

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Sosiaalialan koulutusohjelma

Tiia Hämälä & Tiia Smolander

VAMMAISTEN JA PITKÄAIKAISSAIRAIDEN LASTEN JA NUORTEN LYHYTAIKAINEN PERHEHOITO OMAISHOIDON TUKENA

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

Tiia Hämälä ja Tiia Smolander

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikainen perhehoito omaishoidon tukena, 69 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, sosiaalialan koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2010

Ohjaajat: sosiaalialan koulutuspäällikkö Helena Wright, Socomin

kehittämissuunnittelija/projektipäällikkö Niina Parkkunen

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Aineiston keruu toteutettiin haastatteluin sekä haastattelulomakkeiden avulla. Tiedonantajiksi valittiin viisi lyhytaikaista perhehoitajaa. Tulosten analysointi tapahtui aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tutkimustietoa vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisesta perhehoidosta, koska hoitomuodolle on aikaisempien tutkimusten ja selvitysten mukaan suuri tarve. Tutkimus tukee Kaakkois-Suomen kuntien ja Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socomin vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisen perhehoidon kehittämistyötä. Myös se on tutkittu, minkälaista koulutuksellista, ohjauksellista ja rahallista tukea perhehoitajat saavat työhönsä sekä miten lyhytaikaista perhehoitoa voitaisiin kehittää, jotta työstä saataisiin houkuttelevampaa. Lisäksi tutkittiin, millaisia asioita on hyvä ottaa lyhytaikaisen perhehoitotyön onnistumisen kannalta huomioon.

Teoriaosuudessa käsitellään vammaispolitiikkaa, lyhytaikaista perhehoitoa sekä omaishoitoa. Lisäksi opinnäytetyö sisältää teoriaa vammaisuudesta, kehitysvammaisuudesta ja pitkäaikaissairauksista.

Tutkimustuloksen mukaan perhehoitajien saama koulutuksellinen, ohjauksellinen ja rahallinen tuki ei ole ollut riittävää. Perhehoitajien mielestä työstä saataisiin samalla houkuttelevampaa, jos perhehoitajakoulutusta lisättäisiin, palkkausta korotettaisiin sekä työnohjausta ja vertaistukea kehitettäisiin. Myös tiedotusta lyhytaikaisesta perhehoidosta tulisi parantaa. Tutkimus tuotti tietoa siitä, että lyhytaikainen perhehoitotyö ei vaadi sosiaali- tai terveysalan koulutustaustaa vaan riittää, että perhehoitajalla on motivaatio, tahto hoivata hoidettavaa aidosti ja välittävästi, työssä vaadittavaa kärsivällisyyttä sekä kyky tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa. Raha ei voi olla ensisijainen motiivi perhehoitajan työssä. Tärkeää on myös se, että perhehoitajan oma perhe hyväksyy perhehoidon kotonaan ja on mukana sen suunnittelussa jo alusta lähtien.

Avainsanat: lyhytaikainen perhehoito, lyhytaikainen perhehoitaja, omaishoito, vammaisuus, kehitysvammaisuus, pitkäaikaissairaudet, lapset ja nuoret

ABSTRACT

Tiia Hämälä and Tiia Smolander

Supporting Family Caregivers by Providing Short-term Relief Caregivers in the Home for Children with Disabilities or with Long Term Illnesses, 69 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Social Services

Bachelor's Thesis, 2010

Instructors: Senior Lecturer Helena Wright, and Development Planning Niina Parkkunen

The aim of this thesis is to provide experiential information on disabled and chronically ill children's short-term family care, because earlier studies and surveys have shown there is a great need for this service. The study supports the development work in this area of the South-Eastern Municipalities and the South Eastern Social Competencies Centre (SOCOM). This study investigates the need for education, guidance, and financial support for relief caregivers, with the aim of making the work more attractive and beneficial.

The theory part of this thesis deals with disability and disability legislation, the handicapped, long term illness, the development of short-term family care, short-term family care legislation, short term family care as a social service, development of informal care, informal care-related legislation as well as a informal care as a social service. This study is qualitative, and the data were collected from five short term family caregivers through interviews and questionnaires. The results were analyzed using content analysis.

Result revealed that the education, guidance, and financial support received by relief family caregivers were not deemed to be sufficient. Improvement in these areas would definitely make the work more attractive, although it was not felt that extensive education in social and health care programs was necessary. Primary characteristics of good family caregivers were ability to deal with different types of people, desire to provide quality care for their clients, patience in this demanding position, and motivation to work in short term care situations.

Also information on short-term family care should be improved. The study produced information that a short-term family care work does not require any social or health education background, if family caregivers have the motivation, the will to nurture genuine, work required patience and the ability to get along with different people. Money cannot be the primary motive for family care. work. The importance of the opinions of the family caregiver's family was also brought out in this study. Future study might be done on this subject.

Keywords: short term family care, short term family caregivers, disability, developmental delay, chronic diseases, children and adolescents

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	VAMMAISPOLITIikka SUOMESSA.....	7
2.1	Vammaispoliittiset linjaukset.....	7
2.2	Haasteita lyhytaikaishoidon ja omaishoidon tarpeissa.....	9
3	LYHYTAIKAINEN PERHEHOITO.....	11
3.1	Lyhytaikaisen perhehoidon kehitys.....	12
3.2	Lyhytaikainen perhehoito lainsäädännössä.....	13
3.3	Lyhytaikainen perhehoito sosiaalipalveluna.....	14
3.4	Muutostarpeita perhehoitolainsäädännössä ja käytännössä.....	17
4	OMAISHOITO.....	17
4.1	Omaishoidon kehitys.....	18
4.2	Omaishoidontuki lainsäädännössä.....	19
4.3	Omaishoito ja omaishoidon tuki sosiaalipalveluna.....	21
4.4	Lyhytaikaishoito vanhempien ja omaishoitajien tukena.....	23
5	VAMMAISET JA PITKÄAIKAISSAIRAAT LAPSET JA NUORET	24
5.1	Vammaisuus.....	24
5.2	Lasten ja nuorten pitkäaikaissairaudet.....	26
5.3	Kehitysvammaisuus.....	28
5.4	Kehitysvammaisen lisävammat ja sairaudet.....	29
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	30
6.1	Tutkimusaiheen valinta ja rajaus.....	30
6.2	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	31
6.3	Tutkimusmenetelmät.....	32
6.4	Tutkimusaineiston hankinta.....	33
6.5	Aineiston litterointi ja aineiston analyysi.....	34
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	35
7.1	Haastateltavat.....	35
7.2	Koulutuksellinen tuki.....	36
7.3	Ohjauksellinen tuki (työnohjaus, perehdytys).....	37
7.4	Rahallinen tuki.....	40
7.5	Yhteistyö vanhempien kanssa.....	41
7.6	Hoidettavat.....	43
7.7	Lyhytaikaiset perhehoitajat.....	45
7.8	Perhehoitajan oma perhe.....	49
7.9	Perhehoidon haasteista.....	51
7.10	Huomioitavia asioita ennen perhehoitajaksi ryhtymistä sekä viestejä työstä kiinnostuneille.....	53
8	TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO.....	56
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	56
8.2	Yhteenveto ja johtopäätökset.....	57
8.3	Tavoitteiden toteutuminen ja kehittämissuhteet.....	61
8.4	Pohdinta.....	64
	LÄHTEET.....	65

LIITTEET

Liite 1 Tiedote perhehoitajille

Liite 2 Teemahaastattelukysymykset

1 JOHDANTO

Kaakkois-Suomen kunnat ovat parhaillaan kehittämässä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaista perhehoitoa, koska hoitomuodolle on eri tutkimusten ja selvitysten perusteella suuri tarve. Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijoiden, Pirjo Herttuaisen ja Irma Parikan (2010) tekemän tutkimuksen mukaan näille ns. erityislapsille ja -nuorille soveltuvia lyhytaikaishoidon vaihtoehtoja ei tällä hetkellä ole Etelä-Karjalan alueella riittävästi, eikä paikkoja määrällisestikään tarpeeksi.

Sama tarve nousi esille Kymenlaakson alueella toteutetussa Mia Kalpan (2010) opinnäytetyön selvityksessä. Useat vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten omaishoitajina toimivat vanhemmat, jotka halusivat käyttää lakiin perustuvat omaishoidon vapaapäivät, eivät ole niitä voineet pitää lyhytaikaishoidon vaihtoehtojen puuttuessa. Koska tutkimusten ja selvitysten perusteella perheet toivovat nimenomaan kodinomaisia vaihtoehtoja lyhytaikaishoitoon laitoshoidon sijaan, kunnat haluavat jatkossa vahvistaa mm. lyhytaikaista perhehoitoa.

Samalla Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen SOCOMin vammaistyön kehittämisverkosto valmistelee lyhytaikaisen perhehoidon toimintaohjeita Kaakkois-Suomen alueelle sekä käynnistää syksyllä 2010 lyhytaikaisten perhehoitajien alueellisen koulutuksen. Toimintaohjeiden avulla pyritään varmistamaan perhehoidon vahvistuminen sekä yhtenäisten työkäytäntöjen muodostuminen kaikkiin alueen kuntiin. Ohjeiden on myös määrä valmistua syksyllä 2010.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuoda esille vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisina perhehoitajina toimivien perhehoitajien näkemyksiä lyhytaikaisesta perhehoidosta. Tarkoituksenamme on kuvata tämänhetkisten perhehoitajien kokemuksia työn onnistumisesta ja sujuvuudesta, tuoda perhehoitajien ääni esiin perhehoidon kehittämisessä. Tutkimuksen tavoitteet nostivat esiin kysymyksiä siitä, saavatko tällä hetkellä toimivat lyhytaikaiset perhehoitajat riittävästi tukea työhönsä (koulutuksellista,

ohjauksellista, rahallista), miten lyhytaikaista perhehoitoa voitaisiin kehittää, jotta alalle saataisiin houkuteltua uusia lyhytaikaisia perhehoitajia sekä millaisia asioita on hyvä ottaa työn onnistumisen kannalta huomioon. Opinnäytetyön sekä toimintaohjeiden kohderyhmänä ovat kuntien työntekijät, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten vanhemmat ja omaishoitajat, perhehoitajat, perhehoidosta kiinnostuneet henkilöt sekä sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitokset.

Rajaamme opinnäytetyön koskemaan vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaista perhehoitoa, koska muuten työstämme tulisi liian laaja. Lisäksi työmme selkeyden kannalta käytämme lyhytaikaishoito-termiä vaikka tilapäishoito-termiä käytetäänkin samanaikaisesti paljon. Termi saatetaan myös sekoittaa tukiperhe-termiin, joka on lastensuojelun yksi tukimuoto. Myös tilapäinen perhehoito-nimike on maassamme käytössä, ja nämä useat nimikkeet tuovat lisähaasteita tutkimuksemme tekemiseen. Työssämme paneudumme kuitenkin nimenomaan lyhytaikaiseen perhehoitoon, joka on muuna kuin lastensuojelun tukimuotona varsin tuore käsite.

Sosionomeina haluamme tuoda ihmisten ääntä esiin, välittää tietoa elämismailman ja systeemimailman välillä. Opinnäytetyön lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen. Tiedonantajiksi valitsemme viisi perhehoitajaa, joilla on kokemusta vammaisten sekä pitkäaikaissairaiden lasten tai nuorten lyhytaikaisesta perhehoidosta. Aineiston keruu toteutetaan haastattelemalla kolmea lyhytaikaista perhehoitajaa sekä postittamalla kahdelle perhehoitajalle haastattelulomakkeet, koska he asuvat pitkän ajomatkan päässä. Tulosten analysointi tapahtuu aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla.

2 VAMMAISPOLITIikka SUOMESSA

2.1 Vammaispoliittiset linjaukset

Suomen vammaispolitiikka perustuu kolmeen periaatteeseen; vammaisten henkilöiden oikeus yhdenvertaisuuteen, vammaisten henkilöiden oikeus

osallisuuteen sekä vammaisten henkilöiden oikeus tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin. Samalla Suomen hallitus on linjannut keskeisiksi tavoitteikseen vammaisten henkilöiden tasa-arvoisen kohtelun, elämänhallinnan, työ- ja toimintakyvyn sekä omatoimisuuden tukemisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 3.)

Vammaispolitiikan periaatteet ovat maailmanlaajuisia, globaaleihin asiakirjoihin kirjattuja. Toimijat ovat maailmanlaajuisia organisaatioita sekä verkostoja. Kansainvälisen toiminnan vaikutus kanavoituu Suomeen päätöslauselmien, suositusten ja erilaisten yhteistyöprosessien kautta. Suomalaisen vammaispolitiikan kannalta keskeisiä kansainvälisiä toimijoita ovat YK, EU, Euroopan neuvosto ja muut Pohjoismaat. Vammaisjärjestöillä on kansainvälisellä tasolla oma merkittävä asemansa vammaispoliittisen suunnan määrittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 23.)

Vuonna 1995 julkaistu Suomen vammaispoliittinen ohjelma ”Kohti yhteiskuntaa kaikille” pyrkii vammaisten henkilöiden täysivaltaistumiseen ja mahdollisuuksien yhdenvertaistamiseen (Haarni 2006, 43). Ohjelma painottaa erilaisten erilaisuutta luovien esteiden poistamista yhteiskunnasta. Esteet voivat olla fyysisiä, asenteellisia tai kommunikaatioon liittyviä. (Malm ym. 2004, 27).

Pääosin vammaisten henkilöiden asema on maassamme hyvä, mutta silti vammaiset henkilöt kohtaavat yhä edelleen monia esteitä, jotka hankaloittavat arkea. Erilaiset suomalaiset tutkimukset vammaisten henkilöiden hyvinvoinnista ja olosuhteista paljastavat useita kehittämishaasteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 26.)

Haarni (2006, 49) toteaa tutkimuksessaan, että suomalaista yhteiskuntaa ei edelleenkään rakenneta kaikille, vaikka vammaispoliittisessa ohjelmassa se on ollut jo päätavoitteena yli kymmenen vuoden ajan. Hän toteaa, että suomalaista vammaispolitiikkaa voidaan edelleen kuvata erityisryhmien politiikaksi.

2.2 Haasteita lyhytaikaishoidon ja omaishoidon tarpeissa

Myös lyhytaikaishoidon sekä omaishoidon järjestämisessä törmätään alueellisiin haasteisiin. Valtakunnallisten tutkimusten mukaan omaishoitajien vapaajärjestelyjen toimimattomuus on Suomessa jatkuva ongelma. Ongelmia lisää perheissä se, ettei lakisääteisistä vapaista ole sovittu ja etteivät sijaishoidon järjestelyt vastaa perheiden tarpeita. Ratkaisuna tähän nähtäisiin lyhytaikaishoidon vaihtoehtojen monimuotoistamisen ja räätälöinnin perheiden erilaisiin tarpeisiin. (Julkunen 2008, 231). Salanko-Vuorelan ym. mukaan omaishoitajien arviointi- ja seurantajärjestelmä puuttuu kunnista ja useinkaan esimerkiksi omaishoitajien vapaapäivien toteutumista ei järjestelmällisesti seurata (Salanko-Vuorela ym. 2006, 29).

Niemelä ja Brandt (2007, 59 - 60) kirjoittavat sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä kehitysvammaisten yksilöllistä asumista tutkivassa selvityksessä, että lyhytaikaishoidon saatavuus ei ole Suomessa riittävää. Heidän mukaansa maahamme kaivataan enemmän yksilöiden erilaiset tarpeet huomioon ottavia lyhytaikaishoidon toteutustapoja. Niemelän ja Brandtin (2007, 59 - 60) mukaan lapsen sijoittaminen laitokseen tai asumispalveluyksikköön vuorokaudeksi maksaa 250 – 300 euroa tai enemmänkin (vuonna 2007). Maksulla kustannetaan henkilökunnan palkkaus sekä välttämätön, mutta niukka huolenpito. Noin sanottua sylissäpitoaikaa on vähän, eikä laitotarkea voi kuvata rikkaaksi. Kotihoidon tukemisratkaisut ovat huomattavasti edullisempia verrattuna laitosmaksuihin.

Vuonna 2003 toteutetussa Omaishoitajat ja Läheiset –liiton valtakunnallisessa kyselyssä selvitettiin omaishoidon lomitusta ja lyhytaikaishoitajärjestelymahdollisuuksia. Selvityksessä lyhytaikaishoidon ensisijaiseksi vaihtoehdoksi nousi selkeästi laitoshoido. Laitoshoido toteutettiin useimmiten hoivaosastoilla, terveyskeskusten vuodeosastoilla, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa tai palvelukeskuksissa. Sukulaisten toimiminen omaishoitajan sijaisena päättyi toiselle sijalle. Samassa tutkimuksessa selvitettiin myös, minkä pituisia lakisääteisiä tai muita vapaita omaishoitajat olivat pitäneen. Tulosten mukaan omaishoitajien vapaat jäivät usein pitämättä

mahdollisuuksista huolimatta. Syinä pitämättömyyteen nähtiin mm. hoidettavaan liittyvä vahva tunnesuhde, jonka ansioista hoitaja ei halunnut jättää hoidettavaa muiden hoitoon tai sitten hoidettava ei hyväksynyt muita hoitajia itselleen. Kuitenkin merkittävä syy oli lyhytaikaishoidon vaihtoehtojen puuttuminen. Kyselyn perusteella erityisen tärkeänä nähtiin lyhytaikaishoidon vaihtoehtojen lisääminen pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten omaishoitotilanteisiin. Nämä haasteet ovat edelleen maassamme ajankohtaisia, vaikka kysely suoritettiin vuonna 2003. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 32 - 34.)

Kaakkois-Suomessa toteutettiin kesällä 2008 kysely 22 kunnalle erityislasten ja -nuorten lyhytaikaishoidosta (Herttuainen ym. 2008). Kyselyyn vastasivat kuntien vammaispalvelujen työntekijät. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että lasten ja nuorten lyhytaikaishoitopalvelut eivät vastaa kunnassa esiintyvää tarvetta.

Etelä-Karjalassa toteutetun kyselytutkimuksen tuloksena lyhytaikaishoidon tarpeet ja toiveet sekä kuntien tarjonta eivät kohdanneet. Perheet toivoivat vammaisille tai pitkäaikaissairaille lapsille ja nuorille kodinomaista hoitopaikkaa, kun taas kunnat tarjosivat pääasiassa asumisyksiköitä tai laitoksia. (Herttuainen & Parikka 2010).

Vuonna 2008 Etelä-Karjalan vammaisten asiakkaiden määrä perhehoidossa oli vain 12 henkilöä. Tämä tilastotieto ei määrittele vammaisten henkilöiden ikää eikä sitä, onko perhehoito pitkä- vai lyhytaikaista. Kuitenkin omaishoidon tuella hoidettavia 0-17-vuotiaita oli vuonna 2009 maakunnassa 127 henkilöä. Heistä siis vain murto-osa on käyttänyt perhehoitoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a.)

Taulukko 1 kuvaa vammaisten henkilöiden määrää yleisesti perhehoidossa koko Suomen alueella.

Taulukko 1 Vammaisten henkilöiden määrä perhehoidossa vuosina 2007-2008 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a)

		2007	2008	asukasluku vv. 2007-2008	vammaisia perhehoidoss a/100 000 as.
Koko maa	yht	1262	1269	5 300 484	
Etelä-Karjala	yht	20	12	134 716	8,9
Kymenlaakso	yht	12	11	183 564	6
Ahvenanmaa	yht	1	1		
Etelä-Pohjanmaa	yht	19	17	193 815	8,8
Etelä-Savo	yht	21	26	157 862	16,5
Itä-Uusimaa	yht	24	26	94 755	27,4
Kainuu	yht	55	45	83 779	53,7
Kanta-Häme	yht	69	66	171 449	38,5
Lappi	yht	23	21	184 390	11,4
Keski-Suomi	yht	113	99	270701	36,6
Pirkanmaa	yht	92	85	476 631	17,8
Pohjanmaa	yht	10	18	174 987	10,3
Pohjois-Karjala	yht	127	115	166 744	69
Pohjois-Pohjanmaa	yht	67	61	383 411	15,9
Pohjois-Savo	yht	52	48	248 872	19,3
Päijät-Häme	yht	38	102	200 061	51
Satakunta	yht	59	67	228 431	29,3
Uusimaa	yht	392	389	1 388 964	28
Varsinais-Suomi	yht	51	50	459 235	10,9

Etelä-Karjala on selkeästi maakuntalistan häntäpäässä vammaisten henkilöiden perhehoidon osalta, kun verrataan osuutta esimerkiksi Pohjois-Karjalan suureen määrään. Taulukossa näkyy perhehoito kokonaisuudessaan, joten siinä ei ole eritelty lyhyt- ja pitkäaikaista hoitoa eikä myöskään lasten ja nuorten osuutta. Eriteltyä tietoa ei ollut saatavilla.

3 LYHYTAIKAINEN PERHEHOITO

Lyhytaikainen perhehoito on yksi lyhytaikaishoidon muodoista vanhempien jaksamisen tukemiseksi sekä omaishoidon lakisääteisten vapaiden pitämiseksi. Palvelun avulla mahdollistetaan omaishoitajien vapaapäivät tai vanhempien muu loma ja vapaa-aika.

Perhehoitoa järjestetään erilaisiin tarkoituksiin ja eripituisina ajanjaksoina vaihdellen lyhytaikaisesta pitkäaikaiseen hoitoon. Perhehoidossa henkilölle järjestetään hoitoa, kasvatusta tai muuta ympärivuorokautista huolenpitoa perhehoitajan omassa kodissa. Perhehoidon tavoite on tarjota hoidettavalle

läheisiä ihmissuhteita sekä perheenomainen ympäristö, jossa on mahdollisuus osallistua perheen arkisiin toimiin. Näin perhehoito on luonnollinen ja yksilöllinen tapa hoitaa lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat kodin ulkopuolista hoitoa. Perhehoito tarjoaa vaihtoehdon laitoshoidon rinnalle ja on huomattavasti laitoshoitoa edullisempaa. Perhehoito tarjoaa hoitopaikan eri-ikäisille ja eritasoisille henkilöille. (Ketola 2008, 20 – 22.)

Lyhytaikainen perhehoito mahdollistaa omaishoitajien tai vanhempien vapaapäivien tai muun vapaa-ajan vieton. Hoito voi kestää muutamasta tunnista useampaan vuorokauteen. (Kehitysvammaisten Palvelusäätiö 2010.) Kuukkasen (2008, 66) mukaan lyhytaikaisen perhehoidon määrän määrittelykäytännöt vaihtelevat, mutta lyhytaikaiseksi perhehoito voidaan määrittellä, jos se kestää yhtäjaksoisesti vähemmän kuin 14 vuorokautta kuukaudessa.

3.1 Lyhytaikaisen perhehoidon kehitys

Aikojen alusta oli tapana, että sukulaiset ja kyläläiset huolehtivat toisistaan. Lopuista pitivät huolta kirkko sekä hyväsydämiset ihmiset. Perhehoidon juurien katsotaan ulottuvan 1800—luvun alkupuolelle, jolloin keisari julisti kerjäyksen kielletyksi. Kerjäyksen tilalle syntyivät ruotuhoito, elätehoito ja vaivaistalot. Lapsia, vaivaisia ja köyhiä laitettiin elätehoitoon koteihin, jotka pyysivät vähiten korvausta heidän hoidostaan. Näin mahdollistettiin se, että kuntien kulut jäivät mahdollisimman pieniksi. Tämä oli alku pahamaineisille köyhäinhuutokaupoille, joiden maine vaikutti pitkään perhehoidon kehittämistyössä. Köyhäinhuutokaupat joutuivat kuitenkin huonoon maineeseen, koska huomattiin, että sijaisvanhempien katsottiin tavoittelevan taloudellista hyötyä sekä halpaa työvoimaa itselleen. (Ketola 2008, 15.)

Elätehoidon rinnalle perustettiin erilaisia vaivais- ja köyhäinhoitotaloja. Vuonna 1923 siirryttiin vaivaishoitoasetuksesta köyhäinhoitolakiin, joka määritteli kunnan velvollisuudeksi huolehtia hädänalaisista. Ne henkilöt, joita ei voitu kodeissa avustaa tai sijoittaa yksityiskoteihin, veloitettiin laittamaan kunnalliskoteihin. Samalla ruotuhoito ja vaivaishuutokaupat kiellettiin kokonaan.

Hoidettavat pyrittiin siis ensisijaisesti hoitamaan kodeissaan tai sijoittamaan yksityiskoteihin. Köyhäinhoitolaissa oli lukuisia säännöksiä huollossa olevien lasten perhehoidosta. Laki painotti erityisesti lastensuojelullisia seikkoja. Laissa perhehoito mainittiin sijoituksissa ensisijaisena hoitomuotona, vaikka lastenkoteja olisi ollutkin tarjolla. (Ketola 2008, 15.)

Vuonna 1936 saatiin merkittävä lainsäädäntöuudistus, jonka myötä köyhäinhoito väistyi sosiaalihuollon tieltä. Samalla astui voimaan ensimmäinen lastensuojelulaki, jossa oli säädöksiä myös perhehoidosta. (Kauppi & Rautanen 1997, 68.)

Toisen maailmansodan ja talvisodan jälkeen perheen merkitys alkoi korostua ja sijaisperheet saivat entistä vakaamman aseman yhteiskunnassamme. Sotien jälkeen alkoi myös lyhytaikaishoidon tarve kasvaa. Tuolloin lyhytaikaishoidon tarpeen syynä olivat usein vanhempien tilapäiset vaikeudet. (Kauppi & Rautanen 1997, 148–149.)

Perhehoitajalaki astui voimaan 3.4.1992 (1992/312). Samalla myös sosiaalihuoltolakiin tuli säädöksiä perhehoidosta, muun muassa määrittely, mitä perhehoito on, milloin sitä käytetään ja hoidettavien lukumäärästä. (Ketola 2008, 18.)

Tutkiessamme nimenomaan lyhytaikaisen perhehoidon historiaa, emme juuri löytäneet asiasta tutkittua tietoa. Perhehoito on historiassa ja tänäkin päivänä liitetty vahvasti lastensuojelun tarpeisiin sekä lyhyt- että pitkäaikaisena lasten ja nuorten sijoitusmuotona.

3.2 Lyhytaikainen perhehoito lainsäädännössä

Perhehoito on sosiaalihuoltolain 17 §:ssä määritelty sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan on huolehdittava (Sosiaalihuoltolaki 710/82). Perhehoitajalaissa perhehoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan tai kuntainliiton kanssa tekemänsä toimeksiantosopimuksen perusteella antaa kodissaan sosiaalihuoltolain 25 §:ssä tarkoitettua perhehoitoa (Perhehoitajalaki 312/1992).

Sosiaalihuoltolain mukaan perhehoito on henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalista kehitystään. Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen ja jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa. (Sosiaalihuoltolaki 710/82.)

Lyhytaikaista perhehoitoa järjestettäessä huomioitavia lakeja ja asetuksia ovat mm. asetus perhehoitajalle maksettavista palkkioista ja korvauksista (420/92), sosiaalihuoltolaki (710/82) sekä sosiaalihuoltoasetus (607/83). Lisäksi perhehoidon toteuttamiseen vaikuttavat laki kehitysvammaisten erityshuollosta (519/77), laki (380/87) ja asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (759/87), laki vammaisuuksista (570/07), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/00), laki (734/92) ja asetus sosiaali- ja terveyshuollon asiakasmaksuista (912/92) sekä laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä (504/02).

3.3 Lyhytaikainen perhehoito sosiaalipalveluna

Lyhytaikainen perhehoitaja

Perhehoitajana voi toimia henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa puolesta soveltuu antamaan perhehoitoa. Laki ei velvoita perheelle ja perhehoitajalle erityisiä koulutusvaatimuksia silloin, kun perheessä hoidetaan enintään neljää hoidettavaa yhtäaikaisesti. Perhehoitajan henkilökohtaisia ominaisuuksia arvioivat sosiaaliviranomaiset sekä perhehoitaja itse yhteisissä keskusteluissaan. (Ketola 2008, 21.)

Kehitysvammaisten Palvelusäätiön mukaan kehitysvammaisten perhehoitajalla pitäisi olla valmiudet hoitaa kehitysvammaista niin luotettavasti, että vanhemmat tai vakituinen hoitaja voivat hyvillä mielin rentoutua ja levätä. Jotta perhehoito

olisi mahdollisimman onnistunutta, on hyvä jos hoitajalla on myös taitoa ja halua kehittää itseään ja toimintaansa. Kyky luottamukselliseen yhteistyöhön hoidettavan lähiomaisten sekä kunnan työntekijöiden kanssa koetaan samalla tärkeäksi. (Kehitysvammaisten Palvelusäätiö 2010.)

Toimeksiantosopimus

Toimeksiantosopimukseen merkitään sekä sijoittajan että perhehoitajan molemminpuoliset oikeudet ja velvollisuudet, jotka ovat yhteisissä neuvotteluissa sovittu. Sopimusta tulee tarkistaa tilanteiden muuttuessa ja muutokset tehdään aina molempien osapuolten hyväksymällä tavalla. Sopimukseen liitetään hoidettavan asiakassuunnitelma tai hoito- ja palvelusuunnitelma. Jokaisen perhehoitoon sijoitetun osalta tehdään erikseen oma toimeksiantosopimus. (Perhehoitoliitto 2010, 12.)

Toimeksiantosopimus tehdään toistaiseksi tai määräajaksi. Molempien sopijapuolien irtisanomisaika on kaksi kuukautta. Toimeksiantosopimuksessa sovitaan yhteisesti mm. perhehoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta sekä erilaisten kulujen ja kustannusten korvaamisesta, hoidon kestosta, hoidettavan oikeuksista, tukitoimista ja harrastustoiminnasta, perhehoitajan vapaista sekä vapaa-ajan kustannuksista ja palkkioista, perhehoitajan valmennuksesta, työnohjauksesta, koulutuksesta sekä toimeksiantosopimuksen irtisanomisesta sekä tarvittaessa muista perhehoitoa koskevista asioista. (Äänekosken kaupunki 2010.)

Hoitopalkkio ja kustannusten korvaaminen

Lyhytaikaisessa perhehoidossa hoitopalkkio määritetään yleensä vuorokausiperusteiseksi. Hoidon erityisyys ja vaativuus otetaan huomioon hoitopalkkiota korottavina tekijöinä. Maksu voidaan määritellä myös kuukausiperusteiseksi. Hoitopalkkion lisäksi perhehoitajalle maksetaan myös kulukorvausta jokaiselta hoitopäivältä. Kulukorvauksen tarkoitus on kattaa hoidettavan henkilön ravinnosta, asumisesta, virkistys- ja harrastustoiminnasta ja henkilökohtaisista tarpeista aiheutuvat menot. Perhehoitajan veronalainen

tulo muodostuu sekä hoitopalkkioista että kulukorvauksista. Kulukorvauksen voi kuitenkin jälkikäteen vähentää verotuksesta selvitysten perusteella. (Perhehoitoliitto 2010, 13–18.)

Hoitopalkkioiden ja kulukorvauksien määrissä ja maksukäytännöissä on huomattavia alueellisia eroja. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus on tehnyt Kaakkois-Suomen kunnille esityksen vammaisten henkilöiden lyhytaikaisen perhehoidon palkkioiden ja kulukorvausten yhtenäistämistä. Esityksessä hoitopalkkio on 60 euroa vuorokaudelta ja kulukorvaus 20 euroa. Erytisen hoidon vuorokausikorvaus on 80 euroa vuorokaudelta ja kulukorvaus 20 euroa. (Imatran sosiaali- ja terveyslautakunta 2009.)

Kehitysvammaisten palvelusäätiön kuntahinnaston mukaan osapäivähinta, eli 1-8 tuntia kestävä hoitajakso on 55 euroa ja kokopäivähinta, eli yli kahdeksan tuntia kestävä hoitajakso on 95 euroa. Jos kyseessä on erittäin vaativaa hoitoa tarvitseva hoidettava, korotetaan maksuja niin, että kokopäivähinta on 112 euroa. (Kehitysvammaisten palvelusäätiö 2010b.)

Naantalissa kaupungilla lyhytaikaisen perhehoidon hoitopalkkio on vuorokaudessa 40 euroa ja kulukorvaus 30 euroa. Erytisen hoidon vuorokausikorvaus on Naantalissa 54 euroa. (Naantalissa sosiaali- ja terveyslautakunta 2010.) Lapinlahdella vuorokausikorvaus on hoidon vaativuuden mukaan 21,69 – 65,01 euroa. Lapinlahden kunnan kulukorvaus on vuorokaudessa 16,07 euroa. (Lapinlahden kunta 2010.)

Täydennyskoulutus

Ketolan mukaan täydennyskoulutuksen tulisi olla tarpeeksi monipuolista, jotta se pystyisi vastaamaan eri tilanteissa olevien perhehoitajien moninaisia tarpeita. Hänen mukaansa on tärkeää, että koulutuksen peruslähtökohtana ovat perhehoitajien tarpeet, mutta hän näkee myös tärkeäksi, että sijoittajien näkemykset teemojen työstämiseksi otetaan esille. Hän muistuttaa, että koulutusta suunniteltaessa tulisi ajatella, ettei perhehoitajien ole aina helppoa irrottautua arjesta. Useat perhehoitajat voivat käydä töissä kodin ulkopuolella,

heillä saattaa olla useita lapsia ja joskus myös pitkät välimatkat saattavat olla esteenä koulutukseen osallistumiseen. Täydennyskoulutus voi Ketolan mielestä parhaimmillaan tarjota uudenlaisia näkökulmia ja tietoa sekä käytännön toimintavälineitä perhehoitajan työhön. (Ketola 2008, 49.)

3.4 Muutostarpeita perhehoitolainsäädännössä ja käytännöissä

Koska perhehoitolainsäädännön ei katsota vastaavan nykypäivän tarpeisiin, on Sosiaali- ja terveysministeriö asettanut työryhmän tekemään muutosehdotuksia perhehoitajalainsäädäntöön sekä ohjaamaan valtakunnallisen perhehoidon toimintaohjelman toteuttamista. Työryhmä on ehdottanut uuden perhehoitolain säätämistä. Kyseisessä laissa määriteltäisiin perhehoidon keskeiset käsitteet, säädettäisiin perhehoitoa antavien henkilöiden kelpoisuusvaatimuksista ja hoidettavien määrästä. Työryhmä aikoo myös ehdottaa perhehoitajien ennakkovalmennusta lakisääteiseksi sekä tiiviimpää tukijärjestelmää perhehoitajina toimiville. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 2.)

Myös valtakunnallisen Perhehoitoliiton tavoitteena on perhehoidon laadullinen ja määrällinen kehittäminen niin, että jokaisen sitä tarvitsevan olisi mahdollisuus päästä perhehoitoon silloin, kun siihen olisi tarvetta. Perhehoitoliitto esittää perhehoitoon lisää porrastusmahdollisuuksia sillä perusteella, että hoitoa ja tukea voitaisiin tarjota yksilöllisesti jokaisen tarpeen mukaisesti. Perhehoitoliiton mukaan uuden lain tulisi tukea etenkin aloittelevia perhehoitajia toiminnassaan. (Hakkarainen 2008, 16.)

Perhehoitoliitto katsoo, että perhehoitajien rekrytointiin tulisi panostaa niin, että se olisi säännöllisempää ja järjestelmällisempää. Sen mukaan erilaisia toimintaohjeita ja - malleja tulisi alueellisesti yhtenäistää. (Ketola 2008, 16.)

4 OMAISHOITO

Perhe on toimeentulon ja hoivan perussolu. Perheet suorittavat valtavan määrän yhteiskunnallista työtä ja sen muuttaminen palkkatyöksi tai julkiseksi

palveluksi olisi Julkusen (2008) mukaan mahdotonta. Sosiaalipoliittisesti tutkittuna yhteiskunnassamme on olemassa kahdenlaista hoivaa, epävirallista sekä virallista. Epävirallista eli informaalista hoivaa katsotaan saatavan esimerkiksi vanhemmilta, puolisoilta, lapsilta, muilta omaisilta, naapureilta, ystäviltä ja vapaaehtoisilta. Virallista eli formaalia hoivaa tarjoavat kunnat, yritykset sekä järjestöt. (Julkunen 2008, 214 - 215.) Mikkolan (2005) mukaan omaishoidossa tärkein motiivi on läheinen suhde, joka ei ole syntynyt hoidon tarpeen perusteella, vaan on olemassa siitä riippumatta.

4.1 Omaishoidon kehitys

Vuonna 1879 astui voimaan vaivaishuoltoasetus, joka määritteli perheen päävastuulliseksi omaistensa hoidossa. Saman asian määrittelivät vuoden 1922 köyhäinhoitolaki sekä vuoden 1956 huoltoapulaki. Vuoteen 1970 saakka suomalaisilla oli velvoite hoitaa vanhoja, vammaisia tai sairaita omaisiaan. Vuonna 1970 laista poistettiin lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan sekä vuonna 1977 poistui aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 24.)

Suomi on ollut Euroopan maista omaishoidon edelläkävijä, sillä Suomessa alettiin lähes ensimmäisenä maana tukea taloudellisesti omaisten hoitamista. Tähän vaikuttivat suomalaisen väestön ikärakenteen vanhuspainotteisuus sekä laman uhka. Omaistaan päivittäin kotona hoitavia arvioitiin vuonna 1989 olevan reilut 300 000. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 24.)

Kotihoidon tuki liittyi suomalaiseen sosiaalipolitiikkaan 1980-luvun alkupuolella. Vuonna 1984 sosiaalihuoltolakiin (710/1982) kirjattiin vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki. Reilu vuosikymmen myöhemmin sosiaalihuoltolakiin lisättiin asetusta omaishoidon tuesta (318/1993). Vuonna 1998 omaishoitajien vapaapäivät kirjattiin lakisääteisiksi. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 24.)

Keskeisenä tavoitteena tuen kehittämisessä on ollut omaishoitajien aseman parantaminen. Esimerkiksi omaishoitajien lakisääteisten vapaiden lisääminen

on tapahtunut asteittain vuosina 1998, 2002 ja 2007 voimaan tulleilla lakimuutoksilla (Voutilainen ym. 2007, 18.)

Nykyään Suomessa asutaan ydinperheissä ja rakennemuutoksen, muuttoliikkeiden sekä harvan asutuksen vuoksi eri sukupolvet asuvat usein kaukana toisistaan. Naiset ovat jo pitkään lakanneet olemasta ilmainen ja ehtymätön hoivaresurssi panostaessaan ansiotyöhön miesten rinnalla. Hoivan voidaan katsoa yhteiskunnallistuneen, mutta silti se on ja pysyy edelleen perheillä ja omaisilla. 1980-luvun lopulla perheiden ja omaisten rooli hoivatyössä vahvistui entisestään laitoshoidon saaman negatiivisen kritiikin sekä avohoidon vahvistumisen myötä. 1990-luvun talouslama karsi sekä laitoshoidon että avopalveluja. (Julkunen 2008, 217.)

Perheet ja lähiyhteisöt ovat siis kautta aikojen osallistuneet sairaiden ja vammaisten ihmisten hoitoon sekä huolenpitoon. Vaikka yhteiskunta huolehtii tänä päivänä useista perheille ja lähiyhteisöille aikaisemmin kuuluvista tehtävistä, on omaisten ja läheisten merkitys hoidon antajana merkittävä. Ihmiset saavat yhä edelleen huomattavan osan tarvitsemastaan avusta perheenjäseniltään ja lähiyhteisöltään. (Voutilainen ym. 2007, 14.)

Vuonna 2009 0-17-vuotiaiden omaishoidon tuella hoidettavien määrä oli 4779 henkilöä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010b). Omaishoitajat ja Läheiset – liiton mukaan omaishoitajia on Suomessa moninkertainen määrä verrattuna omaishoidon tukea saaviin omaishoitajiin. Arvioidaan, että suurin osa hoitaa omaisiaan ilman omaishoidontukea, vaikka hoito on sitovaa ja hoidon tarve on suurta. Useat omaishoitajat eivät halua ottaa vastaan hoitopalkkioita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 17.)

4.2 Omaishoidontuki lainsäädännössä

Laki omaishoidon tuesta astui voimaan 1.1.2006. Lain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Laki omaishoidon tuesta määrittää omaishoidossa yleisimmin käytettävien käsitteiden merkitykset puhuttaessa omaishoidosta. Näitä käsitteitä ovat omaishoito, omaishoitosopimus, omaishoitaja ja omaishoidon tuki sekä oma työ. Lain 2§:n mukaan omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

Laissa omaishoitosopimuksella tarkoitetaan hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välistä toimeksiantosopimusta omaishoidon järjestämisestä. Omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

Laki omaishoidon tuesta 2§:n mukaan omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Laissa omalla työllä tarkoitetaan omassa tai perheenjäsenen yrityksessä, liikkeessä tai ammatissa taikka maa-, metsä-, koti- tai muussa taloudessa suoritettua työtä ja itsenäistä tieteellistä tai taiteellista työtä sekä päätoimista opiskelua. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

Keskeisessä roolissa laissa omaishoidon tuesta ovat myös tuen myöntämisedellytykset sekä omaishoitajalle järjestettävä vapaa sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus katsotaan ympärivuorokautiseksi siitä huolimatta, että hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta käyttäen kotinsa ulkopuolella järjestettyjä sosiaali- tai terveyspalveluja taikka saaden kuntoutusta tai opetusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b.)

4.3 Omaishoito ja omaishoidon tuki sosiaalipalveluna

Omaishoitaja

Omaishoitajana toimivan tulee olla joko hoidettavan omainen tai muuten hoidettavalle läheinen henkilö (Voutilainen ym. 2007, 16). Kalliomaa-Puha (2007, 139) toteaa, että läheinen suhde hoidettavan ja hoitajan välillä tuo mukanaan erilaiset riippuvuus- ja vastavuoroisuussuhteet kuin palkkahoivassa. Omaishoitaja on aina työssä, 24 tuntia vuorokaudessa, seitsemänä päivänä viikossa.

Tutkimusten mukaan omaishoito koetaan palkitsevaksi, mutta samalla se voi olla hyvinkin raskasta. Omaishoitajan motiivina on usein sekä moraalinen että emotionaalinen side hoidettavaan sekä omaishoitajan halu taata hoidettavalle paras mahdollinen hoito. Kotihoidon nähdään ylläpitävän perheen sosiaalista, kulttuurista ja taloudellista jatkuvuutta. Kotihoito voi olla myös ainoa vaihtoehto tarvittavien palvelujen puuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 16.)

Ennen omaishoidontuen myöntämistä kartoitetaan omaishoitajaksi aikovan terveys, voimavarat, sosiaalinen verkosto, hoitotaidot sekä elämäntilanne. Kotikäynnillä selvitetään sekä hoidettavan että hoitajan selviytymistä arkisissa tilanteissa kuten myös mahdollisten apuvälineiden ja asunnon muutostöiden tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 24.)

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunta huolehtii harkinnanvaraisesti ja määrärahojensa puitteissa. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut, jotka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Voutilainen ym. 2007, 15.)

Omaishoidon tukea haetaan hoidettavan henkilön kotikunnalta. Jos kunta haluaa myöntää hoidettavalle omaishoidon tukea, tekevät omaishoitaja ja kunta

toimeksiantosopimuksen omaishoidon tuesta (Voutilainen ym. 2007, 16). Jotta omaishoidon tukea myönnetään, täytyy molempien osapuolten, sekä hoitajan että hoidettavan hyväksyä tuleva hoitosuhde. Hoidettava anoo omaishoidontukea sosiaalitoimistosta tai omaishoidon tuesta vastaavasta yksiköstä joko kirjallisesti tai suullisesti, jos viranomaiset siihen suostuvat. Hoidettavan luokse tehdään kotikäynti, jolla arvioidaan palvelun tarpeet sekä myöntämisedellytykset omaishoidon tuelle. Tämän jälkeen suunnitellaan kuhunkin omaishoitotilanteeseen soveltuva palvelukokonaisuus sekä hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä hoidettavan sekä omaishoitajan kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 19.)

Hoidettavan palvelut

Omaishoidon tuki sisältää hoidettavan tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka on kirjattuna hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoidettava voi kuitenkin näiden lisäksi tarvita muitakin kuin omaishoidon tuen palveluja. Kunnan tulee huolehtia omaishoidon tuella hoidettavan asiakkaan hoidosta omaishoitajan vapaiden aikana. Myös omaishoitajan äkillinen sairastuminen sekä omaishoitajan terveydenhuoltoon liittyvät menot täytyy ottaa huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Muita tarpeen mukaan järjestettäviä palveluja ovat esimerkiksi kodinhoitoapu, tukipalvelut, henkilökohtainen avustaja, apuvälineet, päivä- tai lyhytaikaishoito, kotisairaanhoido ja muut terveydenhuoltopalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 30.)

Omaishoitajan vapaat ja tukevat palvelut

Omaishoitaja saa pitää kolme vapaavuorokautta kalenterikuukautta kohti, mikäli hoitajan sidonnaisuus on yhtäjaksoista tai jatkuu vähäisin keskeytyksin joko ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Kunta voi myös myöntää omaishoitajille lisävapaapäiviä sekä alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Kunta on velvollinen huolehtimaan hoidettavan hoitojärjestelyistä omaishoitajan vapaiden ajaksi. (Suomen kuntaliitto 2010.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata omaishoitajan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen sisältö sekä määrä (Laki omaishoidon tuesta, 7§). Omaishoitajaa tukevia palveluita voivat olla esimerkiksi lomat ja retket, harrastuksiin kannustaminen, sosiaalisten verkostojen vahvistaminen, vertaisryhmät, terapia, neuvonta, ohjaus, käytännön apu hoitotyössä, fysioterapia, ergonomia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 33.)

4.4 Lyhytaikaishoito vanhempien ja omaishoitajien tukena

On tärkeää, että omaishoitajille mahdollistetaan vapaapäivien vietto, mutta suurin omaishoidon tukemisen haasteista on oikeanlaisten lyhytaikaishoitoratkaisujen luominen niin, että ne vastaavat omaishoitajien toiveita. Oikein räätälöidyt ja yksilölliset lyhytaikaishoitomuodot auttavat omaishoitajia jaksamaan ja vahvistavat heidän voimavarojaan omaishoitotilanteissa. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 30.)

Omaishoitajan ympärivuorokautinen työ omassa kodissa saattaa rajoittaa hoitavan omaisen kodin ulkopuolista sosiaalista kanssakäymistä. Joskus esimerkiksi kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen voi olla mahdotonta ilman erilaisia tukipalveluja. (Malm ym. 2007, 76.)

Stakesin teettämän tutkimuksen mukaan vammaisten lasten ja nuorten perheiden arjessa ongelmia aiheuttavat uupuminen, vaikeudet palveluiden saamisessa sekä taloudellisen tuen vähäisyys. Erityisesti tärkeää vanhempien jaksamisen sekä myös asioiden hoitamisen kannalta nähtiin lyhytaikaishoidon järjestäminen. Samaisen tutkimuksen mukaan vammaisten lasten vanhemmat kokevat edelleen palveluverkoston pirstaleiseksi ja toivoivat yksilöllisempiä ja joustavampia palveluita, parempaa tiedonkulkua sekä lisäresurssien järjestämistä. (Haarni 2006, 16, 49.)

Julkunen kirjoittaa, että sairaan tai vammaisen lapsen hoito sisältää omat piirteensä verrattuna esimerkiksi vanhuksen hoitoon. Hänen mukaansa esimerkiksi monivammaisen lapsen omahoitajuus on raskasta, vuorokauden ympäri tapahtuvaa työtä. Hän toteaa myös, että esimerkiksi oman lapsen

skitsofrenia tai masennus kuormittaa usein hoivatilannetta ja hoivaajaa, koska nämä sairaudet lisäävät vanhempien syyllisyydentunnetta. (Julkunen 2008, 221.)

Valtioneuvoston selonteon mukaan sairaan tai vammaisen lapsen perheet tarvitsevat tilanteeseensa tukea ja palveluita. Useat vanhemmat pitävät palveluita koskevaa ohjausta ja neuvontaa riittämättömänä. Vanhemmat saattavat kokea, että useiden palveluiden saaminen edellyttää taistelemista ja asioiden todistamista. He kokevat, että heidän tulee olla asiantuntijan roolissa saadakseen haluamansa palvelut. Usein lapsen vaikea vamma tai sairaus johtaa siihen, että toisen vanhemman on sitouduttava täysiaikaisesti lapsensa hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 11.)

5 VAMMAISET JA PITKÄAIKAISSAIRAAT LAPSET JA NUORET

Lapsuus ja nuoruus voidaan määritellä hyvin monella tapaa, ja niiden raja on häilyvä etenkin nuoruuden osalta. Lastensuojelulaki määrittelee lapsen alle 18-vuotiaaksi, kun taas nuorella tarkoitetaan laissa 18–20-vuotiasta henkilöä (Lastensuojelulaki 2007/417).

5.1 Vammaisuus

Vammaisuutta on esiintynyt niin kauan kun ihminen on elänyt maapallolla ja sitä tulee aina olemaan. Vammaisten henkilöiden määrä vaihtelee sen mukaan, miten vammaisuutta määritellään, sekä erilaisten yhteiskunnallisten tilanteiden mukaan. On arvioitu, että eri tavalla vammaisia ihmisiä on noin 10 % maailman väestöstä. (Malm ym. 2004, 9.) Sellaista vammaisuutta, jossa vamma heikentää henkilön toimintakykyä ja suoriutumista on Suomessa reilulla 5 %:lla väestöstä kun taas vaikeavammaisia henkilöitä on alle 1 % koko väestöstä. Lapsilla yleisin vammaisuuden muoto on eri syistä johtuva kehitysvamma. Lasten yleisin

fyysinen liikunta- ja toimintavamma on monimuotoinen CP-oireyhtymä, joka on joko synnynnäinen tai varhaislapsuudessa saatu. (Lampinen 2007, 31.)

Suomalaisessa sosiaalilainsäädännössä keskeisenä tekijänä on avun ja tuen tarpeen määrittely, ei niinkään sairauden tai vamman luonne. Esimerkiksi kehitysvammaisuus ja krooniset tai vaikeat mielenterveysongelmat voidaan rinnastaa fyysisiin vammoihin vammaisuuden määrittelyssä sekä arvioitaessa palvelujen tarvetta. (Malm ym. 2004, 9.)

Vammaisuutta on vaikeaa kuvailla yleisellä määrittelyllä, koska käsite vammaisuus on hyvin moniulotteinen. Olisi helpompaa siis kuvata, mitä vammaisuus ei ole. Vammaisuus on jotain pysyvää, mutta se ei ole sairautta. Sairaus voi joskus johtaa ihmisen vammautumiseen tai vammaisuuteen, mutta taas henkilö, jolla on jokin pitkäaikainen sairaus tai etenevä tauti, on sairas, muttei välttämättä vammaisen. Vammaisuutta ja tervettä ei myöskään voi asettaa toistensa vastakohtiksi, koska vammaisenkin henkilö voi olla täysin terve eli ”terve vammaisen”. Vammaisuuden perustana voidaan pitää yksilön psyykkistä tai fyysistä erilaisuutta verrattuna valtaväestöön, mutta kuitenkin loppujen lopuksi vammaisuus-käsitteen sisältö, merkitys ja kokemukset muotoutuvat sosiaalisessa yhteydessään toimintaympäristöön. (Lampinen 2007, 27 - 31.)

Malmin ym. mukaan vammaisuutta voidaan tänä päivänä määrittellä sillä perusteella, millaisia toimintakyvyn rajoitteita vamma henkilölle aiheuttaa hänen omassa elinympäristössään. Tämä ympäröivästä yhteiskunnasta aiheutuvaa sosiaalista haittaa voidaan pitää vammaisuuden määrittelyssä oleellisena. Vammaisen ihmisellä on pitkäaikaisia tai pysyviä toimintarajoitteita sekä vaikeuksia suoriutua tavallisista elämäntoiminnoista omassa elinympäristössään. (Malm ym. 2004, 9.)

Simo Vehmas (2005, 17) puolestaan kuvaa vammaisuuden sosiaalisesti ilmiöksi, joka syntyy yksilön ja yhteisön välisessä vuorovaikutuksessa. Myös hän kuvaa vammaisuutta moniulotteiseksi ja monimutkaiseksi ilmiöksi ja siksi vammaisuutta kuvailevat ja selittävät teoreettiset mallit ovat painotuksiltaan erilaisia. Vehmas painottaa, että vammaisuus tarkoittaa joko yksilön toiminta- tai

olemisen tapaa, joka vaarantaa hänen hyvinvointiansa tai yhteiskunnallista järjestystä.

Lampinen (2007, 57) toteaa, että lääketieteellisesti vammaiset luokitellaan diagnoosin perusteella eri ryhmiin, jolloin helposti unohdetaan ihmisen yksilöllisyys sekä inhimilliset tekijät. Hänen mukaansa perhe, jossa on vammaisen lapsi, jää helposti niiden tukien ulkopuolelle, joita se tarvitsisi arjessaan.

5.2 Lasten ja nuorten pitkäaikaissairaudet

Pitkäaikaissairaus tarkoittaa sairautta tai toimintahäiriötä, joka kestää vähintään kuusi kuukautta ja vaatii jatkuvaa tai ajoittaista hoitoa tai lääkinnällisen seurannan tarvetta. Suurimman ryhmän lasten ja nuorten pitkäaikaissairauksista muodostavat erilaiset mielenterveydelliset häiriöt. Seuraavaksi yleisiä ovat somaattiset sairaudet kuten allergiat, astma, aistinelinten viat ja synnynnäiset epämuodostumat. (Rajantie 2002, 36.)

Noin kymmenesosalla 12–18 –vuotiaista on jokin haittaava pitkäaikaissairaus. Erityiskorvattavia lääkkeitä vakaviin pitkäaikaissairauksiin saa noin 5 % nuorista ja niiden osuus on jatkuvasti kasvamassa. Erityiskorvauksen piiriin kuuluvia lääkkeitä haetaan yleisimmin astmaan, epilepsiaan tai diabetekseen. Myös reumalääkkeiden sekä kroonisten tulehduksellisten suolistolääkkeiden osuus on kasvanut nuorten osalta. (Rimpelä 2005, 307–309.)

Reilulla 20 %:lla suomalaisista lapsista on todettu vähintään yksi pitkäaikaissairaus ja yli 5 %:lla todetaan viimeistään nuoruusiässä pysyvä elämänlaatua heikentävä vamma tai sairaus. Pitkäaikaissairauksia todetaan huomattavasti enemmän pojilla kuin tytöillä ja sairastavuus on yleisempää taajama-alueilla kuin maaseudulla. (Rajantie & Perheentupa 2005, 299–300.)

Psykkiset häiriöt ovat lisääntyneet ja tutkimusta ja hoitoa tarvitsee ainakin 10 % alle 12-vuotiaista, 12 – 15 % yli 12-vuotiaista lapsista ja 15 – 23 % nuorista. Sanotaan, että häiriöiden asteet ovat vakavoituneet ja tilanteet kriisiytyvät yhä

useammin. Yleisin lasten ja nuorten oire on masennus. (Rajantie 2002, 37) Maamme lastenpsykiatrisissa yksiköissä todetaan vuosittain 20 – 30 skitsofreniaan sairastunutta lasta. Vakavia käytöshäiriöitä potee eri tutkimusten mukaan 3 – 13 % kouluikäisistä lapsista ja nuorista. (Rajantie 2002, 324, 335.)

Alle 16-vuotiaan lapsen vammaistukea saavia tilastoitiin vuoden 2008 lopussa yhteensä 34 500 (Kansaneläkelaitos 2009b, 11). Kelan kuntoutuspalveluja sai vuoden 2009 aikana 9831 alle 16-vuotiaista lasta (Kansaneläkelaitos 2009a, 54). Pysyvästi pahasti haittaavan sairauden tai vamman takia sai vuonna 2008 työkyvyttömyyseläkettä 1493, iältään 16–19-vuotiaista henkilöä (Kansaneläkelaitos 2008, 101).

Vähintään 10 %:lla lapsista sekä 20 %:lla nuorista on jokin allergia ja heistä neljäsosa sairastaa astmaa. Erilaiset allergiat ja astma ovat yleistyneet vauhdilla viime vuosikymmenien aikana. (Rajantie & Perheentupa 2005, 301.)

Pieniä eli alle 1500 gramman painoisia tai ennen 32 raskausviikkoa vanhoja keskoslapsia syntyy vuosittain noin 500. Keskosten määrän katsotaan lisääntyneen alkionsiirroista johtuvien monisikiöraskauksien vuoksi. (Rajantie & Perheentupa 2005, 301.)

Vuosittain todetaan 1 500-2 200 vastasyntyneellä lapsella merkittäviä epämuodostumia. Epämuodostumalla tarkoitetaan merkittäviä synnynnäisiä rakenteellisia poikkeavuuksia, kromosomipoikkeavuuksia ja synnynnäistä kilpirauhasen vajaatoimintaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010c.) Syöpään sairastuu vuosittain reilut 150 alle 15-vuotiasta lasta. Lasten tavallisimmat syövät ovat leukemia ja aivokasvaimet, joiden osuus on syöpään sairastuneista yli puolet. (Pukkala ym. 2006, 19.)

Vakavia synnynnäisiä rakennevikoja esiintyy reilulla 2 %:lla vastasyntyneistä eli runsaalla 1000 lapsella vuodessa. Osa heistä menehtyy, mutta suurin osa selviää hengissä lastenkirurgisten operaatioiden avulla. Suurin rakennevikojen ryhmä ovat synnynnäiset sydänviat. Noin 400 lapsella ilmenee vuosittain

sydänvika, joka vaatii korjausleikkauksen ja noin 80:llä sydän leikataan heti synnytyksen jälkeen. (Rajantie & Perheentupa 2005, 302.)

Vaikka vakavat aivoinfektion ovat vähentyneet maassamme, ei neurologisesti pitkäaikaissairaitten ja vammaisten henkilöiden määrä ole silti laskenut. Erilaisten kuntoutuspalvelujen sekä hoidon kysyntä on vuosittain kasvanut uusien tutkimusmenetelmien ja hoitomuotojen käyttöönoton myötä. (Rajantie & Perheentupa 205, 302.)

Lasten insuliinipuutosdiabetes on Suomessa yleisintä koko maailmassa. Diabeteksen ilmaantuvuus on suurinta 0-4-vuotiailla lapsilla. Erilaisia muita umpierityssairauksia tai kasvun ongelmia ilmenee noin 200:lla joka vuosiluokassa. (Rajantie & Perheentupa 2005, 302.)

5.3 Kehitysvammaisuus

Kehitysvammaisuus on yksi vammaisuuden muodoista. Suomen kehitysvammalaissa *kehitysvammaiseksi voidaan määritellä henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi, ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvittavia palveluja* (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977/519).

Malmin ym. (2004, 165–166) mukaan kehitysvamma tarkoittaa vammaa ymmärtämis- ja käsityskyvyn alueella, joten kehitysvammaisille uuden opettelu sekä käsitteellinen ajattelu voi olla vaikeaa. Kehitysvammaisuutta on usein mitattu älykkyydosamäärällä. Suomessa kehitysvammaisuuden kriteerinä on pidetty ennen 18 vuoden ikää havaittua alhaista älykkyydosamäärää (alle 70) sekä ikätasoa heikompaa sosiaalista selviytyvyyttä.

Kehitysvammaisuuteen kuuluu eri elimien vammoja ja vaurioita. Merkittävämpiä ovat erilaiset hermoston kehityshäiriöt kuten aivojen kehityshäiriöt. Aivojen kehityshäiriöihin liittyy läheisesti älyllisten toimintojen vajavuutta, josta käytetään yleisesti nimeä älyllinen kehitysvammaisuus. Maailman Terveysjärjestön WHO:n tautiluokituksen mukaan älyllinen kehitysvammaisuus määritellään tilana, jossa henkisen suorituskyvyn kehitys on estynyt tai on epätäydellinen.

Puutteellinen kehittyneisyys näkyy yleiseen henkiseen suorituskyykyyn liittyvissä taidoissa, joita ovat kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset taidot. Älyllinen kehitysvammaisuus esiintyy joko yksinään tai yhdessä erilaisten psyykkisten ja fyysisten tilojen kanssa. (Kaski ym. 2009, 16.)

Normaalisti suurin osa kehitysvammoista todetaan jo lapsuudessa ja usein jo sikiöaikana erilaisien sikiö- ja lapsivesitutkimusten avulla. Vaikeimmat vammat pystytään diagnosoimaan jo hyvin varhaisessa vaiheessa, lievemmän kehitysvammaisuuden huomaaminen sikiövaiheessa on hankalampaa. Usein lievemmät kehitysvammat huomataan lapsen käydessä koulua, jolloin opettajat havaitsevat lapsella esimerkiksi hidassoppisuutta tai eriasteisia oppimisvaikeuksia. Kehitysvammadiagnoosin saaminen edellyttää psykologisia, sosiaalisia sekä lääketieteellisiä tutkimuksia. Diagnoosin saamisen jälkeen seuraa lapsen palvelutarpeen arviointi, jonka pohjalta lapselle laaditaan erityishuolto-ohjelma sekä kuntoutussuunnitelma. (Malm ym. 2004, 166.)

Suomessa elää noin 1,1 miljoonaa alle 18-vuotiasta lasta. Tutkimukset kertovat, että yli yhdellä prosentilla lapsista on kehitysvammoja. Tämän mukaan Suomessa elää reilu 10 000 kehitysvammaista lasta. Vähintään 93 prosenttia alle 18-vuotiaista kehitysvammaisista asuu vanhempiansa tai toisen vanhempansa luona. (Niemelä & Brandt 2008, 57.)

5.4 Kehitysvammaisen lisävammat ja sairaudet

Kehitysvammaisilla henkilöillä todetaan hyvin usein myös muita kehityshäiriöitä, lisävammoja ja –sairauksia. Näitä ovat esimerkiksi aisti-, puhe- ja liikuntavammat, epilepsia, autismi, mielenterveyshäiriöt sekä haastava käyttäytyminen. (Kaski ym. 2009, 19.)

Kehitysvammaisuuteen liittyy vaikeus pitää toimintaa kurssissa eli toiminnan ohjauksen vaikeuksia. Tämä edellyttää ohjaajalta pitkäjänteisyyttä, mukana tekemistä sekä ohjeiden antamista. Erilaisten lisävammojen ja sairauksien myötä voidaan tarvita myös lääkehoitoa sekä apuvälineitä. Apuvälineiden avulla hoidettavan toimintamahdollisuudet helpottuvat esimerkiksi ruokailutilanteissa,

kommunikoinnissa, WC:ssä asioinneissa, aistien toiminnoissa, liikkumisessa ja pukeutumisessa. On myös hyvin yleistä, että kehitysvammaisella on puheen ymmärtämiseen tai tuottamiseen liittyviä vaikeuksia, jotka vaikuttavat henkilön sosiaaliseen kanssakäymiseen ja saattavat pahimmillaan aiheuttaa jopa haastavaa käyttäytymistä. Kommunikointia tukevia tapoja ovat mm. viittomat ja kuvilla kommunikointi. Kuukkanen toteaa, että kommunikointitapaan panostaminen on tärkeää, koska jokaisella ihmisellä on oikeus tulla ymmärretyksi. (Kuukkanen 2008, 70.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusaiheen valinta ja rajaus

Lyhytaikaiselle perhehoidolle on Kaakkois-Suomen alueella suuri tarve ja perhehoitajia tulisi saada lisää. Kunnat ovat tiedostaneet nämä tarpeet ja todenneet, että lyhytaikaista perhehoitoa on kehitettävä. Samalla Kaakkois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskuksen Socomin vammaistyön kehittämisverkosto on kehittämässä lyhytaikaisen perhehoidon toimintaohjeita sekä järjestämässä alueellista perhehoitajakoulutusta. Toimintaohjeiden avulla pyritään varmistamaan perhehoidon vahvistuminen sekä yhtenäisten työkäytäntöjen muodostuminen kaikkiin alueen kuntiin. Ohjeiden on määrä valmistua syksyllä 2010.

Socomin kehittämissuunnittelija Niina Parkkunen kysyi meiltä, olisimmeko kiinnostuneita tulemaan mukaan toimintaohjeiden valmistelutyöhön opinnäytetyön merkeissä. Olemme molemmat työskennelleet aikaisemmin Socomin erilaisissa projekteissa, joten Socom oli ennalta meille tuttu. Lisäksi olemme kiinnostuneita vammaisten ihmisten hyvinvoinnista ja työskennelleet heidän parissaan, joten päätimme tarttua tilaisuuteen.

Työmme on jatkoa Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijoiden, Pirjo Herttuaisen ja Irma Parikan (2010) tekemälle tutkimukselle, jossa kartoitettiin

erityislasten- ja nuorten perheiden ja omaishoitajien tarpeita lyhytaikaishoidolle. Myös Kaakkois-Suomessa kesällä 2008 toteutetun kuntakyselyn mukaan (Herttuainen, Orkamaa & Parkkunen, 2008) erityislasten ja -nuorten lyhytaikaishoitopalvelut eivät vastanneet kunnissa esiintyviin tarpeisiin.

Näiden aikaisempien tutkimusten mukaan perheet kaipasivat kodinomaista hoitoa asumisyksiköiden ja laitosten sijaan. Siksi juuri perhehoito on aihe, johon rajasimme tutkimuksemme ja jätimme muut lyhytaikaishoitomuodot pois. Lyhytaikaisesta perhehoidosta löytyy hyvin vähän aikaisempaa tutkimusta ja nimenomaan lyhytaikaisiin perhehoitajiin kohdistuvaa tutkimustietoa emme löytäneet lainkaan.

Halusimme rajata opinnäytetyön koskemaan lapsien ja nuorten lyhytaikaista perhehoitoa, koska muutoin työstämme olisi tullut liian laaja. Suomessa lyhytaikaista perhehoitoa tarjotaan myös aikuisille sekä vanhuksille. Uskomme, että tutkimus antaa samalla tietoa myös aikuisten ja vanhusten lyhytaikaisen perhehoidon kehittämiseksi.

6.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa lyhytaikaisesta perhehoidosta, jotta hoitomuotoa voitaisiin kehittää ja alalle saataisiin houkuteltua lisää perhehoitajia.

Tutkimuksen tavoitteista nousivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisena lyhytaikaiset perhehoitajat kokevat koulutuksellisen, ohjauksellisen ja rahallisen tuen?
2. Miten lyhytaikaista perhehoitoa voidaan kehittää, jotta työstä saataisiin houkuttelevampaa?
3. Millaisia asioita on hyvä ottaa lyhytaikaisen perhehoitotyön onnistumisen kannalta huomioon?

6.3 Tutkimusmenetelmät

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Hirsjärven ym. (2009, 161) mukaan sitä ei voi kuvata määrällisesti, koska todellisuus on moninaista. Laadullisen tutkimuksen osallistujiksi valitaan sellaiset henkilöt, jotka parhaiten tietävät kokemuksellisesti tutkittavasta asiasta (Kylmä & Juvakka 2007, 144).

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä intensiivinen perehtyminen tutkimuskenttään sekä kohderyhmälle ominaisen ajattelutavan tavoittelu tutkittavien näkökulmasta. Tutkija pyrkii tuomaan esiin yksilöllisiä merkityksenantoja, joita tutkittavat henkilöt erilaisille ilmiöille antavat. Samalla laadullista tutkimusprosessia voi kuvata tutkijan oppimisprosessiksi, jossa tutkijan tietoisuus tarkasteltavasta ilmiöstä ja sitä ohjailevista tekijöistä kasvaa prosessin edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen tutkimusväline on tutkija itse. (Kiviniemi 2007, 76.)

Kiviniemen (2007, 70) mukaan voidaan aineistoon liittyvien näkökulmien ja tulkintojen katsoa kehittyvän tutkijan tietoisuudessa tutkimusprosessin edetessä nimenomaan siksi, koska tutkimuksessa aineistonkeruun väline on inhimillinen eli tutkija henkilönä. Myös Eskola ja Suoranta (2003, 15–16) toteavat, että laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu se, että tutkimussuunnitelma saattaa elää tutkimuksen edetessä. Samalla tutkimuksen eri vaiheet, aineistonkeruu, analyysi, tulkinta ja raportointi, kietoutuvat yhteen ja niitä voi olla hankala erottaa toisistaan.

Teemahaastattelu

Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi puolistrukturoidun haastattelun eli teemahaastattelun, koska halusimme kerätä perhehoitajien henkilökohtaisia ajatuksia, kokemuksia ja mielipiteitä. Haastattelemalla heitä kiireettömässä

ympäristössä, heidän omissa kodeissaan saimme mahdollisuuden nähdä ja kokea perhehoitajien arkea ja tutustua heihin myös henkilöinä.

Haastattelua voidaan yksinkertaisesti sanoa tilanteeksi, jossa haastatteliija esittää kysymyksiä haastateltavalle. Perinteisestä kysymys-vastaus haastattelusta on siirrytty enemmän keskustelunuomaisempiin haastattelutapoihin. Haastattelun vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Teemahaastattelussa on etukäteen määrätty haastattelun aihepiirit ja teema-alueet. Teemahaastattelussa haastatteliija varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt aiheet käydään haastateltavan kanssa läpi, mutta kysymysten järjestys sekä laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. (Eskola & Suoranta 2003, 85, 86.)

Haastattelulomakkeet

Koska kaksi perhehoitajista asui pitkän välimatkan päässä, postitimme heille haastattelulomakkeet, joissa oli samat avoimet kysymykset kuin haastattelujen apuna käyttämässämme kyselylomakkeissa. Tiesimme jo etukäteen, että lomakkeilla emme saa niin yksityiskohtaista tietoa kuin haastatteluista, koska lomakkeissa on rajallinen määrä kirjoitustilaa, eikä lomakkeessa ole mahdollista esittää haastattelutilanteessa muodostuvia tarkentavia lisäkysymyksiä.

6.4 Tutkimusaineiston hankinta

Etsimme haastateltavia vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten lyhytaikaisista perhehoitajista tutkimukseemme Socomin, Kaakkois-Suomen kuntien vammaispalvelujen sekä Kehitysvammaisten Palvelusäätiön kautta. Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisia perhehoitajia oli alueellamme vain muutamia. Alueemme perhehoitajien vähäisen määrän vuoksi selvitimme mahdollisuutta saada haastateltavia myös muilta alueilta. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän sosiaalityöntekijän tuella saimme tähän opinnäytetyöhömme haastateltavia myös Pohjois-Karjalan alueelta.

Kolme haastateltavista toimii Kaakkois-Suomen alueella ja kaksi Pohjois-Karjalan alueella. Pyysimme tutkimusluvut kolmesta eri kunnasta ennen haastatteluihin ryhtymistä. Saatuaamme perhehoitajien yhteystietoja otimme heihin henkilökohtaisesti yhteyttä ja kysyimme suostumusta haastatteluun.

Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisena perhehoitajana toimimisesta. Haastattelut Kaakkois-Suomen alueella suoritettiin perhehoitajien kodeissa ja käytimme tukenamme puolistrukturoitua kyselylomaketta (Liite 2) sekä nauhuria.

Pohjois-Karjalan alueen haastattelut tehtiin postitse haastattelulomakkeiden avulla. Pitkän välimatkan vuoksi postitettiin kahdelle lyhytaikaiselle perhehoitajalle kyselylomakkeet, jotka sisälsivät samat avoimet kysymykset kuin haastatteluissa käytettävät lomakkeetkin.

Kahdella henkilökohtaisesti haastateltavalla oli samanaikaisesti hoidettavia sekä muita perheenjäseniä kotona haastattelun aikana, mutta emme koe näiden häirinneen haastattelutilanteita. Kukin haastattelu kesti noin tunnin verran.

Kyselylomake (Liite 1) sisälsi puolistrukturoituja, avoimia sekä suljettuja kysymyksiä. Kysymyksiä oli yhteensä 47 ja niitä oli tarkoituksella runsaasti, koska halusimme tutkia perhehoitoa mahdollisimman monesta näkökulmasta eikä meillä ollut itsellämme tietoa lyhytaikaisesta perhehoitotyöstä. Haastatteluissa poimimme tilanteisiin sopivat kysymykset niin, että saimme jokaiseen teemaan kaipaamamme vastaukset. Lisäksi saatoimme tarkentaa vastauksia sekä esittää lisäkysymyksiä aiheeseen liittyen.

6.5 Aineiston litterointi ja aineiston analyysi

Haastattelujen jälkeen litteroimme haastattelut eli kirjoitimme ne sanasanaisesti puhtaaksi paperille nauhurin tiedostosta. Emme valikoineet aineistosta vain tiettyjä kohtia, vaan litteroimme kaikki haastattelut alusta loppuun.

Aineiston analyysi on yksi tutkimuksen ydinasioista, ja siihen tähdätään jo tutkimuksen aloitusvaiheessa. Tutkijalle selviää analyysivaiheessa, millaisia vastauksia hän asettamiinsa kysymyksiin löytää. Voi käydä myös niin, että analyysiä tehdessään tutkijalle selviääkin, miten ongelmat olisi alun perin pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Sisällön analyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysissä järjestetään, kuvaillaan ja kvantifioidaan tutkittavaa ilmiötä. Tarkoituksena on rakentaa malleja, joissa tutkittava ilmiö esitetään tiivistetyssä muodossa ja jonka avulla se olisi helpompi käsitteellistää. Analyysi suoritetaan joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Tutkimuksen aineiston analysointi tapahtui deduktiivisen sisällön analyysin avulla, koska haastattelun ja lomakkeiden kysymykset olivat puolistrukturoituja. Deduktiivisessa sisällön analyysissä on valmis viitekehys, jonka avulla aineistoa analysoidaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7).

Haastattelulomakkeiden kysymykset oli jaettu eri teemoihin, joten teemat toimivat valmiina viitekehysinä aineiston analyysivaiheessa. Aineistoa analysoidessamme muodostimme teemojen mukaisia analyysirunkoja, joihin poimimme sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta ja samalla tutkimme, kuinka moni haastateltava ilmaisi kyseisen asian. Yleisimmistä vastauksista muodostimme johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta. Aineistoa analysoidessamme varsinaiset tutkimuskysymykset muuttuivat useaan otteeseen, mikä kuuluu laadullisen tutkimuksen luonteeseen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Haastateltavat

Tutkimukseemme osallistui viisi naispuolista perhehoitajaa, joilla oli kokemusta lyhytaikaisesta perhehoidosta. Haastateltavien keski-ikä oli 49 vuotta. Kolmella

heistä oli sosiaali- ja terveysalan peruskoulutus ja kahdella ei ollut alaan liittyvää koulutusta lainkaan. Työkokemusta lyhytaikaisesta perhehoidosta heille oli keskimäärin kertynyt 5,6 vuotta. Heistä kolme asui aviopuolison ja omien lasten kanssa ja kaksi asui yksin lasten muutettua pois kotoa. Yleisin asumismuoto oli omakotitalo taajamassa tai maaseudulla.

7.2 Koulutuksellinen tuki

Haastateltavat olivat saaneet varsinaista perhehoitoa koskevaa koulutuksellista tukea pääosin muutamilta, lyhyiltä teemapäiviltä ja luennoilta, jotka olivat sijoittuneet perhehoidon aloittamisen yhteyteen ja olivat koskeneet yleisesti lyhytaikaisena perhehoitajana toimimista. Haastatteluista päätellen varsinaista perhehoitoa koskevaa koulutusta perhehoitajat olivat saaneet hyvin vähän, vaikka se katsottiin tarpeelliseksi.

Vain yksi haastateltava sanoi, ettei käyttäisi koulutusta, vaikka sitä olisi tarjolla, koska hänellä oli alan koulutus ja lisäksi hän oli työskennellyt vammaisten parissa ennen perhehoitajaksi ryhtymistä. Hän ei siis katsonut koulutusta tarpeelliseksi.

Pyysimme heitä arvioimaan haastatteluhetken mennessä saadun koulutuksen laatua numeroasteikolla 4-10. Koulutuksen laatu keskiarvoksi muodostui 7,5.

Toiveita koulutuksen laadun parantamiseen

Koulutuksen laadun parantamiseen he toivat seuraavanlaisia ehdotuksia: **alueellista koulutusta** olisi hyvä olla enemmän, jottei koulutukseen tarvitsisi matkustaa pitkiä matkoja. Perhehoitajana toimiva saattaa käydä arkipäivinä töissä ja siksi koulutusten olisi hyvä olla lähiseudulla ja mieluiten arki-iltaisina. Viikonloppuisin koulutukseen voi harvoin osallistua, koska perhehoitajilla on silloin hoidettavia.

Myös **pidempiaikaisempaa ja laajempaa koulutusta** toivottiin. Toivelistalla oli esimerkiksi vammaisuutta, erilaisia diagnooseja, sairauksia ja myös lääkitystä koskevaa koulutusta. Eräs haastateltava kertoi, että hänen mielestään olisi

hyödyllistä, jos perhehoitajan työstä kiinnostuneella olisi ihan konkreettinen mahdollisuus käydä tutustumassa vammaisiin henkilöihin ennen työhön ryhtymistä, koska kaikilla ei ole mahdollisuuksia tutustua heihin. Hänen mielestään **työhön olisi hyvä saada jonkinlainen tuntuma**, ennen kuin siihen ryhtyy.

Myös perhehoitajille tarkoitettua **räätälöidympää koulutusta** toivottiin. Yhden haastateltavan mukaan tämänhetkinen koulutus on suunnattu yleisesti myös muille, kuten virkaa tekeville sosiaalialan työntekijöille, perhetyöntekijöille eikä nimenomaan perhehoitajana toimiville.

Et semmosii ihan räätälöityi koulutuksia, pelkästään perhehoitajille kyseisestä aiheesta, mikä ny onkaan mikäki kertana.

Kysyimme heiltä, vaatiiko heidän mielestään lyhytaikaisena perhehoitajana toimiminen alan peruskoulutuksen. Yleisin vastaus oli, että ei tarvitse, vaan tärkeintä on ihmisen ominaisuus ja luonne.

Voi olla kuka tahansa. Luonne ja sitten se, että kun tutustuu kunnolla siihen hoidettavaansa, että saa vanhemmilta tosi perusteelliset ohjeet että pärjää. Eihän ne vanhemmatkaan mitään koulutusta oo saanu, että se on se kantapään kautta oppiminen.

Ei, se on se ihmisen ominaisuus. Sanotaan, et voi olla sosionomi perhehoitajana tai ihan perusihminen tai kel ei oo koulutusta perhehoitajana niin se ei välttämättä se koulutus ei merkkää et se ois pätevä perhehoitaja, se on se ihminen itessään.

7.3 Ohjauksellinen tuki (työnohjaus, perehdytys)

Neljällä haastateltavista oli mahdollisuus saada työnohjausta joko kunnalta tai säätiöltä. Yhtä perhehoitajaa lukuun ottamatta muut haastateltavat kokivat työnohjauksen tärkeäksi.

Eräällä perhehoitajalla oli esteitä päästä työnohjaukseen, ja siksi hän ei voinut sitä käyttää.

Työnohjaukseni on aika minimissä. Varsinaisiin työnohjauksiin en voisi osallistua, koska olen päivätyössä.

Yksi haastateltavista, joka ei ollut kuullut koskaan varsinaisesta työnohjauksesta, toivoi, että joku tulisi joskus käymään ja katsomaan, miten hän kotonaan toimii. Hän sanoi kyllä kyselevänsä mahdollisimman paljon lasten ja nuorten vanhemmilta sekä sosiaalitoimistolta, mikäli hänellä on epäselvyyksiä.

Lähinnä mie olisin toivonu kun mie otan lapset ihan viikonloppuna, ainakin joku tulis katsomaan, et miten mie toimin ja varmistaa et onks lapset ihan kunnossa.

Ne kaksi henkilöä, jotka olivat käyttäneet työnohjausta, arvioivat työnohjauksen arvosanaksi 9 (numeroasteikolla 4-10). He molemmat antoivat erityismaininnan sille, että he saavat tarvittaessa ohjausta myös puhelimitse varsinaisen työnohjauksen ulkopuolella.

Ohjauksessa kehitettävää

Kaksi haastateltavaa toivoi, että **puhelintyönohjaus olisi mahdollista**, koska heillä ei ole mahdollisuutta päästä työnohjaukseen.

Erään haastateltavan toive oli, että **työnohjaus olisi itsestäänselvyys**, ja se **kirjattaisiin toimeksiantosopimukseen**. Lisäksi korostettiin, että **työnohjaajan tulisi olla hyvin perillä esimerkiksi vammaisista ja pitkäaikaissairaista, eli olla ns. sisällä hoidettavan asioissa**. Eräällä oli omakohtaista kokemusta siitä, että työnohjaaja ei ollut yhtään perillä lapsen asioissa, eikä hän näin saanut ohjaajalta kaipaamaansa tukea.

Työhön perehdytys

Yleisintä oli, että hoidettavan perhe tuli **tutustumiskäynnille** perhehoitajan kotiin. Yhdessä tapauksessa perhehoitaja meni itse hoidettavan kotiin tutustumaan lapseen ja hänen perheeseensä. Normaalisti alussa oli ollut vain yksi tutustumiskerta.

Ei sen kummemmin ole perehdytetty. Yksi tutustumiskäynti ja sitten hoitajaksolle.

Haastatteluissa todettiin, että mitä pidempään työssä on toiminut, sitä vähemmän perehdytystä kaivataan kuitenkin huomioiden se, että jokainen hoidettava on oma yksilönsä ja jokaisella perheellä on omat tapansa, jotka tulee ottaa huomioon.

Mitä pidempään tätä on tehnyt ni sen vähemmän tarvii semmosta. Voi ottaa akuutimmin lapset vastaan kun rupee ole aika paljon kokemusta erilaisista sairauksista ja allergioista ja epilepsiasta sillee.

Perehdytyksessä kehitettävää

Yleisesti perhehoitajat olivat tyytyväisiä saamaansa perehdytykseen. Kuitenkin muutamia kehitysehdotuksiakin ilmeni.

Perhehoitajien mukaan mahdollisia **ongelmatilanteiden esilletuloa ei tuoda perehdytyksessä riittävästi esille**. Olisi siis toivottavaa, että **vanhemmat olisivat mahdollisimman avoimia ja kertoisivat myös aremmista asioista perhehoitajalle**.

Se et rehellisesti kertois kaikki, ettei pimitä semmoista, mikä vois olla vähän arempaa tietoa heidän mielestä, koska se voi taas olla semmosta ratkaisevaa tietoa taas meidän päässä.

Kahdella perhehoitajalla oli käytössä **kaavake**, jonka he antoivat vanhempien täytettäväksi hoitosuhteen alussa. Kaavakkeeseen kirjattiin lapsen tärkeät tiedot, kuten allergiat ja sairaudet sekä mahdolliset nukkumisrituaalit, lempilelut, sanat, joita lapsi ei ymmärrä tms. Heille kaavake toimi hyvänä tukipaperina, jonka pystyi tarvittaessa ottamaan esille.

Yhdelle haastateltavalle perehdytys ei ole ollut riittävää, eikä hänelle ole kerrottu tarpeeksi hoidettavien sairauksista tai vammoista.

Sen puoleen perhehoitajaa tulis perehdyttää tai kouluttaa vähän enemmän, että tietää näitä juttuja, mutta sitä ei kerrota esimerkiksi miulle, et mitä sairauksia heillä on. Ei oo kerrottu, en tiedä. Sen verran vain, et mitä lääkkeitä tulee ja milloin annetaan.

7.4 Rahallinen tuki

Kaikki perhehoitajat olivat sitä mieltä, että **perhehoitajan palkkiot eivät ole vielä riittäviä**, vaikka kehitystä parempaan on jo tapahtunut.

Sitä nostettiin, että olisi parempi toimeentulo, on silti aika pientä.

Riippuu ihan lapsesta ja nuoresta, välillä tuntuu ihan et on helpompaa ja sit välillä tuntuu et ei oo. Sanotaan, et työn vaativuus ja raskaus on kyllä suurempi kuin se palkkio mitä siit jää verojen jälkeen käteen.

Ei ne mitään huippuja oo ku aattelee et miten paljon maksaa, jos se lapsi olis laitoksessa niin se on edelleen edullista.

Haastateltavissa herätti keskustelua se, että **palkka on sama yhdeksästä tunnin työrupeamasta kuin koko vuorokaudestakin**. Lyhytaikaiselle perhehoitajalle **ei myöskään makseta erillisiä yötyö- tai viikonloppulisiä**.

Sitä ei huomioida mitenkään, että se lapsi on yönkin, että se on sama korvaus niin tuosta yhdeksästä tunnista kuin kahdestakymmenestäneljästä niin se heittää tässä vaiheessa katkeraksi, et jos alkaa katkeroitumaan, niin yötyölisä nolla, pyhätyölisä nolla, että kaikki on samaa ja siitä tää on just ilkeetä, että jos tästä huonoja puolia haetaan...

..eihän ne vanhemmat halua lomaa niille arkipäiville vaan et se on aina viikonlopputyötä ja sitten kuitenkin siitä ei tule mitään viikonloppukorvausta, että siinä on se huono.

...sitten saa itte tämmösen tilinauhan, missä on pelkkiä nollia näissä kaikissa lisissä, niin sitten joskus tulee semmonen olo, että onks tää ihan oikein että onks tää hyväkskäyttöö?.

Jos mie olisin ihan oikeesti töissä, ni viikonlopun voisin saada nyt ihan enemmän, niin ja viikonlopun kaiken korotuksen sille.

Myös **kuntien väliset erot palkkioiden ja kulukorvausten määrissä** puhututtivat.

Se riippuu joo ihan kunnasta, eri kunnissa on erilaista”

Et huomattavasti paremmaksi on menossa, et mun mielestä on hyvä, et ne yhtenäistää nää palkkiot et siin ei oo enää tätä kuntien väleillä ihan hirveitä eroja.

Eräs perhehoitaja ei ollut tyytyväinen siihen, että **kulukorvaukset eivät kartuta eläkettä**. Lisäksi **kulukorvauksen veronalaisuus** mietitytti erästä toista haastateltavaamme.

Ihan yllätys, ku ekaks me sovittiin, et ruokaraha on verotonta, mut kyllä siitä menee vero ja sitten pitää hakea veronpalautus sille.

Palkanmaksun kanssa perhehoitajat eivät olleet kohdanneet ongelmia. Kaikkien perhehoitajien tuli ilmoittaa kirjallisesti tehdyt tunnit kunnalle tai säätiölle määräpäivään mennessä. Ne perhehoitajat, jotka toimivat esimerkiksi Kehitysvammaisten palvelusäätiön alaisena, eivät olleet missään tekemisissä kunnan kanssa, vaan he ilmoittivat tehdyt tunnit suoraan säätiölle.

7.5 Yhteistyö vanhempien kanssa

Haasteita vanhempien kanssa toimittaessa

Pääosin yhteistyö vanhempien kanssa oli sujunut kaikilla hyvin. Yhteistyön sujumista katsottiin edesauttavan perhehoitajien yhteistyötaitojen sekä vanhempien kunnioituksen.

Perhehoitajat olivat kokeneet haasteita vanhempien kanssa hoidettavien **ruokailuasioissa**, kuten erilaisissa makukäsityksiä ja ruokailukäytäntöjä. Erään hoitajan mukaan hän oli kohdannut myös **siistiksi opettamisessa**

erimielisyyksiä, koska hänellä oli käytössä erilaiset opetustavat kuin vanhemmilla.

Yksi perhehoitaja sanoi jännittäneensä alussa kovasti sitä, **vastaako hänen hoitotyönsä vanhempien mieltymyksiä**, koska hänen kohdallaan hoitosuhde ei ollut aina onnistunut, ja tällöin se ei ollut jatkunut yhtä kertaa pidempään.

Haasteita oli myös ilmennyt vanhempien odotuksissa perhehoidon ajankäyttöä ja tekemisiä kohtaan. Katsottiin, että **joillakin vanhemmilla saattaa olla liiankin suuret odotukset esimerkiksi hoitopaikan vapaa-ajan viettoon liittyen.**

Vanhemmat odottavat joskus, että perhehoitaja vie lapsen tapahtumiin, huvipuistoihin ja kylpylään omalla kustannuksella.

Yhden perhehoitajan hoitosuhde lapseen katkesi ensimmäisellä kerralla siihen, kun lapsi ei suostunut lähtemään millään hänen luotaan vanhempien tullessa hakemaan, koska lapsi oli viihtynyt hänen luonaan niin hyvin. Hän sanoi, että se oli varmasti kova paikka vanhempien itsetunnolle.

Vanhempien odotuksia perhehoitajalta ja perhehoidolta

Yleisimpinä vanhempien odotuksina korostuivat **yhteistyökyky** sekä **aito välittäminen hoidettavasta.**

Heitä ei kiinnosta yhtään minkälaiset olot teillä on kun he näki, minkälainen mie oon, että mie rakastan sitä lasta heti ensi silmäyksestä. Niin heille riitti se. Että heille ei merkitse seinät mitään, et niinku se äiti sanoikin, seinillä ei ole yhtään väliä vaan sydämellä.

Haastatteluista myös paljastui, että vanhemmat **odottavat hoitajan perehtyvän kunnollisesti hoidettavaan** sekä arvostavat **kokemusta vammaistyöstä.** Myös se, että **hoitaa hoidettavaa vanhempien toivomalla tavalla**, eli kuten vanhemmat häntä kotonaan hoitavat, katsottiin tärkeäksi.

Yksi perhehoitaja paljasti, että toiset vanhemmat odottavat perhehoitajalta myös **apua, neuvoa ja kannustusta**.

Et semmosii omii vahvistavii et jos joku mietityttää joku asia ni on joku jonka kans jakaa joka hoitaa hänen lastaan, joka tuntee sillee sen lapsen, eli paljon myös kasvatuksellista on.

7.6 Hoidettavat

Perhehoitajilla oli ollut tähän mennessä keskimäärin viisi lasta tai nuorta lyhytaikaisessa perhehoidossa. Yhdellä heistä oli ollut huomattavasti enemmän, yli kaksikymmentä. Hoidettavien määrä yhtäaikaisesti vaihteli yhdestä kolmeen. Huomioitava asia oli mielestämme se, että jotkut vanhemmat haluavat, että **heidän lastaan tai nuortaan hoidetaan perhehoidossa yksin**, jotta hoidettava saa mahdollisimman paljon huomioita osakseen.

Hoidettavien vammoihin ja diagnooseihin kertyi hyvin pitkä ja kirjava lista. Listassa oli mm. CP-vammaa, kehitysvammaa, erilaisia kehitysviivästyksiä, autismia, mongoloidia, ADHD:ta, AGU:a, mielenterveysongelmia, epilepsiaa, reumaa, astmaa ja erilaisia allergioita.

Haasteita hoidettavien kanssa

Yleisimmin mainittu haaste oli **masennuksen ja mielenterveysongelmien kohtaaminen** lapsen kohdalla sekä se, ettei ongelmiin ollut lyhytaikaisessa hoidossa mahdollisuuksia puuttua.

Varmaan tunnepuolen asiat on ne rankimmat, et ne hoidolliset ja lääkinnälliset niin ne tulee siin sivussa.

Myös **omanlaisen vuorovaikutussuhteen ja kommunikointitapojen opettelu** oli ollut haasteellista. Eräs haastateltava sanoi saaneensa apua hoidettavan kommunikointiongelmiin kuvakorttien avulla.

Yksi perhehoitaja sanoi kohdanneensa pelottavia tilanteita, kun eräs hänen hoidettavistaan sai **vakavan kohtauksen** keskellä yötä, eikä hän pystynyt tekemään muuta kuin toivomaan, että hoidettava säilyisi hengissä. Hän totesi puheessaan, että **työtä tehdään usein yksin**, ja se asettaa työlle omat haasteensa.

Siinä tulee semmonen voimattomuuden tunne et mitään sie et pysty tekemään, että se on, tuntuu aika hurjalta. Et siinä vaiheessa kokee oikein sen, et mitä on yksin työn tekeminen. Että laitoksessa sie harvemmin oot paitsi sen yön oot yksin tai silloinkin on joku takavarapäivystäjä jossakin toisella osastolla.

Eräs hoitaja kertoi, että kerran hänelle tuli hoidettavaksi isokokoinen, murrosikäinen kehitysvammainen nuori, joka saattoi saada raivokohtauksia. Jälkeenpäin hän sai selville, että se oli ollut **pelottava kokemus** koko perheelle, etenkin perheen pienimmille lapsille.

Erään perhehoitajan mielestä hänellä riittää haasteita, kun hän hoitaa kahta **murrosikäistä hoidettavaa** usein yhtä aikaa. Hän kuvasi tilannetta seuraavanlaisesti:

Välillä saattaa tulla silleen, ettei meinaa tulla mitään, lähetään ulos, ei lähetä, syödään, ei syödä, ruoka on ihan huonoa, ei sen kummempaa.

Eräs koki samalla haastavaksi myös sen, **onnistuuko hän hoidollisissa toimenpiteissä** kuten esimerkiksi jumpissa niin, että ne tehdään oikein ja että niistä on myös hoidettavalle hyötyä. Hän piti samalla haastavana sitä, onnistuuko hän antamaan **lapselle tarpeeksi oikeanlaisia virikkeitä**.

Hoidettavien sopeutuminen perhehoitoon

Hoidettavat olivat yleisesti sopeutuneet perhehoitopaikkaan hyvin.

Ei ole ollut vaikeuksia, että päinvastoin.

Tosi hyvin ku sit mieltii vielä et meil ei oo ylä eikä alaikärajaa et meil on pienin kolmeviikkoisena tullu ja vanhin on kuusitoista vuotiaana tullu, et nekin on teini-ikäisenä sopeutunu kuin kotiinsa nopeasti.

Eräs haastateltavista sanoi, että yksi sopeutumista edesauttanut tekijä on ollut hänen omat lapsensa.

Se on varmaan se et nää lapset auttaa toinen toisiaan sopeutumaan.

Jos hoidettavilla oli ollut sopeutumisongelmia, niin ongelmat ovat johtuneet siitä, että heillä on ollut **vaikeuksia irtaantua kotiympäristöstä ja tutustua uusiin ihmisiin**. Joillakin hoidettavilla on esiintynyt **ujoutta**, mutta tutustumisen jälkeen arki on alkanut sujumaan.

Se ensimmäinen viikonloppu saattaa olla aika ujo ja uusi paikka ja uusi ihminen, mut sitten seuraava kun ollaan vähän tutustuttu ni on kiva tulla tänne ja silleen.

Hoidettavien apuvälineet ja kodin muutostyöt

Halusimme myös kartoittaa, millaisia apuvälineitä hoidettavilla on ollut. Haastateltavat luettelivat mm. seuraavia apuvälineitä, joita he ovat työssään tarvinneet: seisomateline, rollaattori, pyörätuoli, kuvakortteja, polvituki, niskalasta, rannelasta, vaipat, tuttipullo, nokkamuki ja rattaat. Kolmella perhehoitajalla oli kotiin tehty muutostöitä. Eräällä heistä oli rakennettu kärrysilta ulko-ovelle, josta pääsee pyörätuolilla helposti ylös ja kahdella talo remontoitu niin, ettei kynnyksiä ollut lainkaan pyörätuolihenkilöitä helpottaakseen.

7.7 Lyhytaikaiset perhehoitajat

Mikä sai lähtemään lyhytaikaiseksi perhehoitajaksi

Yleisin syy ryhtyä perhehoitajaksi olivat **henkilökohtaiset kokemukset vammaisten henkilöiden tai pitkäaikaissairaiden kanssa toimimisesta**.

Vammaisten ja sairaiden henkilöiden hoitaminen oli heille ennestään tuttua, joten **ennakkoluuloja ei ilmennyt**.

Motiivina oli myös **halu auttaa** vammaisen lapsen vanhempia. Yksi haastateltava oli ryhtynyt työhön, koska hänellä oli siihen **tarvittavaa aikaa**, etenkin kesäaikana. Yksi perhehoitajista **halusi työn, jota voi tehdä kotona**. Lisäksi hänellä oli takanaan työkokemusta vammaisten henkilöiden parista sekä alan koulutus.

Kun omat lapset toivoi, että äiti olis kotona ja sitten tää on hyvin herkästi kolmivuorotyötä, jos tällä koulutuksella menee johonkin. Niin sitten mie ajattelin että olispa sellainen ammatti että sais kotona hoitaa.

Yhden haastateltavan perheellä oli ollut vuosia halu ryhtyä työhön, koska heidän suvussa oli ollut aikaisemminkin hoidettavia.

Millaisia ominaisuuksia lyhytaikaisella perhehoitajalla on hyvä olla

Kärsivällisyys oli kaikkein yleisin perhehoitajien mainitsema ominaisuus. Lisäksi heidän puheessaan esiintyivät samankaltaiset sanat kuten **pitkäjänteisyys ja rauhallisuus**.

Se kärsivällisyys on se sana. Se on, sitä vaatii. Pitkää pinnaa vaatii koko porukalta.

No pitäis olla niinku kärsivällisyyttä ja ymmärrystä lapsista. Kaikki ei oo samanlaisia, vaan kaikki on ihan erilaisia, vaikka ne on kaikki luokitellaan vähän vammaisiksi.

Normaalia pitkäjänteisyyttä ja rauhallisuutta.

Kuvauksissa tulivat myös esille perhehoitajan **hyvä sydän, rakkaus, empaattisuus, äidillisyyys, ja isällisyys**. Myös **rakkaus lapsia kohtaan, ajan antaminen, halua auttaa sekä maalaisjärjen käyttö** koettiin vahvuuksiksi.

Iso avara sydän, aito halu auttaa, empaattisuutta, lämpöä, kykyä näyttää tunteita ja rakastaa myös vieraita lapsia ja uskaltaa kiintyä, antaa aikaa ja huomiota, maalaisjärjellä, ei korkeasti koulutettu tarvi olla, maisteri, perusihminen.

Sosiaalinen, kärsivällinen, äidillinen ja isällinen

Myös **kekseliäisyys** sekä **kotitaloustaidot** nähtiin vahvuutena.

Kekseliäisyyttä pulmatilanteiden varalle.

Kotitaloustaitoja tietenkin vaaditaan, ei saa laskea työtunteja.

Haastateltavien omat vahvuudet ja ominaisuudet

Samat asiat kuin edellä korostuivat myös heidän omaksi katsomissaan luonteenpiirteissä. Yleisimpänä vahvuutena nähtiin jälleen **kärsivällisyys** ja **pitkäjänteisyys**.

Toinen piirre, joka esiintyi lähes jokaisen vastauksessa, **oli yhteistyökyky, kyky tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa sekä sosiaalisuus**. Tähän liittyi läheisesti myös kahden henkilön vastauksissa **ennakkoluulottomuus sekä vammaisista henkilöistä pitäminen ja heidän kanssaan toimeen tuleminen**.

Yhteistyökyky on kyllä suurin mikä on, yhteistyötä tehdään niin kunnan kuin vanhempien kaa.

Mie tykkään lapsista, ja jotenkin minuun vetää niinku vammaisten lasten kanssa se on, mie tulen toimeen niiden kanssa, ja se on niin ihan ihanaa.

Kolmanneksi yleisin piirre oli **rakkaus**, johon taas liittyi läheisesti myös **halu auttaa, lapsista pitäminen, valmius antaa lämpöä, empaattisuus ja kiintymyksen osoittaminen**.

Melkein semmonen, et ihan oikeesti halua olla ja auttaa, aikaa, on valmis antamaan niinku lämpöä, kiintymystä ja kaikkea muuta myös ei biologisille lapsille, eli pystyy olemaan sellainen empaattinen.

Muina vahvuuksina nähtiin **kokemus lasten hoidosta** sekä **kotiaskareista pitäminen**.

Miten työ on vaikuttanut perhehoitajaan ihmisenä

Yleistä oli, että perhehoitajien arvot ja asenteet olivat muuttuneet työkokemuksien tai henkilökohtaisten kokemusten myötä jo ennen lyhytaikaisen perhehoidon aloittamista, mutta myös perhehoitajan työ oli muokannut heidän arvomaailmaansa. He kokivat muuttuneensa **hyväksyvämmiksi erilaisuutta kohtaan** sekä **avarakatseisemmiksi**.

Mulla on ollu aina arvot aika justinsa siellä lapsissa, et lapset ensin ennen kuin tota ois perhehoitajana aloitellut.

Semmonen herkästi syyllistävä asenne on karissut pois entisestään, viel enemmän osaa katsoa avarasti näitä asioita.

Eräs perhehoitaja sanoi, että on varmasti muuttunut ihmisenä ja hän voisi tänä päivänä hoitaa lapsia jopa ilman palkkiota.

Ihan varmasti, nää lapset on niinku kerta kaikkiaan ihania. Mie voin luulla, että mie hoidan heitä ilman palkkaa, mut loppujen lopuksi niinku nää lapset antaa monenkertaista.

Perhehoitajan työssä palkitsevinta

Palkitsevimpana tekijänä nähtiin se, **että lapsi tai nuori sekä hänen perheensä ovat tyytyväisiä hoitoon** ja että he **kokevat onnistuneensa työssään**.

Sitten kun toisten äidit sanoo, kun hän oven perästä kiinni painaa niin hänen ei tarvi yhtään ajatella, että kun ei tarvi surra kun tietää, että te pärjätte. Ne tuntuu mukavalta.

Lapsi tykkää olla hoidossa, sanoo, että on mukava olla meillä, kysyy milloin tulee seuraavan kerran. Koko perhe on tyytyväinen hoitoon.

Myös se, että **saa olla avuksi joillekin vanhemmille** antamalla omaa aikaa heidän lapselleen, oli eräälle työssä kaikkein palkitsevinta.

Että tietää, että joku tarvitsee minua, minulla on aikaa sen verran että mie voin antaa.

7.8 Perhehoitajan oma perhe

Oman perheen suhtautuminen perhehoitoon

Kaikkien perheellisten mukaan perheenjäsenet olivat tähän mennessä sopeutuneet hyvin perhehoitoon. Etenkin **omien lasten positiivinen suhtautuminen hoitolapsiin koettiin ehdottomaksi**. Yksi haastateltavista ei pystynyt vastaamaan tähän kysymykseen, koska hän asui yksin. Toisella haastateltavalla omat lapset olivat muuttaneet jo pois kotoa, mutta hän pystyi vastaamaan kysymykseen siltä ajalta, kun lapset vielä asuivat kotona.

Biologiset lapset on ollu alusta asti mukana, et ne on tienny kokoajan, et erilaiset biologiset lapset jos ois niin ei tää onnistuiskaan.

Alun perin niinku nää biologiset lapset on ollu ja on edelleen sitä mieltä et niin paljon he ei oo menettäny ku mitä ne on saanu ja ne on aina vaan valmiita ottamaan lisää lapsia vastaan. Suurin merkitys on sillä minkälaiset on biologiset lapset ja miten he hyväksyy ja minkälainen empatiakyky heillä on ja noin sanottuja hoivaviettäisiä lapsia. Et sit jos ne biologiset on hirveen vastahankaan niin kyl se sit hankaloituu, eihän siihen kukaan asetu eikä tätä vois tehäkkään sitten jos biologiset lapset kärsis.

Kahdella haastateltavien omilla lapsilla oli ilmennyt jonkinasteista mustasukkaisuutta, mutta ei mitenkään häiritsevän paljon.

Myönteisesti kokeneet. Yleensä pitäneet hoitolasta kuin omaa sisarustaan. Nuorin lapsista välillä ilmaantunut mustasukkaisuutta, mutta kuitenkin odottaa milloin hoitolapsi tulee seuraavan kerran.

Lisäksi haastatteluista kävi ilmi, että myös perheen lemmikkieläimet on huomioitava perhehoitoon ryhdyttäessä. On otettava huomioon, onko hoidettavilla eläinallergioita tai vaikka pelkoja eläimiä kohtaan. Myös eläimet joutuvat sopeutumaan uusiin ihmisiin omassa kodissaan.

Oman perheen osallistuminen hoitotyöhön

Kahden perhehoitajan puoliset osallistuivat hoitotyöhön. Niissä kolmessa perheessä, jossa omat lapset asuivat kotona, lapset osallistuivat esimerkiksi hoitolasten leikittämiseen. Myös yhden haastateltavan kotoa pois muuttanut lapsi osallistui hoitolasten ulkoiluttamiseen aina silloin, kun oli kotona käymässä. Totesimme, että perhehoito ei ole ainoastaan perhehoitajan asia vaan perhehoitoon liittyy vahvasti koko perheen mukanaolo ja näin toteutuu se perhehoidon idea, että hoidettava on osa perheen arkea. Hoidettava saa perhehoitoperheessä myös uusia ihmissuhteita.

Mies yleensä käyttää saunassa ja ulkona mukana. Lapset askarrelleet, leikkineet, ulkoiluttaneet, retkillä käyty yhdessä.

Lapset sitten leikittää ja kyl ne niinku sit siinä arjessa aina tulee et hoitovastuutahan heillä ei ole, mut et jos mä lähden käymään Siwassa ni katotko sen aikaa jos on sellasii lapsii et pystyy jättämään. Tyttö vaihtaa vaipat tai jos me halutaan käydä saunassa tai syöttöapua.

Joo nuorempi x osallistuu, käy lenkillä tai pihalla.

Haastatteluista päättelimme myös sen, että kun hoidettava saa perhehoidosta turvallisen kuuluvuuden perheeseen ja uusia ihmissuhteita, se antaa samalla

myös paljon perhehoitoperheelle. **Perhehoitoperheen jäsenet oppivat ymmärtämään erilaisuutta ja oppivat ottamaan erilaiset ihmiset huomioon.**

Mutta sitten lapsia on kasvattanu kovasti varmasti, että he on ihan eri tavalla suhtautuvat kuin miten moni tuossa iässä suhtautuis.

7.9 Perhehoidon haasteista

Lyhytaikaisen perhehoidon sitovuus

Haastattelujen mukaan työ koettiin sitovaksi, mutta siinä pystyi myös joustamaan tarpeen tullen. Perhehoitajien hoitoajat vaihtelivat, joten tämäkin vaikutti työn sitovuuden kokemiseen. Myös se, ettei kehdannut kieltäytyä hoitovuoroista katsottiin sitovaksi.

Kyllä se sitoo jonkin verran, mutt joustojakin löytyy. Yleensä perhehoidossa kuluu yksi viikonloppu kuukaudessa.

Kyllä kun viikonloput menee, mutta voi myös joustaa ja joutuu sanomaan.

No tähän saakka niinku silleen mie oon vähän kiltti ihminen ja en osaa sanoa ei ja toisaalta mie ymmärrän niitä vanhempia.

Miten saada työstä houkuttelevampaa?

Perhehoitajien mielestä **palkkauksen nostaminen** voisi houkutella alalle lisää perhehoitajia. Oli myös pelkoa siitä, että jos korvauksia nostetaan, saattaisivat jotkut lähteä hoitajiksi puhtaasti ansaitsemismielessä, ja tällöin perhehoidon laatu huononisi. Työn houkuttelevuuden kannalta myös **eläkekertymää** pitäisi muuttaa samanlaiseksi kuin tavallisessa ansiotyössäkin.

Kun mie äsken puhuin niistä korvauksista, niin siinä sitten voi käydä niin, että jos niitä korvauksia nostaa, niin sitten joku voi alkaa niinku tienaamismielessä tehdä sitä ja sitten se menee pieleen taas, koska tätä ei voi tehdä rahasta, kun tää vaatii sen rakkauden.

Mä en haluu sanoa et raha koska mun mielestä se on se viimeinen mikä pitäis tulla eli ensin lähetään sielt toisesta päästä. Mut sitä pitää arvostaa kun sitä verrataan laitospaikkaan mut se ei saa olla se et kukaan lähtee mukaan rahasta.

Taloudellisen tuen lisäksi korostuivat myös ohjauksellisen tuen tärkeys sekä **vertaistuen merkitys** houkuttelevuuden kannalta.

”Mut sit mitä pitemmälle ja enemmän tätä tekee ni sit suurempi merkitys kuitenkin on sillä taloudellisella panoksella. Et kyl se taloudellinen panos on ku sitten se vertaistuki ja se et tietää ettei jää yksin. Se on haastava homma meinaa alkaa vertaistukea järjestää täl alueella tää on kuitenkin niin hajanainen alue, yks hoitaja siellä täällä.”

Suurin osa perhehoitajista oli sitä mieltä, että lyhytaikaisesta perhehoidosta pitäisi **tiedottaa enemmän** esimerkiksi lehdissä.

Mä en ainakaan oo nähny lehdessä ilmoituksia. Mie en oo tietyst lukenu tarpeeks tarkkaan, mutta ei oo ainakaan pistänyt silmään semmoisia ilmoituksia.

Tiedotusta enemmän, tiedotustilaisuuksia, lehdissä tai kerrotaan ihmisille.

No tota, varmaan sit et se on esillä asia, et lehtijuttu ja se ei ole mikään tabu, et ihmiset ei oikeastaan tiedä.

Myös sitä mahdollisuutta haluttiin tuoda esille, että lyhytaikaista perhehoitotyötä **voi tehdä myös normaalin työn ohessa**, esimerkiksi yhden tai kaksi viikonloppua kuukaudessa.

7.10 Huomioitavia asioita ennen perhehoitajaksi ryhtymistä sekä viestejä työstä kiinnostuneille

Työ ja koti samassa paikassa

Eräs haastateltava painotti, **että työ käy sellaisille ihmisille jotka pitävät kotona työskentelemisestä ja tykkäävät kodin askareista**. Hän vertasi työtä yksityisyrittäjään, jonka työssä on oma vapautensa.

Käy sellaiselle ihmiselle, jotka haluavat työskennellä kotonaan ja tykkäävät talousaskareista. On vähän kuin yksityisyrittäjä, joka määrää itse itsensä töistä ja toimintatavoista.

Myös siitä kaksi perhehoitajaa halusi muistuttaa, että **perhehoitotyössä oma koti ei välttämättä pysy puhtaana** ja tavaroitakin saattaa mennä rikki.

Mie oon miettiny, että jos ois oikeen hieno talo, niin miten sitten hyväksyis sen, että jos tulee semmonen vammaisen, joka tekee sitten pahojansa, niin miten siihen sitten sopeutuis?

Koti sellainen että voi antaa vieraan ihmisenkin ottaa sen ”kodiksi”. Ei esim liian hieno, jos hoidettavissa sellaisia, joilla tavaroiden rikkoutumistaipumusta.

Koko perheen asia

Tutkimuksemme mukaan erittäin tärkeää on se, **että kaikki perheenjäsenet suhtautuvat positiivisesti vammaiseen ihmiseen ja että koko perhe hyväksyy perhehoitoasian**. Lisäksi korostettiin, että **työ vaatii sopeutumista koko perheeltä**. Jokainen hoidettava on omanlaisensa, omine tapoineen ja tarpeineen, ja se saattaa vaikuttaa myös perheen normaaliin arjen kulkuun ja arkirytmiiin.

Koko perheen pitää hyväksyä se asia, että muuten siitä ei tuu mitään. Että esimerkiksi x aloittaa joka aamu kello kuusi leikkimisen ja se on sitten se viikonloppuaamu.

Eräs haastateltavista sanoi, että tärkeää on myös parisuhteen hoitaminen sekä perheen kokonaisuus ja dynamiikka kuten hän asian ilmaisi. Hänen mielestään oli hyvin tärkeää, että **omat biologiset lapset ovat mukana jo perhehoidon suunnitteluvaiheessa**. Hän kertoi, että hän on saanut omat lapset mielikuvitusleikin avulla ajattelemaan asiaa jo etukäteen, ennen kuin perhehoitoon ryhdytään.

Et joskus on semmostakin kuullu et perheen lapset ei ees tiedä mitä vanhemmat suunnittelee, eli ensin pitää niinku mä oon sanonu aina et mielikuvitusleikkiä....myö ruvetaan mielikuvituksella asettaa sitä perheeseen sisään....et ne lapset on niinku mukana et ne sisäistää sitä hommaa.

Työhön ja hoidettaviin sitoutuminen

Kahden haastateltavan mielestä työhön ja hoidettaviin sitoutuminen on tärkeää, ja siksi on hyvä miettiä etukäteen, jaksako työtä tehdä.

Et se ei oo vaan et aijaa joo, tänne vaan, et ne niinku mieltii sitä syvällisemmin sitä asiaa ja niit valmiuksia ja sitä että se ei oo se, että jos ryhtyy ni se ei oo hetken et kyl sitä pitää olla niin varmaa et sitä jaksaa tehdä et ei voi niitä sit on niin lyhyt tai pitkäaikaisii sitten niin ei sitä suhdetta voi tosta vain katkaista, hei mä en jaksa, mä vaihdan duunii, täs on kuitenkin kyse ihmisistä.

Perheeseen sopiva hoidettava

Eräs perhehoitajista kehotti perhehoitajia odottamaan, että **löytyy juuri kyseiseen perheeseen sopiva hoidettava**, koska hän näkee sen koko perheen kannalta tärkeänä. Hän kertoi, että hänellä itsellään on aina ollut mahdollisuus valita ja tutustua ensin hoidettavaan ennen hoitosuhteen alkamista.

Kannattaa odottaa, että löytyy juuri teidän perheeseen sopiva hoidettava, silloin kaikki iloisia, niin että ei ota sitä ensimmäistä mitä tarjotaan ja ajattele, että jossin mie tätä ota, niin sitten ne ei enää tarjoa miulle mitään.

Avoin syli ja aikaa

Erään haastateltavan mielestä perhehoitajan tulee ymmärtää, että hoidettavat yleensä tarvitsevat paljon aikaa ja samalla työ vaatii avoimuutta.

No sillo pitää ymmärtää että nää lapset niinku tarvitsevat paljon sitä aikaa ja sitten ne vaistoavat millä tavalla sie kohtelet heitä, niinku pitää olla tosi avoin ja ottaa avoin syli ja sen semmosta.

Antoisaa itselle – ja iso apu toiselle

Kaksi haastateltavaa kertoi, että työ ottaa paljon, mutta antaa vielä enemmän. Toinen heistä kuvaili samaa sanomalla, että työ on raskasta mutta antoisaa. Kaksi perhehoitajaa korosti, että vain yhden viikonlopun tai päivän uhraaminen omasta ajasta perhehoitoon on lyhyt aika kuukaudesta, mutta voi merkitä hoitoa tarvitsevalle perheelle erittäin paljon. Hän mainitsi myös, miten tärkeää perhehoito saattaa olla myös sairaan tai vammaisen sisaruksille, jotta he saavat joskus viettää aikaa vanhempiensa kanssa.

Just se, että yksikin viikonloppu tai pari yötä kuulaudessa on vähän siitä kolmestkymmenestä päivästä, mutta se voi olla tosi iso tälle joka tarvii sen lyhytaikaisen paikan, niinku mieltii toi 30 päivää ni yks viikonloppu. Kyl se antaa enemmän, se ei miun mielestä paljoo vaadita et sen yhden päivän uhraa.

Itse koen tekeväni arvokasta työtä kun vanhemmat ja perheenjäsenet saavat levätä tai touhuta jotain kivaa yhdessä, niin et kuinka tärkeää se on sen hoidettavan sisaruksille esimerkiksi, että niillä vanhemmilla on silloin hänelle aikaa.

8 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta eli reliaabeliutta voidaan arvioida monella eri tapaa. Kun kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, voidaan tutkimusta pitää luotettavana. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta kasvattaa myös tutkimuksen toteuttamisen tarkka kuvaus ja samalla aineiston tuottamisen olosuhteet tulisi kertoa mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tässä tutkimuksessa tutkijoita on ollut kaksi, joten se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Pyrimme myös kuvaamaan tutkimuksen toteuttamista mahdollisimman tarkasti, mutta vain niissä rajoissa, ettei missään vaiheessa tutkimustamme tule esiin sellaista tietoa, josta perhehoitajan voi tunnistaa. Emme esimerkiksi voi kuvailla haastattelun olosuhteita tai haastateltujen koteja tai perheitä yksityiskohtaisesti, koska se voisi paljastaa lukijalle haastateltavan henkilöllisyyden. Myös tutkimustuloksissa tuomme esille vain sellaisia puheen osioita esille, jotka eivät sisällä tunnistettavaa informaatiota.

Hirsjärven ym. (2009, 25) mukaan tutkimuksessa tulee olla lähtökohtana ihmisarvon ja ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Olemme painottaneet tutkimukseen osallistuneille, että emme paljasta missään vaiheessa heidän asuinkuntaansa tai muita tietoja, joista heidän henkilöllisyytensä voisi tulla ilmi. Olemme myös vaitiolovelvollisia heidän perhettänsä, kotiansa ja hoidettaviansa koskevissa asioissa, joita haastattelutilanteissa mahdollisesti näimme.

Etsiessämme perhehoitajia tutkimukseen käytimme tiedotetta (Liite 1). Tiedotteen levittämisestä kohderyhmälle vastasivat Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen vammaistyön kehittämisverkosto, Perhehoitoliitto, Kaakkois-Suomen alueen kunnat ja Pohjois-Karjalan sairaan hoito ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. Kerroimme tiedotteessa, keitä olemme, mitä teemme ja mikä on opinnäytetyön tarkoitus. Kerroimme myös

tutkimuksen tiedon keräämisen ja käsittelyn luotettavuudesta sekä siitä, että tutkimuksessa ei tule missään vaiheessa esiin tietoa, josta perhehoitajan voisi tunnistaa.

Perhehoitajien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Osallistuminen edellytti perhehoitajan yhteydenottoa perhehoidosta vastaaviin yhteistyöverkostoihin. Yhteistyöverkostot ilmoittivat mahdollisista osallistujista meille, opinnäytetyön toteuttajille, mikä on tutkimuseettisesti tärkeää.

Tutkimuseettisesti pidämme tärkeänä myös sitä, ettei kummallakaan opinnäytetyön tekijällä ollut aikaisempaa kokemusta perhehoidosta. Näin meidän oli helpompi ymmärtää haastateltavien tuottamia näkemyksiä heidän kannaltaan, ei oman aiemman kokemuksen perusteella.

8.2 Yhteenveto ja johtopäätökset

Hirsjärvi ym. (2009, 229-230) korostavat, että tutkimus ei ole tulosten analysoinnin jälkeen valmis, vaan tuloksia olisi selitettävä, tulkittava ja tuotettava niistä omia johtopäätöksiä. Lisäksi tutkijan tulisi miettiä, mitä merkitystä tuloksilla voisi vielä laajemmassa mittakaavassa olla.

Perhehoitajat ja perhehoitajien työ

Tutkimuksemme perhehoitajat ovat pääasiassa keski-ikäisiä naisia. Tämä on huomion arvoinen asia perhehoitajakoulutuksen markkinoinnin kannalta. Toisaalta perhehoitoa tarvitsevien perheiden tarpeet ovat nykypäivänä hyvin monimuotoisia, joten olisi hyvä, että markkinointi olisi mahdollisen kattavaa. Kattava markkinointi lisää myös ihmisten tietoutta perhehoidosta. Perhehoitajan työ soveltuu mielestämme kaikenikäisille ja eri elämäntilanteissa oleville.

Tutkimuksen mukaan yleisin motivaatio ryhtyä työhön oli aikaisempi kokemus vammaisista ja pitkäaikaissairaista. Yhteistä perhehoitajien motiiveissa oli myös halu auttaa ja antaa aikaa sekä mahdollisuus työskennellä kotona. Haastateltavat kokivat, että raha ei saa olla työssä ensisijaisena motiivina.

Tutkimuksessa perhehoitajien vahvuuksina nähtiin kärsivällinen ja rauhallinen luonne sekä yhteistyökyky. Perhehoitajien mukaan perhehoitajalla on oltava tahto hoivata hoidettavaa aidosti ja välittävästi. Palkitsevinta työssä perhehoitajien mukaan ovat onnistumisen kokemukset, positiivinen palaute vanhemmilta ja mahdollisuus olla avuksi antamalla omaa aikaa.

Pohdimme, että varmasti alueellamme on olemassa paljon samankaltaisia ihmisiä kuin perhehoitajat kuvasivat. Ihmisiä, joilla on aikaa, halu auttaa ja avara sydän. Voiko siis olla, että kosketuspinta vammaisiin ja pitkäaikaissairaisiin henkilöihin tai tietämättömyys lyhytaikaisen perhehoidon olemassaolosta on ollut esteenä perhehoitajaksi hakeutumiselle?

Tulosten mukaan oli yllättävää, että perhehoitajat kokivat työn samanaikaisesti sitovaksi ja joustavaksi. Analysoidessamme tuloksia tarkemmin ymmärsimme, että perhehoitajat kokivat työn sitovuuden eri tavoin. Jotkut kuvasivat työtä sitovaksi, koska työ on viikonloppupainotteista tai koska hoitopäiviä on runsaasti. Toiset taas kokivat sitovuutta siinä, etteivät he kehdanneet kieltäytyä hoitovuoroista, koska he tiedostivat, miten tärkeää perhehoito on hoidettavan vanhempien ja omaishoitajien tukemisessa.

Hoidettavat

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että perhehoitajat hoitavat yhdestä kahteen lasta tai nuorta kerrallaan. Keskimäärin heillä on ollut viisi hoidettavaa perhehoitohistoriansa aikana. Hoidettavien lasten ja nuorten vammat ja sairaudet ovat kirjavia. Perhehoitajien mukaan eniten haasteita hoidettavien osalta kohdattiin mielenterveysongelmista kärsivien lasten ja nuorten kanssa sekä omanlaisen vuorovaikutussuhteen löytämisessä hoidettavan ja hoitajan välillä.

Vammaiset ja pitkäaikaissairaajat lapset ja nuoret ovat sopeutuneet lyhytaikaiseen perhehoitoon tutkimustulosten mukaan pääosin hyvin. Haasteita sopeutumisessa esiintyi perhehoitoprosessin alussa kotiympäristöstä irtaantumisessa ja uusiin ihmisiin tutustumisessa.

Perhehoitajat tuottivat tietoa siitä, että mahdollisia ongelmatilanteita hoidettavien kanssa ei aina tuoda riittävästi esille. Pohdimme, että perhehoidon aloitusvaiheessa voisi korostaa avoimuuden tärkeyttä perhehoitajan ja hoidettavan perheen välillä perhehoidon onnistumisen kannalta. Aloitusvaiheessa tulisi samalla käydä keskusteluja vanhempien odotuksista perhehoitoon nähden, koska odotukset perhehoidon osalta eivät aina kohtaa.

Perhehoitoperhe

Tutkimuksestamme ilmeni, että myös perhehoitajien oma perhe on sopeutunut hyvin perhehoitoon omassa kodissaan. Perhehoitajien mukaan tärkeintä perhehoidon onnistumisen kannalta on, että perhehoitajan oma perhe hyväksyy perhehoidon kotonaan ja se, että oman perheen jäsenet ovat tietoisia perhehoidon ideasta eli siitä, että hoidettava on osa perheen arkea.

Tutkimuksemme mukaan perhehoito vaatii sopeutumista koko perheeltä, koska jokainen hoidettava on erilainen omine tarpeineen ja tapoineen. Joskus perheen arkirytmii voi muuttua hoidettavan takia. Tutkimuksesta ilmeni, että sopeutumista vaaditaan myös perheen lemmikkieläimiltä.

Tämä opinnäytetyötutkimus tuotti tietoa myös siitä, että perhehoito voi olla erittäin antoisaa molemmille osapuolille, sekä hoidettavalle että perhehoitoperheelle. Perhehoitajat toivat esille kokemusta siitä, että kun hoidettava saa perhehoidosta turvallisen kuuluvuuden perheeseen ja uusia ihmissuhteita, samalla perhehoitoperheen jäsenet oppivat ymmärtämään erilaisuutta, oppivat ottamaan erilaiset ihmiset huomioon sekä tutustuvat uusiin ihmisiin. Työn palkitsevuus nähdään siis molemminpuolisena.

Koulutuksellinen, ohjauksellinen ja rahallinen tuki

Koulutuksellinen tuki varsinaiseen lyhytaikaiseen perhehoitoon on ollut tutkimuksemme mukaan lähinnä lyhyitä teemapäiviä. Perhehoitajien mukaan nämä teemapäivät ovat sijoittuneet perhehoidon aloituksen yhteyteen. Varsinaista koulutusta itse perhehoitajuuteen ei ole saatu, vaikka se olisi koettu

tärkeäksi etenkin niille henkilöille, joilla ei ollut hoitoalan koulutusta tai aiempaa kokemusta vammaisista henkilöistä.

Tutkimuksen mukaan perhehoitajat toivoivat alueellista, pidempiaikaista ja laajempaa koulutusta. Lisäksi tutustumisen vammaisiin ja pitkäaikaissairaisiin henkilöihin ennen työhön ryhtymistä katsottiin tärkeäksi etenkin sellaisille henkilöille, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta vammaisista tai pitkäaikaissairaista henkilöistä. Tutkimus osoittaa, että koulutuksen tulisi olla räätälöity nimenomaan vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten perhehoitajille eikä yleisesti sosiaalialan henkilöstölle.

Tutkimus toi esiin tietoa siitä, ettei lyhytaikaisena perhehoitajana toimiminen edellytä alan sosiaali- ja terveysalan koulutustaustaa, vaan tärkeintä ovat ihmisen ominaisuudet, luonteenpiirteet ja motivaatio. Jokainen hoidettava on yksilöllinen tarpeineen ja ominaisuuksineen, joten tärkeintä on se, että hoitaja on valmis ottamaan hoidettavan vastaan ja tekemään töitä juuri hänen sekä hänen perheensä tarpeiden ja toiveiden mukaan kokonaisvaltaisesti.

Tutkimuksestamme selvisi, että perhehoitajat kokevat työnohjauksen tarpeellisenä ja että tämänhetkinen työnohjaus ei vastaa perhehoitajien tarpeisiin. Etenkin puhelintyönohjausta toivottiin, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta osallistua arkisiin työnohjaukseen. Myös vertaistuen järjestäminen koettiin tärkeänä, mutta haastavana järjestää.

Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten perhehoidosta maksettava rahallinen tuki ei ole tutkimuksen mukaan riittävää. Eniten kehitettävää on palkkioiden korottamisessa sekä yhtenäistämisessä. Pohdimme, että tämänhetkinen palkkiojärjestelmä lisää perhehoitajien eriarvoisuutta muuhun työelämän palkkiojärjestelmään verrattuna, erityisesti silloin kun palkkio on sama yhdeksästä tunnista päiväaikaan kuin koko vuorokaudesta. Uskomme, että nämä asiat vähentävät myös perhehoitajan työn kiinnostavuutta.

Lyhytaikaisen perhehoitajatyön houkuttelevuuden lisääminen

Tutkimuksemme tuotti tietoa siitä, että työstä saataisiin houkuttelevampaa jos lyhytaikaista perhehoitoa koskevaa koulutusta lisättäisiin, palkkausta korotettaisiin, työnohjausta ja vertaistukea kehitettäisiin. Lisäksi perhehoitajat toivat esille, että tiedotuksen määrää tulisi parantaa, tämänhetkinen tiedotus ei ole ollut riittävää.

Haastateltavien mielestä olisi hyvä mainostaa myös sitä, että perhehoitotyötä voi tehdä myös oman työn ohessa, esimerkiksi yhtenä viikonloppuna kuukaudessa. Perhehoitajien mukaan yksikin viikonloppu kuukaudessa vammaisen tai pitkäaikaissairaana lapsen tai nuoren perhehoitajana mahdollistaa vanhempien tai omaishoitajan jaksamisen koko kuukauden ajan.

Lisäksi haastatteluista ilmeni, että työssä on oma vapautensa, koska sitä voi tehdä omassa kodissa. Työtä verrattiin yksityisyrittäjyyteen. Työssä on mahdollisuus valita työn määrä itselleen sopivaksi. Tämä on myös markkinoinnin kannalta huomionarvoinen asia.

8.3 Tavoitteiden toteutuminen ja kehittämissuositukset

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tutkimustietoa vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisesta perhehoidosta lyhytaikaisen perhehoitotyön kehittämisen tueksi. Onnistuimme tässä tavoitteessa, koska saimme esille tietoa miten, perhehoitajien näkökulmasta lyhytaikaista perhehoitoa voisi kehittää. Lisäksi tutkimus tuo lyhytaikaista perhehoitoa esiin eri lyhytaikaishoitomuotojen kehittyessä ja jäsentyessä palvelurakenteisiimme.

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli, minkälaisena perhehoitajat ovat kokeneet koulutuksellisen, ohjauksellisen ja rahallisen tuen. Perhehoitajien mukaan heidän saamansa **koulutuksellinen ja ohjauksellinen tuki ei ole ollut riittävää**. Lyhytaikaiset perhehoitajat tuovat tutkimuksessa esille ääntä siitä, että he tarvitsevat alueellista ja laajempaa koulutusta sekä yksilöllistä työnohjausta. Perhehoitajat painottivat **puhelintyönohjauksen tärkeyttä**,

työnohjaajan perehtyneisyyttä asiaan sekä sitä, että **työnohjaus ajoittuisi oikeaan ajankohtaan**, etenkin perhehoidon aloitusvaiheeseen.

Yhtenä mahdollisuutena näemme, että Kaakkois-Suomen alueelle järjestettäisiin alueellinen työnohjaaja. Kyseinen työnohjaaja vastaisi pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten perhehoitajien työnohjauksesta. Tällöin työnohjaus olisi yhden, asiaan perehtyneen henkilön hallinnassa ja hän voisi joustavasti antaa työnohjausta huomioiden perhehoitajat yksilöllisesti. Tämänkaltainen malli mahdollistaisi myös vertaistuen kartoittamisen ja järjestämisen sekä kokonaistilanteen hahmottamisen. Uskomme että toimiva työnohjaus sekä vertaistuki lisäisivät samalla työn houkuttelevuutta.

Opinnäytetyö tuotti tietoa samalla siitä, että **perhehoitajan työ ei vaadi sosiaali- ja terveystieteiden koulutusta**. Perhehoitajien mukaan **työssä voi pärjätä sellainen henkilö, jolla on siihen tarvittava motivaatio ja luonne**. Perhehoitajien tuottamasta tiedosta voi päätellä, että työssä vaaditaan arjen osaamista, ja jos ohjauksellinen ja koulutuksellinen tuki on kattavaa ja yksilöllistä, ei alan koulutus ole välttämätöntä. Tänä päivänä korostetaan koulutuksen tärkeyttä joka alalla. Opinnäytetyön tekijöinä näemme perhehoitajan työn **mahdollisuutena työllistyä** myös sellaiselle, jolle pitkäkestoinen koulutus ja työ eivät ole mahdollista esimerkiksi elämäntilanteesta johtuen.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen sisältyi lyhytaikaisten perhehoitajien näkemys rahallisesta tuesta vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten perhehoidossa. Kysyessämme rahallisen tuen määrästä, sitä ei koettu riittäväksi. **Rahallista tukea tulisi korottaa ja yhdenmukaistaa**, koska kuntien välillä on suuria eroja. Korotus tukisi myös opinnäytetyömme teoriaosuudessa esitettyjä tutkimustuloksia; perheet toivovat kodinomaista lyhytaikaishoitoa ja laitoshoidon on edelleen kallein hoitomuoto, vaikka perhehoidon rahallista tukea korotettaisiin.

Toisena tutkimuskysymyksenä selvitimme, miten lyhytaikaista perhehoitoa voidaan kehittää, jotta työstä saataisiin houkuttelevampaa. Tutkimuksen

tuotoksena voidaan todeta, että **koulutuksen, ohjauksen ja rahallisen tuen kehittäminen on vastaus myös kysymykseen työn houkuttelevuudesta.** Lisäksi tutkimuksen tuottamana johtopäätöksenä ilmeni, että mahdollisuudesta ryhtyä lyhytaikaiseksi perhehoitajaksi **ei ole tiedotettu riittävästi.** Tiedotuksessa voitaisiin korostaa myös sitä, että **lyhytaikaista perhehoitotyötä voi tehdä myös muun työn ohessa.**

Kolmantena tutkimuskysymyksenä halusimme tuottaa tietoa siitä, millaisia asioita on hyvä ottaa työn onnistumisen kannalta huomioon. Pidimme ehdottoman tärkeänä asiana tuottaa aiheesta kokemukseen perustuvaa asiantuntijatietoa. Koska tutkimuskysymyksiä oli runsaasti, saimme samalla kolmanteen tutkimuskysymykseen paljon vastauksia. Analysoidessamme aineistoa poimimme sieltä useimmin haastatteluissa ilmenneet huomioon otettavat asiat, jotka sopivat kolmannen tutkimuskysymyksen vastauksiksi.

Näiden asiantuntijoiden, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisten perhehoitajien mukaan erityisen tärkeää on se, että **perhehoito on koko perheen asia.** On tärkeää, että **jokainen perheenjäsen hyväksyy perhehoidon kotonaan** ja hyväksyy myös sen, että **hoidettavilla on omat huomioon otettavat asiat, jotka saattavat vaikuttaa perheen normaaliin arkeen.** Kaikkien perheenjäsenten on hyvä olla mukana jo silloin, kun perhehoitoa ollaan suunnittelemassa. Etenkin omien biologisten lasten positiivisen sopeutumisen hoidettaviin nähtiin samalla myös edesauttavan hoidettavien sopeutumista perhehoitoon. Samalla **perhehoitoperheen on tärkeää malttaa odottaa juuri omalle perheelle sopivaa hoidettavaa.** Perhehoitajan ei tarvitse pelätä sitä, ettei hänelle tarjota uutta hoidettavaa, mikäli hän toteaa, ettei hoidettava ole sopiva hänen perheeseensä.

Lisäksi perhehoitajat kokivat, että **työ soveltuu sellaisille, jotka pitävät kotona työskentelemisestä ja kodin askareista,** mutta olisi myös muistettava, että oma **koti on tällöin myös kuluva työväline.**

Jatkotutkimusehdotuksia

Yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme, että tuottamastamme tiedosta tehtäisiin tavoitteet perhehoidon kehittämiseksi ja tavoitteita arvioitaisiin. Myös hoidettavien ja heidän perheidensä mielipiteitä voisi kartoittaa siinä vaiheessa, kun alueemme uudet perhehoitajat ovat aloittaneet työskentelyn.

8.4 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessimme on ollut pitkä ja antoisa. Olemme prosessin aikana perehtyneet lyhytaikaiseen perhehoitoon ja tutustuneet erilaisiin perhehoitoa tuottaviin perheisiin samanaikaisesti, kun maassamme kehitetään perhehoitoa yhtenäistämällä sen toimintakäytäntöjä. Opinnäytetyöprosessi ja sen toteuttamien on ollut aivan uusi asia, oppimista koko matkan ajan.

Olemme perehtyneet aiheeseen, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaiseen perhehoitoon, monesta eri näkökulmasta. Opinnäytetyöprosessi on opettanut meitä tarkastelemaan asiaa systeemimaailman ja elämismaailman välillä niin, etteivät omat kokemuksemme ja mielipiteemme vaikuta työn tulokseen. Tämän opinnäytetyön myötä valmistumme sosionomeiksi, ja opinnäytetyöprosessi on kasvattanut sosionomin ydinosaamistamme.

Myös tutkimuksemme suunnitelmat, tavoitteet ja tutkimuskysymykset muuttuivat matkan varrella useaan otteeseen, mikä opetti meille joustavuutta ja epävarmuuden sietokykyä muuttuvissa ja ennalta arvaamattomissa tilanteissa. Kysymysten laatimisprosessi oli haastava ja kysymyksiä tuli runsaasti. Pohdimmekin haastattelut tehtyämme, oliko niitä aivan liikaa. Jälkeenpäin huomasimme, että kysymysten runsaus oli kuitenkin positiivinen asia, koska meillä ei alun perin ollut tarkkaa mielikuvaa lyhytaikaisen perhehoitajan työstä.

Haasteita tutkimustyöllemme on tuonut se, että varsinaisesta vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisesta perhehoidosta on vähän tietoa saatavilla. Vaikeuksia tuotti myös perhehoitajien löytäminen, koska heitä toimii alueella vain muutama. On ollut myös vaikeata löytää haastateltavaksi

juuri vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisia perhehoitajia. Tarjolla olisi ollut lastensuojelun kentällä toimivia tukiperheitä sekä lastensuojelun lyhytaikaisia perhehoitajia. Koemme, että olemme saaneet mahdollisuuden tuoda näkyväksi tietoa, joka on ollut olemassa, mutta ”piilossa”. Opinnäytetyöprosessin kannalta oli haastavaa kahdella eri paikkakunnalla asuvan aikuisen ihmisen perheen, opiskelun ja työn aikataulujen yhteensovittaminen.

Haluamme kiittää kaikkia haastatteluihin osallistuneita perhehoitajia, sekä henkilökohtaisesti haastateltuja että haastattelulomakkeisiin vastanneita. Haastattelukysymyksiä oli runsaasti ja niihin vastaaminen vei jokaiselta aikaa. Haastateltavien sekä lomakkeisiin vastanneiden antama tieto on ollut ensiarvoisen tärkeää työmme onnistumisen kannalta.

LÄHTEET

Asetus omaishoidon tuesta 318/1993

Asetus sosiaali- ja terveyshuollon asiakasmaksuista 912/1992

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Haarni, I. 2006. Keskeneräistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Stakes, Raportteja 6/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Hakkarainen, M. 2008. Perhehoitoliitto 25 vuotta. Teoksessa Ketola, J. (toim.) Sijoita perheeseen, perhehoito inhimillisenä ja taloudellisena vaihtoehtona. Juva: WS Bookwell Oy, 7 - 16.

Herttuainen, P. & Parikka, I. 2010. Erityislasten ja -nuorten lyhytaikaishoidon tilanne ja tarpeet Etelä-Karjalassa: ”Että jaksaisi...”. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Herttuainen, P., Orkamaa, A-M. & Parkkunen, N. 2008. Erityislasten ja -nuorten

tilapäishoidon tarpeet Kaakkois-Suomen kunnissa. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socom.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Imatran sosiaali- ja terveyslautakunta 2009. Socom Oy:n esitys vammaisten lasten ja nuorten lyhytaikaishoidon toteutustapojen monipuolistamisesta Kaakkois-Suomessa. <http://www.imatra.fi/djulkaisu/kokous/20091375-6.PDF> (Luettu 12.8.2010)

Julkunen, R. 2008. Kuka vastaa läheisistämme? Teoksessa Lipponen, P. (toim.) Rakas velvollisuus, omaishoitajan arjen haasteet. Helsinki: Kirjapaja. 214–240.

Kalliomaa-Puha, L. 2007. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Kalpa, M. 2010. Erityislasten ja nuorten tilapäishoidon tarpeet Kymenlaaksossa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kansaneläkelaitos 2008. Kelan Tilastollinen vuosikirja. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_08_pdf/\\$File/Vk_08.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_08_pdf/$File/Vk_08.pdf?OpenElement) (Luettu 8.7.2010)

Kansaneläkelaitos 2009a. Kelan kuntoutustilasto 2009. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_09_pdf/\\$File/Kunto_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_09_pdf/$File/Kunto_09.pdf?OpenElement) (Luettu 8.7.2010)

Kansaneläkelaitos 2009b. Kelan vammaisetuustilasto 2009. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vamm_08_pdf/\\$File/Vamm_08.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vamm_08_pdf/$File/Vamm_08.pdf?OpenElement) (Luettu 13.7.2010)

Kaski, M. (toim.), Manninen, M. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. Helsinki: WSOY.

Kauppi, M. & Rautanen, E. 1997. Oikeus hyvään kotiin. Pelastakaa Lapset ry ja suomalainen lastensuojelutyö 1992 – 1997. Keuruu: Otava.

Kehitysvammaisten Palvelusäätiö 2010a. Lyhytaikainen perhehoito. <http://www.kvps.fi/tilapaishoito/perhehoito/perhehoitajat.php> (Luettu 12.7.2010)

Kehitysvammaisten Palvelusäätiö 2010b. Tilapäishoitopalvelujen hinnasto vuodelle 2010. <http://www.kvps.fi/download/pdf/tilapaishoito/tphoito-hinnasto-2010.pdf> (Luettu 12.7.2010)

Ketola, J. 2008. Perhehoito ennen ja nyt. Teoksessa Ketola, J. (toim.) Sijoita perheeseen, perhehoito inhimillisenä ja taloudellisena vaihtoehtona. Juva: WS Bookwell Oy, 15-26.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: WS Bookwell Oy, 76.

Kuukkanen, M. 2008. Kehitysvammaisten perhehoito. Teoksessa Ketola, J. (toim.) Sijoita perheeseen, perhehoito inhimillisenä ja taloudellisena vaihtoehtona. Juva: WS Bookwell Oy, 61-80.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede, 11 (1), 3-7.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977

Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 504/2002

Laki omaishoidon tuesta 937/2005

Laki omaishoidon tuesta 1560/2009

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki sosiaali- ja terveyshuollon asiakasmaksuista 734/1992

Laki vammaisetuksista 570/2007

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987

Lampinen, R. 2007. Omat polut, Vammaisesta lapsesta täysvaltaiseksi aikuiseksi. Helsinki: Edita.

Lapinlahden kunta 2010. Lapinlahden kunnan vanhusten ja vammaisten perhehoidon toimintaohje 2009.

<http://www.lapinlahti.fi/d5web/kokous/KOKOUS-818-11-Liite-1.PDF> (Luettu 13.7.2010)

Lastensuojelulaki 417/ 2007

Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela E-M. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Helsinki: WSOY.

Mikkola, T. 2005. "Tätä meidän elämää" – tutkimus puolisoahoivan arjesta. Helsingin Yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Lisensiaattitutkimus.

Naantalin sosiaali- ja terveyslautakunta 2010. Pöytäkirja.
<http://aleksis.naantali.fi/poytakirjat/kokous/20091297-3.PDF> (Luettu 13.7.2010)

Niemelä, M. & Brandt, K. (toim.) 2007. Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitostasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 73:2007. Helsinki.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4061.pdf&title=Kehitysvammaisten_yksilollinen_asuminen__Pitkaaikaisesta_laitostasumisesta_kohti_yksilollisempia_asumisratkaisuja_fi.pdf (Luettu 28.6.2010)

Perhehoitajalaki 312/1992

Perhehoitoliitto 2010. Perhehoidon tietopaketti 2010.
http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/tietopaketti_2010_screen.pdf

Pukkala, E., Sankila, R. & Rautalahti, M. 2006. Syöpä Suomessa 2006. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisu nro 71.
http://www.cancerregistry.fi/tutkimus/image_46.pdf (Luettu 13.7.2010)

Rajantie, J. 2002. Mitä ja miksi lapset ja nuoret sairastavat?. Teoksessa Huttunen, N-P. (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Helsinki: WS Bookwell Oy, 35 - 39 .

Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 298 - 304.

Rimpelä, A. 2005. Nuorten terveys. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 307 - 313.

Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. "Hoitaahan ne joka tapauksessa". Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto ry. <http://www.omaishoitajat.com/files/Selvitys-omaish-kirja.pdf> (Luettu 29.5.2010)

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a. Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6:2006. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3655.pdf&title=Valtioneuvoston_selonteko_vammaispolitiikasta_2006_fi.pdf (Luettu 10.8.2010)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 30:2005. Helsinki.
<http://pre20090115.stm.fi/hl1139404401530/passthru.pdf> (Luettu 10.8.2010)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Lainsäädännön muutostarpeet perhehoidossa. Perhehoidon valtakunnallisen toimintaohjelman ja lainsäädännön kehittämistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 15:2010. Helsinki.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-11506.pdf (Luettu 10.8.2010)

Suomen kuntaliitto 2010. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;59797;59800
(Luettu 10.8.2010)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Vammaisten perhehoidossa asiakkaita 31.12.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d83ee89104c5c645d18aeddb16dd9f4f62&indCount=1&yearCount=1> (Luettu 10.8.2010)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Omaishoidon tuki. 0-17-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=drill®ionCount=1&sexCount=1&eventParameter=2100&setId=p85c1a784c430d89b33b9270e924d95bfe1acde7729135a&indCount=2&yearCount=1>
(Luettu 10.8.2010)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010c. Synnyttäiset epämuodostumat.
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/epamuodostumat/index.htm> (Luettu 8.7.2010)

Vehmas, S. 2005. Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Tampere: Tammer-Paino.

Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. 2007. Omaishoidontuki sosiaalipalveluna. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28:2007. Helsinki.
<http://pre20090115.stm.fi/ka1183114202100/passthru.pdf> (Luettu 7.8.2010)

Äänekosken kaupunki 2010. Kehitysvammaisten perhehoidon toimintaohje 1.5.2010 alkaen. <http://edu.aanekoski.fi/uusidyna/kokous/2010434-6-3110.PDF>
(Luettu 21.6.2010)



LYHYTAIKAINEN PERHEHOITO OMAISHOIDON TUKENA

Kaakkois-Suomen (Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson) kunnat kehittävät yhdessä vammaisten lasten ja nuorten lyhytaikaishoitoa. Lapsille soveltuvia lyhytaikaishoidon vaihtoehtoja ei tällä hetkellä ole Kaakkois-Suomen alueella riittävästi eikä paikkoja määrällisestikään tarpeeksi. Kaikki vammaisten lasten omaishoitajana toimivat vanhemmat, jotka haluavat käyttää lakiin perustuvat omaishoidon vapaapäivät, eivät ole niitä voineet pitää lyhytaikaishoidon vaihtoehtojen puuttuessa. Koska perheet toivovat kodinomaisia vaihtoehtoja lyhytaikaishoittoon, kunnat haluavat vahvistaa mm. perhehoitoa.

Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (SOCOM) vammaistyön kehittämisverkosto valmistelee lyhytaikaisen perhehoidon yhtenäisiä toimintaohjeita Kaakkois-Suomen alueelle. Yhteisen toimintaohjeen avulla pyritään varmistamaan perhehoidon vahvistuminen sekä yhtenäisten työkäytäntöjen muodostuminen kaikkiin kuntiin. Molempien maakuntien edustajista koottu työryhmä valmistelee toimintaohjetta yhdessä Saimaan ja Kymenlaakson ammattikorkeakoulujen kanssa.

Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijoina meidän on tarkoitus haastatella Etelä-Karjalan alueella toimivia perhehoitajia. Keräämme tietoa perhehoitajilta, jotka toimivat vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten lyhytaikaisina perhehoitajina omaishoitajien vapaiden järjestämiseksi. Toimintaohjeen laatimisen tueksi selvitämme lyhytaikaisina perhehoitajina toimivien näkemyksiä siitä, miksi lyhytaikaisia perhehoitajia on alueella vain muutama ja millaista tukea perhehoitajat toivoisivat (ohjauksellista, koulutuksellista, rahallista tai muunlaista) sekä miten heidän näkökulmastaan erityislasten perhehoidosta saataisiin houkuttelevampaa.

Tiedonkeruu toteutetaan teemahaastatteluin huhti-toukokuun aikana. Keräämme ja käsittelemme saamamme tiedot täysin luottamuksellisesti. Missään vaiheessa työstämme ei tule esiin tietoa, josta perhehoitajan voisi tunnistaa. Tulokset kootaan kevään 2010 aikana ja niitä käytetään lyhytaikaisen perhehoidon toimintaohjeiden valmistelutyössä. Kenenkään yksittäisen vastaajan henkilötiedot tai mielipiteet eivät näy raportoitavissa tuloksissa.

Toivomme että saamme tämän kirjeen myötä innostettua teidät mukaan kehittämään lyhytaikaista perhehoitoa ja saamaan äänenne kuuluville. Mikäli haluatte osallistua, pyydämme teitä ottamaan meihin yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

Kiitämme haastatteluun osallistumisestanne ja siten tärkeästä panoksestanne perhehoitajan mielipiteen esille tuomiseksi toimintaohjeiden valmistelutyöhön.

Ystävällisin terveisin Saimaan ammattikorkeakoulun sosionomi AMK -opiskelijat

Tiia Hämälä Tiia Smolander

040 044 5606 040 747 3416

LIITE 2

2 (68)