon töiden jakautuminen ja ammatillinen eriytyminen korostaa ja edellyttää yksintyöskentelyn kulttuuria. Eroavaisuudet asenteissa, tiedoissa ja taidoissa rajoittavat moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisessa yhteistyössä korostetaan jokaisen omaa asiantuntijuutta ja sen yhteiskäyttöön tuomista. Tällöin potilaan hoitoon liittyviä asioita voidaan pohtia moniammatillisesti. Moniammatillisuutta tarkastellaan potilaan, asiakkaan, omaisten ja työntekijöiden kesken. Asiakas on totuttu näkemään oman hoitonsa vastuullisena osallistujana. Yhteistoiminnallisuus ja keskinäinen arvostus on ominaista yhteistyössä. Tiimi koostuu erilaisten koulutusten saaneista henkilöistä ja yhteistyö edellyt-

tää osapuolten päätöksentekoon osallistumista ja vastuullisuutta sekä roolien selkeyttä. Työntekijän ammatillinen itsetunto ja ammatti-identiteetti tukevat yhteistyöosaamista. Luottamus ja varmuus omasta osaamista, mahdollisuuksista ja rajallisuudesta rohkaisevat asiantuntijuuden ilmaisemiseen sekä päätöksentekoon ja yli toimialojen tapahtuvaan yhteistyöhön. Yhteistyöosaamiseen sisältyy myös toisen asiantuntijuuden arvostaminen. Myös koulutuksen katsotaan olevan avainasemassa moniammatilliseen yhteistyöhön pääsemisessä. Yhteisessä moniammatillisen yhteistyön koulutuksessa pyritään tietojen, taitojen ja asenteiden muokkaamiseen. (Rekola 2008, 13-16.)

Kotihoidon yleistyminen vaatii moniammatillisen verkostoitumisen asiakkaan kokonaisuudessa. Se vaatii myös oikein kohdentuneita palveluja eri auttajatahojen kesken. Useasti iäkkäät kotihoidoin asiakkaat tarvitsevat kotona selviytyäkseen lyhytaikaishoitoa kodin ulkopuolella. Hoitotoimintoja täytyy osata yhteensovittaa ja luoda saumattomia hoito- ja palveluketjuja yli hallinto- ja organisaatorajojen. (Rekola 2008, 19.)

Omaishoidettavan kotihoidon onnistuminen ja häntä hoitavan läheisen jaksaminen ovat yhteiskunnassa esille tuotuja tavoitteita. Lyhytaikainen laitoshoido on yksi tukipalvelumuoto, joka tähtää kyseisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Salin (2008) on tutkimuksessaan havainnut lyhytaikaisen laitoshoidon näyttäneen omaishoitajan selviytymiskeinona, jonka avulla omaishoitaja jaksaa hoitaa omaishoidettavaa kotona. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa omaishoitajan tukeminen edellyttää, että hoitaja on tietoinen perheen elämäntilanteesta ja elämäntarinasta. Omaishoitajat toivovat läheistä ja persoonallista suhdetta hoitajiin, mutta Salinin tutkimuksessa lähes puolet omaishoitajista kuvasi hoitajia etäisiksi itselleen. Hoitajien tietoinen valinta oli sivuuttaa omaishoitaja. Suhde jäi pinnalliseksi, eikä omaishoitajaa hyväksytty hoitotiimin jäseneksi. Tutkimuksessa yhteistyösuhteen esteeksi nousi hoitajan ja perheen välinen ystävyys, jolloin ystävä ei voinut toimia omaishoitajana ammatillisuuden vaarantumatta. (Salin 2008, 75, 78.)

Nurmi (2002, 57) tuo tutkimuksessaan esille ehdotuksia omaishoitajien terveydenhuoltopalveluiden kehittämisen. Lyhytaikaishoitopaikkoja toivotaan lisää. Hoitopaikkoihin toivotaan päästävän tarvittaessa lyhyellä varotusajalla. Hoitopaikkojen toivotaan järjestävän virikkeellistä toimintaa ja kuntoutusta.

Hoitohenkilökunnalta toivotaan muun muassa joustavuutta ja aktiivisempaa yhteydenpitoa omaisiin. Omaiset toivovat henkilökunnalle myös lisää koulutusta esimerkiksi vanhustyöhön ja hätäntyneen omaisen kohtaamiseen. Omaishoitajat pitävä tärkeänä perheen ja hoitajan välistä tasa-arvoista yhteistyösuhdetta sekä hoitovastuun jakamista. Tämä on toteutunut huonosti – syynä saattaa olla muun muassa hoitopaikan ja henkilökunnan vaihtuvuus. Kiinteä yhteistyösuhde ja omaishoitajan ottaminen mukaan päätöksentekoon katsotaan tärkeäksi ja voimavaroja vahvistavaksi. Yhteisten kirjallisten tavoitteiden katsotaan parantavan tiedonkulkua, omaishoitajan tiedollisten voimavarojen vahvistumista ja tulevaisuuden pelkojen vähenemistä. (Nurmi 2002, 57.)

Hirvasniemi (2009) puolestaan on tutkinut dementoituvan ihmisen lyhytaikaishoitoa ja sen merkitystä omaishoitajan kotona selviytymiseen. Tutkimustuloksista nousevat esille omaisten kokemukset lyhytaikaishoidosta ja lyhytaikaishoidon merkitys omaisten kotona selviytymiseen. Omaisten kuvaamana merkityksellisenä asiana pidetään myönteistä tulotilannetta. Koetaan tärkeänä, että omaiset antavat henkilökunnalle tukensa kertomalla muun muassa kotitilanteesta, lääkemuutoksista ja sairauden kokonaistilanteesta. Tutkimuksessa tulee esille omaisten kokemana, että osastolla on liian niukasti henkilökuntaa työvuoroissa. Omaiset kokevat kuitenkin, että hoitohenkilökunta on ammattitaitoista, hoidettava saa hyvää hoitoa ja omaiset kokevat saavansa ohjausta käytännön tehtäviin. Omaiset kokevat myös, että he saavat riittämättömästi palautetta osastojakson sujumisesta tai hoidettavan käyttäytyminen eroaa kotioloihin verrattuna. Fyysisen ympäristön turvallisuus koetaan tärkeäksi dementoituvan ihmisen hoidon kannalta. Lyhytaikaishoito parantaa omaisen hyvinvointia fyysisesti ja sosiaalisesti. Lyhytaikaishoidon lisäksi kaikki tarvitsevat myös muita tukimuotoja selviytyäkseen kotihoidossa. (Hirvasniemi 2009, 40.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lyhytaikaisessa perhehoidossa olevien asiakkaiden omaisten kokemuksia ja toiveita perhehoidosta. Tavoitteena on saada tietoa kokemuksista ja toiveista, joiden pohjalta toiminnasta saadaan uutta tietoa ja toimintaa voidaan kehittää sekä kunnissa että perhehoitoperheissä.

Tarkempana tutkimustehtävänä on kuvata omaishoitajien kokemuksia lyhytaikaisesta perhehoidosta omaishoitotilanteen aikana.

## 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa. Laadullinen lähestymistapa tuli esille aineiston ja analyysin muodon kuvauksena. Teksti syntyi haastatteluista, havainnoinneista ja äänimateriaaleista. Tutkimussuunnitelma eli tutkimushankkeen aikana prosessiluonteisesti. Haastatteluissa osallistuvuus oli keskeistä ja kenttätyö haastateltavien kotona ominainen tapa päästä läheisiin kosketuksiin tutkittavien kanssa. (Ks. Eskola & Suoranta 2001, 13-16.)

Aineisto kuvailtiin ja pyrittiin ymmärtämään henkilöiden, tapahtumien tai kohteiden ominaisuuksia tai piirteitä. Tutkimuksen kohteena oleva ilmiö kuvattiin perusteellisesti ja kattavasti. Opinnäytetyön tekemisessä huomioitiin objektiivisuus, luotettavuus, pätevyys ja toistettavuus. Haastateltavat esittivät omia näkemyksiä omin sanoin. Tutkija kirjasi jokaisen tallennetun sanan. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2006, 145-146.)

### 4.1 Haastateltavat

Tutkittavien tapausten määrä pyrittiin pitämään mahdollisimman pienenä joukkona. Analysointi pyrittiin tekemään mahdollisimman perusteellisesti, jolloin tieteellisyyden kriteeri ei ollut määrä vaan laatu, ja käsitteellistämisen kattavuus. (Ks. Eskola & Suoranta 2001, 18.)

Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin sellaisilla paikkakunnilla, joissa ikäihmisten perhehoito on vielä vähäistä tai uutta. Haastattelut tapahtuivat alkusyksystä 2016. Ensiksi selvitettiin Perhehoitoliitosta paikkakuntia, joissa haastattelut voidaan mahdollisesti tehdä, ja pyydettiin kuntien perhehoitoperheiden yhdyshenkilöiden yhteystietoja. Sen jälkeen otettiin yhteyttä kahteen sosiaali- ja terveyskuntayhtymään, joista toisesta vastattiin myöntävästi ja toisesta ei vastattu lainkaan. Yhdyshenkilön kanssa sovittiin, että hän ottaa yhteyttä mahdollisiin haastateltaviin henkilöihin ja toimittaa yhteystiedot.

Laadullisen haastattelututkimuksen toimijoiden valintakriteereissä korostuivat kokemukset tutkittavista ilmiöistä. Tärkeää oli myös, että haastateltavalla on kykyä ja halukkuutta keskustella aiheesta haastattelutilanteessa. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 80.) Haastatteluun valikoitui neljä haastateltavaa, jotka lähtivät mielellään haastateltaviksi. Lopulta haastatteluja tehtiin kolme, koska neljäs haastattelu olisi mennyt aikataulullisesti liian myöhäiseen ajankohtaan. Kyseisen haastateltavan kanssa sovittiin, että jos kerätty aineisto jää liian suppeaksi, tehdään hänen kanssaan vielä puhelinhaastattelu. Haastateltavat olivat joko puolisonsa tai vanhempansa omaishoitajia. Kaikki omaishoidettavat olivat muistisairaita. Omaishoitoperheet olivat saaneet kokemuksia kahdesta eri perhehoitokodista. Omaisilla oli mahdollisuus verrata perhehoitoa laitoshoitoon, koska kaikilla oli kokemusta myös lyhytaikaisesta laitoshoidosta.

#### 4.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua yksilöhaastatteluna. Tutkimusta tehtäessä haastattelussa välitettiin kuvaa haastateltavan ajatuksista, kokemuksista, käsityksistä ja tunteista (Ks. Hirsjärvi ja Hurme 2006, 41). Haastateltavat haastateltiin yksilöhaastattelun avulla heidän omissa kodeissaan. Haastattelua tehtäessä kahdessa tilanteessa omaishoidettava oli parhaillaan vuorohoidossa ja yhdessä tilanteessa kotona. Haastateltaessa otettiin huomioon haastattelutilanteen eettiset kysymykset, esimerkiksi voiko haastattelutilanne aiheuttaa stressiä haastattelun kuluessa haastateltavalle. Lopuksi kerrottiin, että jälkepäin voi soittaa haastattelijalle tai haastattelijä soitti jokaiselle haastateltavalle noin viikon kuluttua haastattelusta kysyen kuulumisia ja sitä, jäikö jokin asia haastattelusta mietityttämään. (Ks. Hirsjärvi ja Hurme 2006, 20.)

Haastattelumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Periaatteessa kysymykset olivat samoja, ilman vastausvaihtoehtoja, jolloin haastateltava voi vastata omin sanoin ja haastattelijä voi vaihdella sanamuotoja haastattellessaan. Teemahaastatteluun osallistuvat haastateltavat olivat kokeneet tietyn samantyyllisen tilanteen. Tutkija oli perehtynyt ennalta tähän tutkittavaan ilmiöön/tilanteeseen ja tutkijalla oli sen perusteella ilmiöstä joitakin olettamuksia. Tutkija teki analyysinsä perusteella haastattelurungon, jonka pohjalta kuultiin



tutkittavien henkilöiden subjektiivisia kokemuksia. Keskustelu nauhoitetussa haastattelussa oli vapaamuotoista. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2006, 20, 47.)

Haastattelussa tutkija eteni tutkittavan ja tilanteen ehdoilla sekä pyrki tilanneherkkyyteen. Haastateltavalla oli aktiivisempi rooli, koska tilanteessa edettiin tarinan ja kertomuksen pohjalta. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 79.)

Haastattelussa oli kaksi pääteema-aluetta: 1. kokemukset perhehoidosta ja 2. toiveet, odotukset ja kehittämis ehdotukset perhehoidolle. Haastattelu aloitettiin pääkysymysten avulla eli omaisten kokemuksista perhehoidosta ja yhteistyömuodoista. Haastattelu jatkui toiveiden, odotusten ja kehittämis ehdotusten kuvaamisella.

Haastattelut nauhoitettiin ja ne kestivät noin 25-35 minuuttia. Haastattelut sujuivat luontevasti keskustellen ja edeten teemoittain. Yhdessä tilanteessa omaishoidettava keskeytti haastattelun, mikä ei haitannut haastattelun sujumista. Muuten haastattelut sujuivat keskeytyksittä. Tutkimuksen haastatteluiden aineisto litteroitiin. Litteroitua tekstiä syntyi 29 sivua.

### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Analyysivaiheessa tarkasteltiin sellaisia aineistosta nousevia asioita, jotka ovat yhteisiä usealle haastateltavalle. Ne pohjautuivat temahaastattelun teemoihin. Sen lisäksi esille nousi muitakin teemoja, joita ei ollut lähtökohtateemoissa. Ne teemat, jotka nostettiin esille analyysistä, pohjautuivat tutkijan tulkintoihin haastateltavien sanomisista. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2006, 173.)

Analyysissä aineiston alkuperäisilmaisuja pelkistettiin, pyrittiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteet pelkistettiin yksittäisiksi ilmaisuiksi. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin samankaltaisten ilmaisujen kanssa ja yhdistettiin samaan kategoriaan. Kategorialle annettiin sisältöä kuvaava nimi. Analyysi jatkui samankaltaisten alakategorioiden yhdistämisellä yläkategorioiksi, joille annettiin myös sisältöä kuvaavat nimet. Lopulta analyysin kaikki yläkategoriat yhdistyvät yhdeksi kategoriaksi, joka on kaikkia kategorioita kuvaava.

Tällä tavalla vastattiin tutkimusongelmaan ja nostettiin tutkimuskysymysten näkökulmasta olennainen esiin aineistosta. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2013, 101.)

Sisällönanalyysimenetelmällä saatiin kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysissä kerätty aineisto järjestettiin johtopäätösten tekoa varten. Aineistolähtöisessä laadullisessa eli induktiivisessa sisällön analyysissä oli kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmitely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 108).

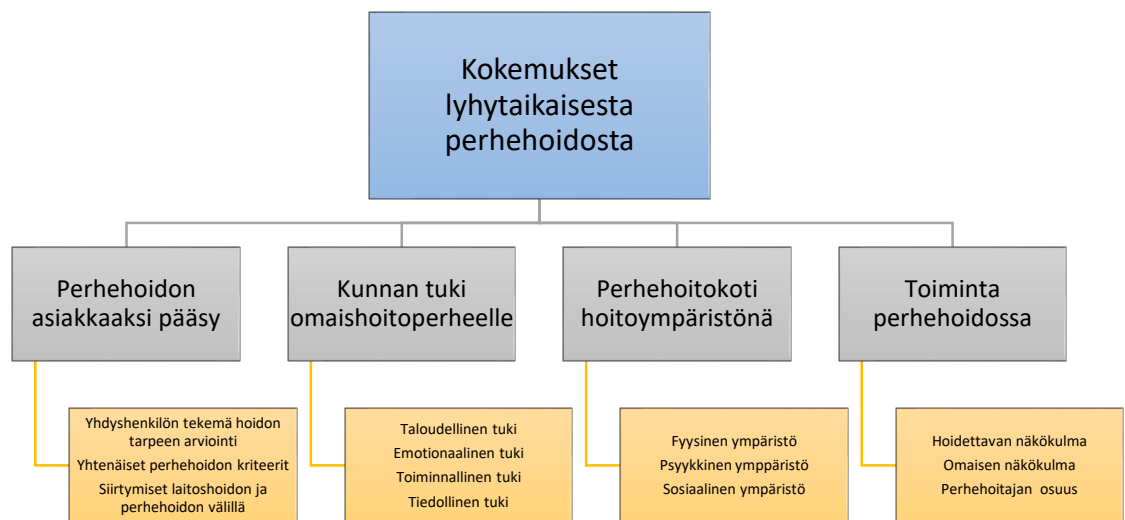
Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäinen lainaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Se on kuitenkin niin kodinomainen se hoitopaikka.	Kodinomaisuus	Fyysinen ympäristö	Perhehoitokoti hoitoympäristönä
Siellä on metsää ja siellä on luontoa ja hän nauttii siellä kävelemisestä.	Luonnonläheisyys		
Sitten jos siellä on vielä eläimiä ja kaikkee tällästä. Varsinkin sellaselle, kun hoidettava on lapsuuden eläny maalaisympäristössä niin se ois kauheen tärkeätä.	Maalaisympäristön tuttuus		

## 5 Tulokset

Omaisten kokemukset lyhytaikaisesta perhehoidosta painottuivat neljään pääluokkaan: perhehoidon asiakkaaksi pääsy, kunnan tuki omaishoitoperheelle, perhehoitokoti hoitoympäristönä ja toiminta perhehoidossa. (Kuvio 1.) Kokonaiskuvio on liitteenä työn lopussa. (Liite 1.)

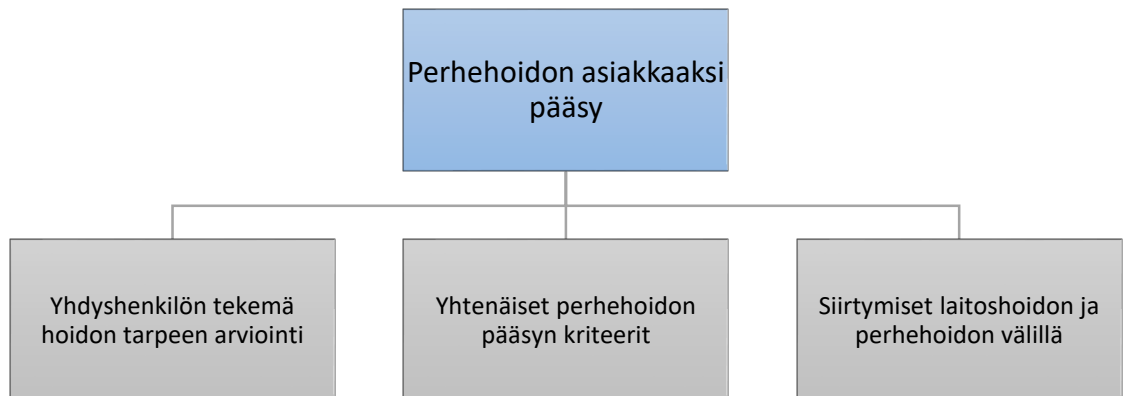
Seuraavissa alaluvuissa avataan nämä neljä pääluokkaa.



Kuvio 1. Kokemukset lyhytaikaisesta perhehoidosta

### 5.1 Perhehoidon asiakkaaksi pääsy

Omaishoitajilla oli erilaisia kokemuksia perhehoitoon pääsystä. He olivat saaneet tietoa perhehoidosta sekä ohjauksen perhehoitoon omaishoidon yhdyshenkilön kautta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Perhehoidon asiakkaaksi pääsy

Yhdyshenkilö oli tehnyt hoidon tarpeen arviointeja omaishoitoperheissä ja suositellut perhehoitoa.

*”Täällähän käytiin eri otteessa haastattelemassa meitä perheenä ennen kuin annettiin lupa yleensä tähän. Onko oikeutettu saamaan tällaista väliaikaisvapaahoitoa, ja todettiin, että kyllä se on tarpeellista.”*

Omaiset toivoivat, että perhehoitoon pääsyyn tai siellä vietettävään aikaan lyhytaikaispaikalla olisi yhteneväiset kriteerit. Jos omaishoitoperheen lyhytaikaisen hoidon pituuden tarve muuttuu, toivottiin kunnan taholta joustoa perustelujen tarpeessa ja perhehoitajalta joustoa työajoissa.

*”Tätä me haluaisimme, että olis jatkossa kaksi viikkoa kotona ja kaksi viikkoa perhehoidossa, mutta nyt se näyttää riippuvan siitä mun kunnosta, et antaako kunta tähän nyt oikeutta.”*

*”...Että kö se viikon teki sitä työtä ja sitte viikon halus, seuraavan viikon vappaata.”*

Omaishoidettavat olivat siirtyneet joustavasti laitoshoidosta perhehoitoon tai päinvastoin, mikäli tarve muuttui. Eräs omaishoitaja pohti, että kaikkien ikäihmisten pitäisi päästä ensin perhehoitoon, jolloin mahdollinen tuleva laitoshoido ei olisi niin pelottavaa ja negatiivista.

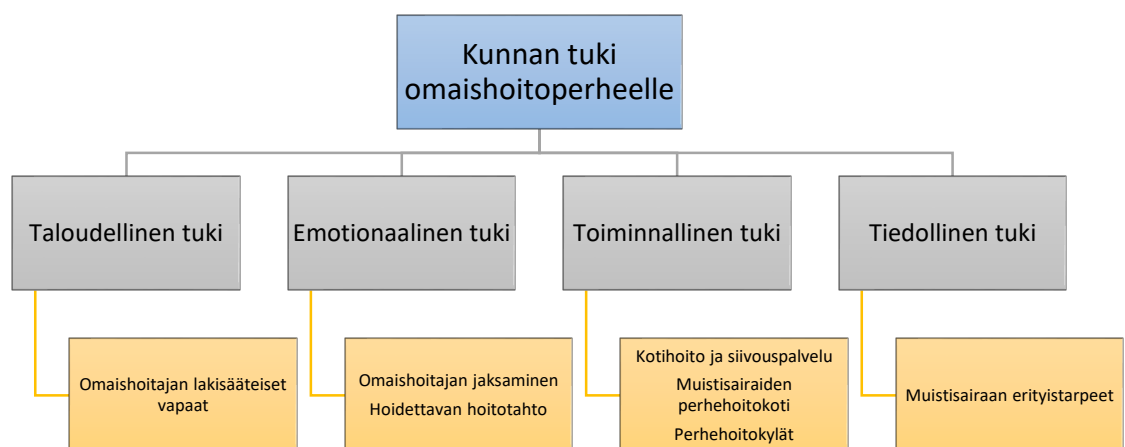
*”Yhdys henkilön kauttahan me ollaan niitä hoitopaikkoja, hän on niiku suositellu ja nyt viime kerralla mä sanoin, että voi olla, ettei oo perhehoito enää paras hoitopaikka. Sitä päätettiin kokeilla, mutta aika oikeassa se mun arvio oli...”*

*”No, hehän tiesivät että kunnalla on tämä vanhainkoti ja he sieltä anoivat sen viikon meille kokeeksi ja siitä se sitten alkoi, tuli säännölliseksi muutama kerta siellä vanhainkodilla. Sitten sain vihjeen, että myös naapuri kunnassa olisi tällainen, enemmän niinkö perhehoitotila.”*

*”Sit se siirtymävaihe niinku perhekodista hoitokotiin... Monelle vanhuksillehan se on sillalailla, että kö rupee kremppaileen paikat, et kauheeta, mä jouvun sinne laitokseen, että kö se olis se pehmennys, siinä ois se perhekoti siinä välissä, vaikka sitte joutuuki sinne laitokseen...”*

## 5.2 Kunnan tuki omaishoitoperheelle

Omaishoitajat kokivat saaneensa kunnalta muun muassa taloudellista, emotionaalista, toiminnallista ja tiedollista tukea (Kuvio 3).



Kuvio 3. Kunnan tuki omaishoitoperheelle

Taloudellinen tuki tuli esille omaishoitajan lakisääteisten vapaiden järjestymisellä.

*”Mä olin siihen mennessä hoitanut puolisoa monia vuosia ilman päivääkään lomaa, ja hän vaan tuli aina vaan sairaammaksi. Niin sitten tuli ensimmäinen kerta vapaata pari viikkoa ja siitä lähtien on tullut sitten säännöllisesti.”*

Emotionaalista tukea omaishoitajat kokivat saavansa heidän jaksamisestaan huolehtimisen muodossa. Lyhytaikaishoidon pituudet vaihtelivat tarpeen mukaan sisältäen muutamia epävarmuustekijöitä, kuten saako hoidettava olla jatkossa perhehoidossa viikon sijasta kaksi viikkoa. Hoitotahtoon merkitys nousi esille muistisairaana hoidettavan kohdalla. Hoitotahto olisi kaikkien hyvä tehdä ajoissa: ennen kuin sairastuu tai sairastumisen alkuvaiheessa. Hoitotahtoon tekeminen olisi hyvä ottaa esille esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa.

*”...jos ihmiset tekis sitä hoitotahtoo nii hyvissä ajoin, että vois siihen jo ruveta kerton, että mitä mää haluan, niin se sitte helpottais hoitajan työtä ja omaisiaki, että tietäs, että näi hän on halunnu.”*

Toiminnallista tukea omaishoitajat saivat tarvittaessa siivouspalveluna tai kotihoitona, jotka katsottiin tärkeiksi palveluiksi. Eräs omainen toivoi, että muistisairaille olisi oma perhehoidon yksikkö, jolloin hoidettavat olisivat samassa tilanteessa ja vertaisia toisilleen. Innovatiivisesti ehdotettiin perhehoitokylää kehiteltäväksi tietämättä, että sellainen löytyy esimerkiksi Kaarinan kaupungista. (Tule asukkaaksi senioreiden perhehoitokylään 2016). Perhehoitokylässä olisi useampia perhehoitajia naapureina, jolloin heillä olisi tuki ja turva toisistaan ja sijaisjärjestelyt toimisivat paremmin.

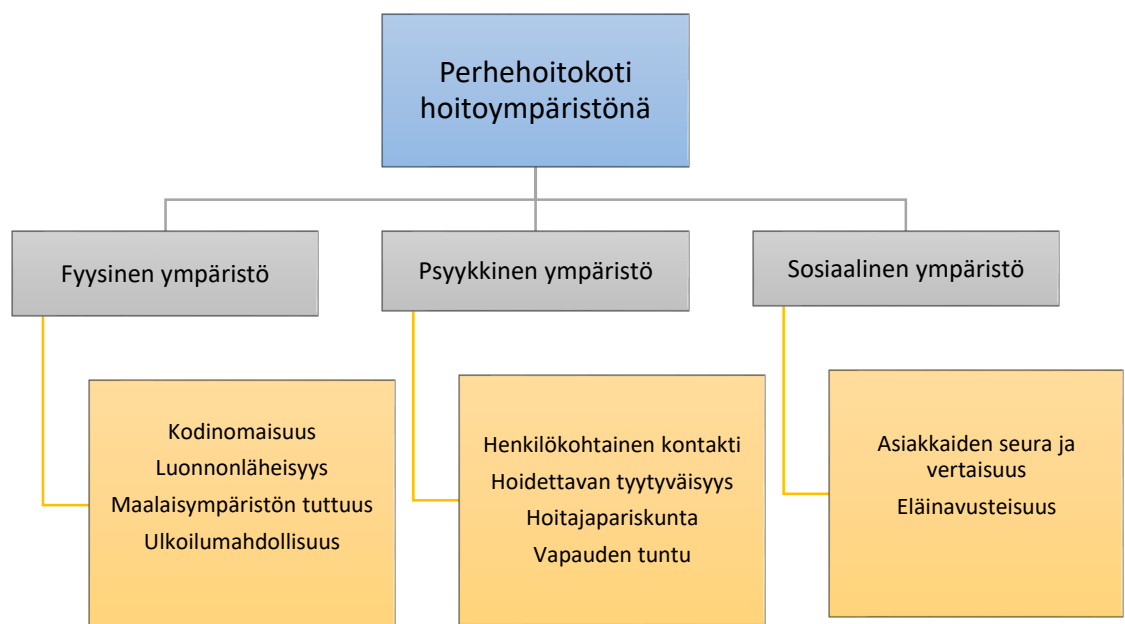
Omaishoitajat saivat tiedollista tukea esimerkiksi muistisairaana hoidosta omaishoidon yhdyshenkilöltä, kotisairaanhoitajalta ja geriatriltä.

*”Kotihoito on sellanen hoitomuoto jota yhteiskunta maksullisena antaa minulle, mutta se on turvallista minulle. Mä tiedän, et kotisairaanhoitaja ammattilaisena näkee, et missä mennään. Ja hän hoiti sen asian, että hän otti yhteyttä geriatriin ja saatiin sellanen lisälääkitys...”*

*”...Niin se sano tämä yhdyshenkilö. Se sano jo heti alussa, että sun pittää jossain vaiheessa tuo iso peili peittää ja niihän mun pitiki peittää, ko sieltä tuli sitä porukkaa sil-lai. Värikkäällä peitteellä peitin sen.”*

### 5.3 Perhehoitokoti hoitoympäristönä

Perhehoitokodit hoitoympäristönä herättivät esille positiivisia asioita fyysisen, psyk-  
kisen ja sosiaalisen ympäristön kuvauksina (Kuvio 4). Nämä kaikki osa-alueet myös  
sekoittuivat sisällöllisesti keskenään.



Kuvio 4. Perhehoitokoti hoitoympäristönä

Fyysisen ympäristön kohdalla korostettiin kodinomaisuutta ja rauhallisuutta. Samoin luonnonläheisyys koettiin merkittävänä. Maalaisympäristö oli tärkeä ja hoitava elementti erityisesti muistisairaille henkilöille. Kaikki nostivat esille vapaan ulkoilun ja ulkoiluttamisen tärkeyden.

*”Sitä mää sanonki hoitajalle, että vie vaan marjapensaaseen se keräämään marjoja, jos sulla on, koska se on ikänsä keränny marjoja”*

*”Se on kyllä se ulkoilu, ko ei tarvi olla sisällä sitte koko ajan, ko on tottunu, että käy-vään ulukona.”*

*”...ja sitten jos sielä on vielä eläimiä ja kaikkee tällöstä. Varsinki sellaselle, kun hoidettava on lapsuuden eläny maalaisympäristössä”*

*”Niin nyt hän saa myös täällä perhehoitopaikassa liikkua suuremmalla alueella ja siellä on metsää ja siellä on luontoa ja hän nauttii siellä kävelemisestä.”*

*”Onhan se paljo yksilöllisempää tuota, ko sielä ei oo niin paljo väkiä, ko esimerkiski tuossa vanhainkojilla, että ko sillä oli aikaa ulkoiluttaa.”*

Psyykkisestä ympäristöstä ja tuntemuksista omaishoitajat kertoivat muun muassa, että sekä heillä itsellään että hoidettavalla on henkilökohtainen kontakti hoitajaan. Hoidettavan tyytyväisyys hoitoon oli heidän mielestään aistittavissa. Hoitajapariskuntaa pidettiin hyvänä ratkaisuna perhehoidon onnistumisen kannalta. Pariskunnan puuttuessa sitä kaivattiin ja myös lasten läsnäolo perhehoitoperheessä oli toivottavaa. Hoidettavan vapauden tuntu nousi esille kahdessa haastattelussa, koska he olivat tottuneita liikkumaan ulkona vapaasti muistisairaudesta huolimatta.

*”Perhehoitaja puhuu vapaasti minulle ja minä voin soittaa hänelle ja me voidaan keskustella ja me ymmärretään toisiamme ja se on semmosta tosi antoisaa. Ja puolisoikin, kun hän sen miehen jonkin verran, mitä hän muistaa, niin on hyvä kontakti.”*

*”...ja sitte se on musta kans hyvä, että sielä on miehiä ja naisia, että molempia löytyy niinku hoitohenkilöinä.”*

*”Nii ainahan se varmaan parempi ois jos hänelläki ois mies siinä ollu mukana, ko tuota monella on siinä puoliso mukana ja lapsiaki. Niin tuota se antaa palijo näille vanhoille ihmisille ko on semmonen täys perhe.”*

*”...ja sitten tuo, hän arvostaa, että saa mennä ja tulla ulos ja sisälle, ei ole lukkojen takana.”*

Sosiaalisesta ympäristöstä korostuvat asiakkaiden seura ja vertaisuus toisilleen. Asiakkaina on yleensä sekä miehiä että naisia. Eläinavusteisuus oli käytössä toisessa perhehoitopaikassa. Tämä koettiin myönteisenä asiana maalla asuneen muistisairaana hoidettavan kannalta.

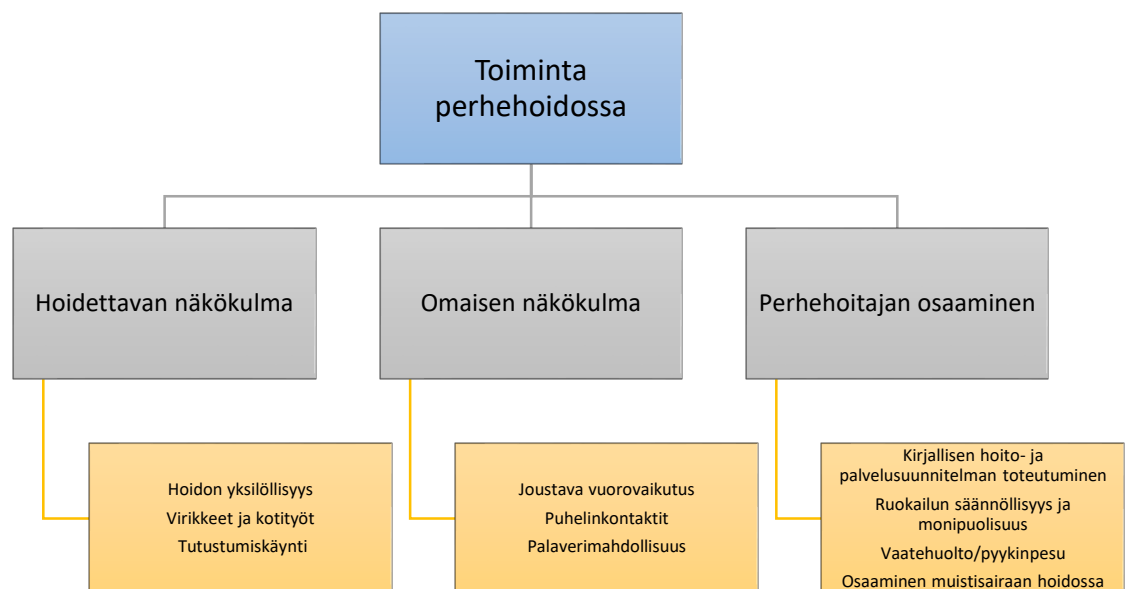
*”Ja täällä on myös usein ollut yhtä aikaa muita miehiä ja naisia ja hänellä on ollut juttukaveria, sen verran mitä hän nyt jaksaa kommunikoida.”*



Erilaisia sairauksia sairastavien sopeutumisessa oli välillä haasteita, kuten muistisaira-  
raan ja paremmin muistavan välillä. Tästä nousi toive muistisairaiden omalle perhe-  
hoitoyksikölle.

#### 5.4 Toiminta perhehoidossa

Omaiset kokivat perhehoidon toiminnan pääsääntöisesti myönteisesti. Haastatte-  
luissa tuli esille asioita hoidettavan ja omaisen näkökulmasta sekä siitä, minkälaista  
oli perhehoitajan antama hoito ja huolenpito perhehoitokodissa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Toiminta perhehoidossa

Omaiset kertoivat, että perhehoidossa hoidettavan hoito oli yksilöllistä. Hoidettavalla oli henkilökohtainen kontakti hoitajaan. Perhehoidossa hoitaja pysyi samana. Haastateltavat kokivat perhehoitajan järjestämät virikkeet sopiviksi muistisairaille. Virikkeitä toteutettiin monipuolisesti muun muassa käsitöitä tehden ja esimerkiksi yksilöllisesti hoidettavan tarpeeseen saunavastoja valmistamalla. Kotitöitä oli tehty voimien ja taitojen mukaan muun muassa perunoita ja vihanneksia kuorimalla ja pilkkomalla. Kotitöihin osallistumisesta eräs haastateltava kertoi hoidettavan kokeneen, että hänen oli

maksettava ylöspito tiskaamisella. Omaisen antaman palautteen jälkeen asia muuttui, ja hoidettava lopetti kotona asiasta valittamisen. Eräs omainen toivoi, että hoidettavan kannalta olisi hyvä, jos ennen ensimmäistä hoitojaksoa olisi tutustumiskäynti perhehoitokotiin.

*”Se jumppautti näitä ja se laulatti.”*

*”Käsitöitähän se teki paljjo sillon aluksi, kun vielä pystyi. Sitte se kuori perunoita sielä ja pilkko vihanneksia.”*

Omaishoitajat kertoivat omasta näkökulmastaan, että heidän ja perhehoitajan välillä oli toimiva vuorovaikutus. Keskusteluja käytiin vapaasti hoidettavaa viedessä ja haikiessa. Kommunikointi onnistui myös puhelimitse ja viestein puolin ja toisin. Eräs omainen kaipasi omaisten ja perhehoitajan kanssa yhteistä palaverimahdollisuutta, jolloin voisi keskustella asioista – se voisi hyödyttää kaikkia osapuolia.

Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma sekä toteutui että ei toteutunut perhehoidossa. Toteutuessaan se koettiin hyväksi asiaksi ja kun se ei toteutunut, sitä kaivattiin. Ruokailu koettiin säännölliseksi ja monipuoliseksi, mutta yhdessä tapauksessa omainen oli antanut palautetta, että ruoka voisi olla monipuolisempaa. Vaatehuollosta saatiin myös vastakkaisia kokemuksia. Pyykinpesua pidettiin perhehoidossa tärkeänä palveluna. Omaiset toivoivat perhehoitajille täydennyskoulutusta esimerkiksi muistisairaahan hoidosta. Perhehoitajaksi ryhtyvältä ei vaadita sosiaali- tai terveydenhuollon koulutusta, jolloin hoitotyön erityisosaaminen saattaa ontua. Perhehoitajien kesken toivottiin pidettävän vertaistukipalavereita.

*”Tiedän sen, että häntä hoidetaan hyvin ja hän saa säännöllisesti, jopa säännöllisemmin kuin kotona, saa sen ruuan ja hoidetaan viimesen päälle ja annetaan lääkkeit.”*

*”Olis se helpotus, ettei mun tarvi alkaa pyykkäämään kun hän tulee kotiin. Et se on kyllä yks ainoa miinus.”*

*”Ja sitten tuota, tosi siistinä tuli kaikki vaatteet ja siistinä koko ihminen sieltä. Että hyvä hoito sielä oli.”*

*”Tietenki näillekki vois olla, että ne sais vähän tuota näistä muistisairaitten hoitamisesta, tai ois pieni kurssi paikallaan näille hoitajille.”*

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien kokemuksia ikäihmisten perhehoitoperheen kanssa tehtävästä yhteistyöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä sitä, miten yhteistyötä voitaisiin kehittää. Haastattelujen analyysivaiheessa aineistosta nousi suurimmaksi osaksi muuta huomionarvioista, ja yhteistyön kuvaamisen osuus jäi vähäiseksi tulokseksi. Opinnäytetyön nimeä muutettiin ja tarkoitusta laajennettiin kaikkiin huomionarvioisiin esille tulleisiin kokemuksiin ja kehittämisehdotuksiin. Opinnäytetyön suunnitelma muuttui toteutuksen aikana prosessinomaisesti. (Ks. Eskola & Suoranta 2001).

Tulosten analysoinnissa omaishoitajien kokemukset lyhytaikaisesta perhehoidosta tiivistyivät neljään pääluokkaan: perhehoidon asiakkaaksi pääsyyn, kunnan tukeen omaishoitoperheelle, perhehoitokodin hoitoympäristöön ja toimintaan perhehoidossa.

Tuloksissa omaishoitajat pohtivat perhehoidon asiakkaaksi pääsyn polkuja, asiakkaana pysymisen onnistumisia ja siirtymisiä perhehoidon ja laitoshoidon välillä. Kunnan omaishoidosta vastaava viranhaltija on merkittävässä asemassa näiden järjestelyissä. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä viranhaltijoiden tekemiin päätöksiin omaishoitotilanteissaan ja niissä tapahtuneissa muutoksissa. Omaishoitajat toivoivat, että heidät otetaan jatkossakin huomioon yksilöllisten ja koko perheen tarpeiden näkökulmasta. Omaishoitajien huoli omasta jaksamisestaan ja hoidettavan toimintakyvyn säilymisestä tuli esille perhehoidon ja laitoshoidon lyhytaikaisille paikoille pääsyn mahdollisuuksissa ja hoitajaksojen pituuksien muutoksissa. Lyhytaikais-hoidon hoitopaikat olivat kuitenkin järjestyneet kaikille tarpeiden mukaan eri hoitomuodoista. Hoidon tarvetta oli arvioitu säännöllisesti. Muuttuneissa tilanteissa päätöksiä odotellessa korostui huoli omasta jaksamisesta. Lyhytaikaista hoitoa tarvitsevia henkilöitä on kunnissa paljon, jolloin omaishoitaja joutui jonkin verran sopeuttamaan oman hoidettavan jaksoja kaikkien muidenkin tarpeiden mukaan. Perhehoitajan suunnittelemat työ- ja vapaajakso saattoivat tulla esteeksi hoidettavan jatkamiselle perhehoidossa. Lyhytaikaishoitopaikka järjestyi siinä tapauksessa laitoshoidosta.

Muuten perhehoito olisi ollut haluttu hoitomuoto omaishoitoperheelle. Hoidettavan muistisairauden eteneminen tuli myös haasteeksi perhehoidon jatkumiselle, jolloin kyseeseen tulivat laitoshoidon jaksot. Omaishoitajan omat sairaudet vaativat pitempiä toipumisaikoja hoidettavan huolenpidosta, jolloin huolet hoidon järjestymisestä varjostivat elämää.

Toivasen (2010) mukaan viranhaltijat pohtivat ikäihmisten yksilöllisyyttä ja palvelujen tarjoamista yksilöllisten tarpeiden mukaan tarjoten vaihtoehtoja ja valinnan mahdollisuuksia. Toivasen tutkimuksessa tuli esille viranhaltijoiden ajatuksia perhehoitoon sopivista henkilöistä. Perhehoitoon sopii vanhus, joka tarvitsee ohjausta ja huolenpitoa eikä hän kykene enää asumaan ympärivuorokautisesti yksin kotonaan. Vanhus tarvitsee turvallisen ympäristön ja tukea arjessa selviytymiseen. Haastateltavista osa oli sitä mieltä, ettei muistisairaus saa olla liian pitkällä perhehoidossa. Mikäli kotihoiton palvelut kotiin eivät enää ole riittäviä, henkilö on sopiva perhehoitoon. Myös lyhytaikaisen perhehoidon katsottiin olevan mahdollista omaishoidon vapaiden järjestelyissä. Perhehoidosta todettiin, ettei se ole raskasta sairaanhoidollista apua tarjoava yksikkö, mutta se on sopiva välimuoto ennen palvelu- tai laitosasumiseen siirtymistä. (Toivanen 2010.)

Omaishoitajien kokemukset kunnan antamasta tuesta omaishoitotilanteessa jakaantuivat taloudelliseen, emotionaaliseen, toiminnalliseen ja tiedolliseen tukeen. Omaishoitajien lakisääteiset vapaat oli saatu järjestettyä perhe- tai laitoshoidon turvin yksilöllisten tarpeiden mukaan. Omaishoitajien jaksamisen tukemiseen oli otettu käyttöön erilaisia lisäpalveluita, kuten kotihoiton sairaanhoitajan käynnit sekä geriatrin vastaanottopalvelut muistipoliklinikalta. Kotisairaanhoitaja oli muun muassa konsultoinut geriatria muistisairaahan toimintakyvyn muutoksissa ja oli saatu apua ongelmiin. Toisessa tapauksessa omainen oli ollut yhteydessä muistipoliklinikalle, mutta hän koki, että joutui tekemään enemmän töitä saadakseen apua, koska hoidettavan muistisairauden edetessä hänet oli jätetty pois kontroleista. Avuliaan vastaanottovirkailijan ansiosta asiat olivat kuitenkin kääntyneet hoidettavan edun mukaisiksi.

Ikäihmisten hoidon kehittämiseksi omaishoitajat muistuttivat esimerkiksi hoitotahdon tekemisen tärkeydestä, muistisairaiden perhehoitokodin tarpeesta ja perhehoitokylän eduista. Omaishoitajat kaipasivat tukea ja koulutusta sekä itselleen että perhehoitajille etenkin muistisairaahan hoitamiseen liittyvistä erityispiirteistä. Erilaisten

koulutuspäivien mahdollistaminen on hyödyksi omais- ja perhehoitajille. Mikäli perhehoitajalla ei ole sosiaali- tai terveysalan tutkintoa, kunnan viranhaltijoiden olisi hyvä kannustaa ja mahdollistaa hankkimaan tutkinto esimerkiksi oppisopimuksella tai monimuotokoulutuksena. Nämä koulutukseen liittyvät toiveet ja tarpeet haastavat myös koulutustenjärjestäjät toimimaan yhteiskunnassa vallitsevien tarpeiden mukaan. Hoitotahdon tekemisen tärkeys korostuu erityisesti muistisairaahan hoidossa ja hoitopäätöksissä. Muistisairauden edetessä muistisairas ei ole enää kykenevä tekemään päätöksiä hoidostaan, jolloin hoitotahto helpottaa omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan työtä ja siihen liittyviä päätöksiä. Hoitotahto tulisi ottaa esille hoito- ja palvelutarpeen arvioinneissa hyvissä ajoin. Samoin sosiaali- ja terveysviranomaisten olisi informoitava kuntalaisia hoitotahdon tärkeydestä ja mahdollisuudesta asukkaiden ollessa vielä terveitä ja toimintakykyisiä. Haastatteluissa toivottiin muistisairaille tarkoitettua perhehoitoa. Ikäihmisten välille saattaa syntyä konflikteja heidän toimintakykensä ollessa erilaisista syistä alentuneita. Muistiyksiköissä asiakkaat ovat enemmän vertaisessa asemassa keskenään. Perhehoitokylä koettiin hyväksi vaihtoehdoksi perhehoitajien välisen vertaistuen ja käytännön tuen vuoksi. Tämä ehdotus oli innovatiivinen ja tulevaisuuden mahdollisuus kuntien perhehoidon kehittämiseksi. Myös perhehoitajien keskinäisen yhteistyön lisääminen olisi tärkeää. Se tukisi heidän ammatillisuuttaan ja edistäisi vertaistukea.

Nurmi (2002) toteaa tutkimuksessaan, että omaishoitajien tiedolliset voimavarat koettiin vahvistaviksi tekijöiksi. Tiedollisia voimavaroja toivat lääketieteelliset tiedot esimerkiksi hoidettavan lääkehoidosta ja sairauksista, mutta omaishoitajat kokivat tarvitsevansa enemmän tietoa sairauden etenemisestä. Omaishoitajilla oli vähiten tietoa käytettävissä olevista terveydenhuollon palveluista. Omaishoitajat toivoivat myös tietoa ja ohjausta kotihoitoa helpottavista apuvälineistä. Eniten tietoa omaishoitajat olivat saaneet terveydenhuollon työntekijöiltä. Tiedonkulku omaishoitajien kesken oli vähäistä. (Nurmi 2002.) Tämän opinnäytetyön tuloksesta päätellen omaishoitajien vertaistukeen on syytä kiinnittää huomiota. Myös kaiken voimavaroja tukevan tiedonsaannin oikea-aikaisuus on huomioitava. Palveluohjauksen saanti ja oikea-aikaisuus on tärkeää. Nurmen (2002) tutkimuksen omaishoitajien persoonallisten voimavarojen vahvistaminen liittyi uuden elämäntilanteen tukemiseen, terveydellisten ja tiedollisten voimavarojen vahvistamiseen sekä itsenäisyyden kunnioittamiseen.

Omaishoitajat pitivät tärkeänä emotionaalista tukea. Hoitotyöntekijät arvostivat ja ymmärsivät omaishoitajan työn raskauden, mutta heidän toivottiin kannustavan enemmän omaishoitajia viettämään vapaata. (Nurmi 2002.)

Perhehoitokodin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hoitoympäristön kokemukset olivat positiivisia tämän opinnäytetyön tuloksissa. Teoreettisessa yhteenvedossa aikaisemmissa perhehoidon tutkimuksissa nousi esille samankaltaisia tutkimustuloksia. Myös tutkimuksessa (Ahonen, Boman & Kaarakainen 2015) fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta ikäihmisten vastauksista kuvastui tyytyväisyys perhehoitoon. Ikäihmiset viihtyivät, kokivat olonsa turvalliseksi, saivat osallistua ruuan suunnitteluun ja laittoon sekä muihin kodinaskareisiin. Heille järjestettiin mielekästä tekemistä haitarin soittamisesta lemmikkien ruokkimiseen. Samoin yhteisöllisyys korostui yhteisenä tekemisenä ja keskusteluna esimerkiksi muisteluhetkissä. Myös perhehoitokotien viihtyisyys ja luonnonläheisyys merkitsivät ikäihmisille paljon. (Ahonen ym. 2015.) Nurmen (2002) omaishoitajien haastattelussa lyhytaikaishoitoon oltiin tyytyväisiä etenkin muistisairaiden hoidettavien kohdalla hoidon järjestettyä tulle osastolle. Osaston tuttuus takasi hoitosuhteen jatkuvuuden ja paransi hoitotyöntekijän ja omaishoitajan yhteistyösuhdetta. Samoin tasa-arvoinen ja kiinteä yhteistyösuhde koettiin tärkeäksi. (Nurmi 2002.)

Tämän opinnäytetyön perhehoidon toiminnan kokemuksia tutkittiin hoidettavan, omaisen ja perhehoitajan näkökulmista. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Nurmi 2002; Paasonen 2014) todettiin omaishoitajien päätöksentekoon mukaan ottamisen tärkeys. Yhteiset kirjalliset tavoitteet paransivat tiedonkulkua ja auttoivat vahvistamaan omaishoitajan tiedollisia voimavaroja. Tavoitteet vähensivät myös omaishoitajan tulevaisuuteen liittyviä pelkoja. (Nurmi 2002.) Perhehoidon tutkimuksessa (Paasonen 2014) omaishoitajat odottivat perhehoitajalta terveydenhuoltoalan koulutusta, erikoistumista geriatriaan, kokemusta ikäihmisistä ja heille ominaisista sairauksista, muun muassa muistisairauksista. Perhehoitajalta odotettiin monenlaisia taitoja ruuanlaitosta ensiaputaitoihin ja monipuolisiin viriketaitoihin. Perhehoitokodin toivottiin antavan yksilöllistä hoitoa. Asiakkaan yksityisyys mutta myös yhteisöllisyys koettiin tärkeänä. (Paasonen 2014.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa perhehoitoon, perhehoitajaan ja perhehoitajapariskuntaan sekä heidän hoito- ja huolenpitotyöhönsä ol-

tiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Muistisairaista asiakkaista saattoi aistia tyytyväisyyden heidän sitä itse enää ilmaisematta. Omaiset olivat tyytyväisiä itsensä ja perhehoitoperheen väliseen kontaktiin. Yhteistyö oli sujuvaa ja riittävää. Yhdessä tapauksessa kaivattiin tutustumiskäyntiä perhehoitopaikkaan ennen perhehoidon aloittamista. Haastateltava ei muistanut, että oliko tutustumiskäyntiä tarjottu ennen jaksoa, vai oliko käynnille tullut jokin odottamaton este. Omaishoitajat kaipasivat palaverimahdollisuutta omaishoitajien ja perhehoitajien kesken. Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma olisi myös kaikkien kohdalla tarpeellinen hoitotyön suunnittelussa, tavoitteellisuudessa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eri vaiheiden eettisessä tarkastelussa otettiin huomioon tutkittavien itsemääräämisoikeus. Omaishoidon yhdyshenkilö ja haastattelija selvittivät haastateltavien vapaaehtoisen suostumuksen haastatteluun. Haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön suunnitelman sisältö, opinnäytetyön tarkoitus ja haastattelun toteutuksen kulku sekä jatkokäyttö. Haastateltavien omaishoitajien, haastattelussa käsiteltyjen perhehoitoperheiden ja laitoshoidon yksiköiden sekä kunnan viranhaltijoiden henkilöllisyys pidettiin anonyyminä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyössä esille tulleiden yksilöiden henkisiä haittoja pyrittiin välttämään tutkimustilanteessa arvostavalla kohtelulla ja opinnäytetyön raportissa kunnioittavalla kirjoittamistavalla. Tutkimusaineisto säilytettiin, käsiteltiin ja hävitettiin tietosuojaan kuuluvalla tavalla. (Ks. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet 2012.)

Opinnäytetyöprosessissa otettiin huomioon esimerkiksi tarkoitus, suunnitelma, haastattelutilanne, purkaminen, analyysi, todentaminen ja raportointi. Suunnitteluvaiheessa, haastattelutilanteessa ja litteroidessa huomioitiin tutkittavien henkilöiden luottamuksellisuus ja kirjatessa oikeellisuus. Tutkimuksen analyysin eettisyydessä huomioitiin se, miten syvällisesti ja kriittisesti haastattelut voidaan analysoida ja voivatko kohdehenkilöt sanoa, miten heidän lauseitaan on tulkittu. Haastatteluiden litterointi tehtiin sanasta sanaan ja analyysiesimerkit pyrittiin pitämään lähes sanatarkkoina, lukuun ottamatta henkilöiden ja paikkojen nimiä. Todentaminen varmistettiin sillä, että esitettiin niin varmaa ja todennettua tietoa kuin on mahdollista. Haastateltujen raportoinnissa otettiin myös huomioon luottamuksellisuus sekä mahdolliset

seuraukset, joita julkaistulla raportilla on haastateltaville ja heitä koskeville ryhmille. Anonymiteetti säilytettiin koko tutkimusprosessissa. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2006, 20.)

Opinnäytetyön luotettavuus tuli esille muun muassa kaikkien vaiheiden avoimuutena ja haastateltavien informointina. Tutkija oli perehtynyt ennalta tutkittavan aiheen teoriaan, jonka pohjalta voitiin lähteä työstämään haastatteluja. Objektiiivisuus käsiteltävään asiaan lisäsi opinnäytetyön uskottavuutta. Opinnäytetyön aineiston keräämisessä, analysoinnissa ja raportoinnissa otettiin huomioon toistettavuus muun muassa siinä, että tutkimustuloksia voidaan soveltaa muihin vastaaviin tutkimuskohteisiin. Aikaisemmat tutkimustulokset perhehoidosta päätyivät samankaltaisiin tuloksiin, mikä myös lisää opinnäytetyön vahvistettavuutta ja validiutta. (Ks. Willberg 2009.) Tutkimuksen otos pidettiin pienenä. Jo kolmannella haastattelulla saatiin toistettavuutta aineistoon, joten suunniteltua neljättä haastattelua puhelimitse ei suoritettu.

### 6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Omaishoitajien kokemusten selvittäminen oli tarpeellinen tutkimusalue. Aineistosta nousi esille omaishoitoperheille, perhehoitoperheille ja kuntien omaishoidosta ja perhehoidosta vastaaville henkilöille kehittämisessä hyödynnettävää tietoa. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää esimerkiksi perhehoitajuudesta kiinnostuneet henkilöt, perhehoitajaksi valmentautumassa olevat tai ryhtyneet henkilöt, kunnan viranhaltijat suunnitellessaan, valmentaessaan tai toteuttaessaan perhehoitoa osana palvelujärjestelmäänsä sekä Perhehoitoliitto osana ikäihmisten perhehoidon esittelymateriaalinaan.

Ikäihmisten perhehoito koetaan pääsääntöisesti hyväksi hoitomuodoksi omaishoidettavien lyhytaikaisen hoidon järjestämisessä. Lyhytaikainen perhehoito sopii useille omaishoidettaville ja siitä on saatu hyviä kokemuksia ja tutkimustuloksia. Perhehoidossa on monia hyviä piirteitä, jotka auttavat omaishoidettavan toimintakyvyn ylläpitämisessä ja omaishoitajan jaksamisessa.

Perhehoidon tutkimuksia on tehty vähän, mutta kuitenkin jo aika monelta kannalta katsottuna. Perhehoito on Suomessa niin uusi hoitomuoto, että on hyvä tehdä lisää tutkimuksia ja jatkotutkimuksia aiempiin tutkimuksiin nähden. Perhehoitoa ollaan



useissa kunnissa vasta käynnistämässä ja käynnistämisten jälkeen saadaan jatkuvasti lisää kokemuksia, joten tutkittavia asioita ja näkökulmia on paljon. Eri puolilla Suomea on alueita, joissa ikäihmisten perhehoito on kuitenkin ollut käytössä jo pitkään, joten niiden alueiden kokemuksia kannattaa hyödyntää tutkimuksia suunniteltaessa ja tehtäessä.

## Lähteet

Ahonen, K., Boman, M. & Kaarakainen, M. 2015. Ikäihmisten elämänlaadun toteutuminen perhehoidossa, ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla tutkien. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.

Ajankohtaista. 2016. Omais- ja perhehoitajien tukea lisätään. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.5.2016. [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/omais-ja-perhehoitajien-tukea-lisataan](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/omais-ja-perhehoitajien-tukea-lisataan)

Bradter, H. 2012. Kodin ja perheen välillä. Tutkimus vanhusten kokemuksista ympärivuorokautisesta perhehoidosta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos/Sosiaaligerontologian koulutusohjelma.

Eskola, J. & Suoranta, J., 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H., 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä.

Hirvasniemi, R. 2009. Dementoituvan ihmisen lyhytaikaishoito ja sen merkitys omaishoitajan kotona selviytymiseen. Pro Gradu –tutkielma. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, hoitotiede.

Kane, R. A., Kane, R. L., Illston, L. H., Nyman, J. A. & Finch, M. D. 1991. Adult Foster Care for the Elderly in Oregon: A Mainstream Alternative to Nursing Homes? American Journal of Public Health 81, 9, 1113-1120. Viitattu 19.11.2016. <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.81.9.1113>

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihanke. Haku julistus 6.5.2016. STM. Viitattu 29.11.2016. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap\\_2016\\_32.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf?sequence=1)

Kenelle perhehoito sopii. N.d. Ikäihmiset. Perhehoito. Perhehoitoliitto. Viitattu 27.9.2016. [http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/kenelle\\_perhehoito\\_sopii](http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/kenelle_perhehoito_sopii)

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ja 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.10.2016. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1)

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex, ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 10.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

L 263/2015. Perhehoitolaki. Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 14.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>

L 510/2016. Perhehoitolaki. Finlex, Lainsäädäntö. Säädökset alkuperäisinä. Viitattu 29.11.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160510>

Laukkanen-Abbey, R-L. 2011. Tuettu on myös valvottu – Viranhaltijoiden näkemyksiä vanhusten perhehoidon järjestämisestä Keski-Suomen kunnissa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiokulttuurinen koulutusohjelma Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala.

Leino, P. & Tolvanen, E. 2013. ”Kyllä mää sydämestän toivon, että tälläisiä paikkoja tulis enempi” Maaseutu ympäristö lisäarvona vanhusten perhehoidossa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma.

Miten perhehoitajaksi tullaan. N.d. Ikäihmiset. Perhehoito. Perhehoitoliitto. Viitattu 10.10.2016.

[http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/miten\\_perhehoitajaksi\\_tullaan](http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/miten_perhehoitajaksi_tullaan)

Nevalainen, E. 2007. Perhehoitajien kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuvasta vanhusten perhehoidosta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.

Nurmi, N. 2002. Omaishoitajan voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Oktay, J.S., & Volland, P.J. 1987. Foster Home Care for the Frail Elderly as an Alternative to Nursing Home Care: An Experimental Evaluation. American Journal Public Health 77, 1505-1510. Viitattu 19.11.2016.

<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.77.12.1505>

Paasonen, T. 2014. Hellät kädet, rakastava sydän. Ikäihmisten perhehoidon edistäminen Päijät-Hämeessä. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.

Pietarinen, M. 2013. Ikäihmisten lyhytaikainen perhehoito asiakkaiden näkökulmasta Eksotessa. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta, Sosiaalialan koulutusohjelma.

Purhonen, M. 2011. Tilapäishoito omaishoitajan jaksamisen tukena. Teoksessa Omaishoito, Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Toim. M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela. Hämeenlinna.

Rekola, L. 2008. Moniammatillinen yhteistyö ja yhteistyöosaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä. Teoksessa Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Toim. K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen. Helsinki.

Salin, S., 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Steffansson, M., Pulliainen, M. & Lappi, R. 2015. Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet –hanke. Diakonia-ammattikorkeakoulu. C Katsauksia ja aineistoja 37. Tampere.

Toivanen, M. 2010. Vanhusten perhehoito toimeksiantosopimuksella Etelä-Pohjanmaalla. Johtavien viranhaltijoiden ajatuksia vanhusten perhehoidosta. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveydenhuolto Vanhustyön koulutusohjelma.

Tule asukkaaksi senioreiden perhehoitokylään. 2016. Seniorikylä. Perhe- ja sosiaalipalvelut. Kaarina. Viitattu 30.11.2016.

[https://www.kaarina.fi/perhe\\_ja\\_sosiaalipalvelut/kotihoito\\_vanhuspalvelut/fi\\_FI/perhehoitokyla/](https://www.kaarina.fi/perhe_ja_sosiaalipalvelut/kotihoito_vanhuspalvelut/fi_FI/perhehoitokyla/)

Tulostaulukko. N.d. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista.

Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.5.2016.

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy7NjTfNAgA=&region=s07MBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. uud.laitos. Vantaa: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Tutkimuseettinen

neuvottelukunta. Viitattu 30.12.2016. [http://www.tenk.fi/fi/eettinen-](http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet)

[ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet](http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet)

Uusi perhehoitolaki. 2015. Kuntainfo. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 4.5.2016.

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

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus Kasvatustieteiden laitos/ Eriyispedagogiikan yksikkö. Viitattu 29.11.2016.

<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

## Liitteet

Liite 1. Kokemukset ikäihmisten lyhytaikaisesta perhehoidosta

