

Anne Lehtinen

# PERHEHOITOTYÖN TOTEUTUMINEN IKÄIHMISTEN KOTIHOIDOSSA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Elokuu 2020

# TIIVISTELMÄ

Anne Lehtinen: Perhehoitotyön toteutuminen ikäihmisten kotihoidossa  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen maisteriohjelma  
Elokuu 2020

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyön toteutumista ikäihmisten kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa perhehoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuksessa haastateltiin kahdeksan (n=8) ikäihmisten kotihoidossa työskentelevää lähi- tai sairaanhoitajaa. He työskentelivät kahdessa eri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa Länsi-Suomessa. Haastattelut toteutettiin avoimina yksilöhaastatteluina. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa on monimuotoista yhteistyötä perheen kanssa, hoitajan roolin merkityksellisyyttä ja perhehoitotyön rajoitteita. Monimuotoiseen yhteistyöhön perheen kanssa kuului perhe yhteydenottajana hoitajaan, hoitaja yhteydenottajana perheeseen, perhe hoitoon osallistujana, perheen avustaminen etuuksien hakemisessa ja perheen neuvominen muuttuvissa tilanteissa. Hoitajan roolin merkityksellisyyttä oli hoitaja luottamuksen rakentajana, hoitaja aktiivisena osallistujana, hoitaja ikäihmisen perhetilanteiden huomioijana, hoitaja perheen lohduttajana ja omahoitajan tärkeys perheelle. Perhehoitotyön rajoitteita olivat perheen haluttomuus osallistua hoitoon, perheen puuttuminen, ikäihmisen itsemääräämisoikeus ja perheenjäsenten huomiotta jättäminen.

Perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa perustuu monimuotoiseen yhteistyöhön perheen kanssa. Hoitopalaverin ja hoitopalavereissa sovittujen asioiden merkitys on tärkeä ikäihmisten hoidon toteuttamisessa. Perhehoitotyössä hoitajan rooli on keskeinen ja työnkuva on laaja. Hoitajan tulee olla aktiivinen sekä hänen tulee osata tukea ja neuvoa ikäihmistä ja hänen perhettään tilanteiden muuttuessa kotona. Lisäksi hoitaja arvioi koko ajan koko perheen hyvinvointia. Omahoitajan rooli korostuu perhehoitotyössä.

Perhehoitotyön toteuttamista rajoittivat monet asiat kuten ikäihmisten itsemääräämisoikeus ja perheen haluttomuus osallistua hoitoon. Ikäihmisiltä saattoi myös puuttua perhe kokonaan. Hoitajan on tärkeä korostaa ikäihmisille ja heidän perheilleen hoitoneuvottelun tärkeyttä sekä pyrkiä itse osaltaan edistämään perheenkin osallistumista hoitoneuvotteluihin. Perheen osallistuminen hoitoneuvotteluun edistää perhehoitotyön toteuttamista. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä perhehoitotyötä ikäihmisten kotihoidossa.

Asiasanat: perhehoitotyö, kotihoito, ikäihmiset

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

# ABSTRACT

Anne Lehtinen: Implementation of Family nursing in Home Care for The Elderly  
Master's Thesis  
University of Tampere  
Master's Programme in Nursing Science  
August 2020

---

The purpose of this study was to describe the family nursing in home care for the elderly. The aim of the study was to find information on the implementation of family nursing in home care for the elderly to develop family nursing.

The study interviewed eight (n = 8) nurses working in home care for the elderly. They worked in two different social and health care organizations in Western Finland. The interviews were conducted as open individual interviews. The data were analyzed inductively by content analysis.

According to the results, family nursing in home care for the elderly is a multifaceted collaboration with the family, the relevance of the role of the caregiver, and the limitations of family nursing. The multifaceted collaboration with the family included the family as a contact to the caregiver, the caregiver as a contact with the family, the family as a participant in the care, assisting the family in applying for benefits, and counseling the family in changing situations. The relevance of the nurse's role was the caregiver as a confidence builder, the nurse as an active participant, the nurse as an observer of the elderly's family situations, the nurse as a family comforter, and the importance of the nurse to the family. Restrictions on family nursing work included family reluctance to participate in care, absence of family, self-determination of the elderly, and ignoring the family.

Family nursing in home care for the elderly is a multifaceted collaboration with the family. The importance of the care meeting and the things agreed in the care meetings is important in the care of the elderly. The role of the nurse in family care work is central and the job description is broad. The nurse needs to be active. Nurse must be able to support and advise elderly and family, while the situation changes at home. The nurse to assess the well-being of the whole family at all times. The role of the nurse is emphasized in family nursing.

The implementation of family nursing was limited by many things such as the autonomy of the elderly and the reluctance of the family to participate in the care. It could be also that the elderly didn't have a family. It's important that the nurse to emphasize the elderly and families the importance of care counseling and to try to promoting the participation of the family in care counseling. The participation of the family in the care counseling promotes the implementation of family nursing. The results of the study can be best used to develop family nursing in home care for the elderly.

Keywords: family nursing, home care, elderly

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO .....	5
2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT .....	7
2.1. Perhehoitotyö .....	7
2.2. Perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa .....	9
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	12
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	13
4.1. Tutkimukseen osallistujat .....	13
4.2. Tutkimusaineiston kerääminen .....	14
4.3. Aineiston analyysi .....	15
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	18
5.1. Monimuotoinen yhteistyö perheen kanssa .....	18
5.2. Hoitajan roolin merkityksellisyys .....	20
5.3. Perhehoitotyön rajoitteita .....	22
6. POHDINTA .....	24
6.1. Tulosten tarkastelua .....	24
6.2. Tutkimuksen luotettavuus .....	27
6.3. Tutkimuksen eettisyys .....	30
6.4. Johtopäätökset .....	32
6.5. Suosituksia käytäntöön .....	32
6.6. Jatkotutkimusaiheita .....	33

LÄHTEET

LIITTEET

## 1. JOHDANTO

Suomessa yhteiskunta ikääntyy ja koko väestörakenne on muuttumassa. Lasten ja työikäisten määrä vähenee ja ikäihmisten määrä nousee, voimakkaimmin vanhimmissa ikäluokissa. Tämä väestörakenteen muutos kohti iäkkäämpää yhteiskuntaa vaatii palveluiden uudenlaista suunnittelua erityisesti alueilla, joissa väestö vanhenee nopeasti. (STM 2017, 11–14.) Ikäihmisten laitospaikkoja vähennetään ja ikäihmisten tarvitsema hoito ja huolenpito tulisi järjestää ikäihmisten kotona tai muussa kodinomaisessa asumispaikassa huomioiden ikäihmisten kulloinenkin palvelutarve (THL 2013, 13).

Kotona ikäihmisten hoitaminen tapahtuu usein kotihoidon turvin. Kotihoito on sosiaalihoitolaissa (Finlex 1301/2014) tarkoitettun kotipalvelun ja terveydenhuoltolaissa (Finlex 1326/2010) tarkoitettun kotisairaanhoidon muodostama kokonaisuus, joka monissa kunnissa tai kuntayhtymissä toimii yhdistettynä kotihoitona (Kuntaliitto 2019). Suomessa oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita vuoden 2018 marraskuussa kaikkiaan reilut 73 500 (THL 2019).

Perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa huolta muille perheenjäsenille ja muuttaa perheen rooleja. Yksittäisen perheenjäsenen terveys ja hyvinvointi vaikuttaa koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin ja päinvastoin. (Åstedt-Kurki 2010.) Palvelut tulee suunnitella niin, että perheet voivat olla mukana ikäihmisten elämässä. Ikäihmisten ja heidän perheidensä mielipiteet ja toiveet tulee huomioida, sillä tämä lisää turvallisuuden tunnetta. (Peltomäki 2014, 108.) Vanhuspalvelulaki määrittelee, että ikäihmisille on nimettävä vastuutyöntekijät, jos ikäihmiset tarvitsevat apua palveluiden toteuttamisessa tai yhteensovittamisessa. Vastuutyöntekijöiden tulee seurata yhdessä ikäihmisten ja tarvittaessa heidän perheidensä kanssa palvelusuunnitelman toteutumista sekä palveluntarpeiden muutoksia. (THL 2013, 15–17.)

Kotihoito tarvitsee hoitoon tuekseen ikäihmisten perheitä sillä kotihoito ei pysty kokonaan yksin selviytymään asiakkaidensa hoidosta. Perheet voivat olla monella tapaa mukana ikäihmisten hoidossa. Perheet ovat hoitotyössä voimavara, jotka tulisi ottaa entistä enemmän huomioon ikäihmisiä hoidettaessa. Jos perheitä ei huomioida ja perheitä kokonaisuutena ei tueta, saattaa tämä vaikuttaa perheiden vointiin heikentävästi. (Peltomäki 2014, 108.) Perhekeskeisyys on yksi suomalaisen hoitotyön periaatteista mutta silti se ei aina kuulu päivittäiseen hoitotyöhön ja työskentelytavat joilla perhekeskeisyyteen pyritään vaihtelevat suuresti (Åstedt-Kurki 2010).

Tulevaisuudessa perheenjäsenten määrä hoitajina luultavasti vain lisääntyy ja he tarvitsevat yhä enemmän tukea työssään (Kasper ym. 2015).

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata perhehoitotyön toteutumista ikäihmisten kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa perhehoitotyön kehittämiseksi.

## 2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1. Perhehoitotyö

Perhehoitotyöllä yleisesti tarkoitetaan perheen tai lähiomaisen mukaanottamista asiakkaan hoitoon (Åstedt-Kurki 2010). Perhehoitotyössä päämääränä on perheen ja perheenjäsenten hyvinvointi ja terveys sekä näiden edistäminen. Perhehoitotyössä perhe nähdään yleensä asiakkaan resurssina. (Friedman ym. 2003, 36.) Joskus perhehoitotyö mielletään vain lapsiperheille tarkoitettuna hoitotyönä, vaikka perhehoitotyötä tulisi tehdä kaikilla hoitotyön osa-alueilla. Perhehoitotyön ymmärtäminen ja pyrkimys tarjota hyvää hoitotyö on kaiken perhehoitotyön kehittämisen perusta. (Åstedt-Kurki 2010.)

Perheen määritelmä on laaja. Perhe voi olla esimerkiksi ydinperhe, yksinhuoltajaperhe, uusperhe tai avo- ja aviopuolisoista koostuva perhe. Myös aikuiset ilman lapsia tai sisarusten perheet voivat muodostaa perheen. Perheeksi voidaan ajatella myös joku muu ihmiselle tärkeä henkilö, joka voi olla sukulainen, ystävä tai naapuri, jonka kanssa ei eletä yhdessä, mutta joka on muuten ihmiselle tärkeä. (Åstedt-Kurki 2010.) Tässä tutkimuksessa ikäihmisen perheeksi käsitetään hänelle itselleen tärkeä ihminen. Hän voi olla perheenjäsen tai ikäihmiselle muuten läheinen henkilö.

Perhehoitotyölle on kehitetty erilaisia malleja. Calgaryn malli on ehkä malleista tunnetuin. Se sisältää sekä perheen arviointimallin että perheen interventiomallin. Perheen arviointimalli korostaa perheen vahvuuksien ja voimavarojen tunnistamista. Arviointimallia käytettäessä kerätään tietoa perheestä ja tiedoista koostetaan ammatillista arviointia perheen hyväksi. Kerätty tieto luo pohjaa perheen ja hoitajien yhteistyölle. Interventiomallilla pyritään helpottamana perheen tilannetta. Interventiot perustuvat perheen tarpeeseen ja tavoitteet ja toimintatavat suunnitellaan perheen tarpeista ja resursseista lähtien yhdessä perheen kanssa. (Friedman ym. 2003, 82, 174–175, 185–186.)

Hoitaja voi nähdä perheen monin eri tavoin. Joissakin tapauksissa hoitaja näkee perheen asiakkaan sosiaalisena tukijana mutta ei ota tätä mukaan asiakkaan hoitoon. Toisinaan perhe otetaan tiiviisti hoitoon mukaan. (Friedman ym. 2003, 36.) Hoitajan asenne vaikuttaa siihen miten perhe nähdään hoitotyössä (Åstedt-Kurki & Kaunonen 2011, 115). Kaikkien sairaanhoitajien tulisi huomioida työssään myös perhe, sillä perheenjäsenet tuntevat asiakkaan parhaiten (Friedemann 1989, Dale ym. 2009). Huomiota tulisi kiinnittää myös ikäihmisten ja heidän perheenjäsentensä muuttuvaan tuen

tarpeeseen (Hautsalo ym. 2012). Perheen osuus hoidossa arvioidaan ja kirjataan asiakkaan hoitosuunnitelmaan (Friedman ym 2003, 36).

Friedemannin (1989) mukaan perhettä voidaan tarkastella yksittäisen perheenjäsenen kautta, perhe voidaan nähdä yksilöidensä summana tai perhe voidaan nähdä kokonaisuutena. Yksittäisen perheenjäsenen kautta tarkasteltuna yksittäinen henkilö nähdään hoitotyön kohteena, jolloin perhe voi tukea häntä kun hän pyrkii kohti terveyttä ja hyvinvointia. Perheenjäsenistäkin tulee asiakkaita kun he osallistuvat läheisensä hoitoon. Hoitotyö voi kohdistua myös erikseen jokaiseen perheenjäseneseen, jolloin jokainen perheenjäsen on yksilönä hoidettava ja huomioitava. Silloin heitä ei nähdä niinkään kokonaisuutena ja keskenään vuorovaikutuksessa olevina. Perhe voidaan nähdä myös kokonaisuutena, jolloin hoitotyö kohdistuu perheeseen kokonaisuutena eikä yksilöihin yksittäisinä hoitotyön kohteina.

Perhehoitotyön rinnalla voidaan puhua myös perhekeskeisestä hoitotyöstä. Perhehoitotyö käsitteenä on laajempi kuin perhekeskeinen hoito. Perhekeskeisen hoitotyön arvoja ovat kunnioitus, tietoisuus ja kumppanuus päätöksenteossa. Perhehoitotyössä näiden lisäksi on tärkeää hoitajan tahto ja ammattitaito auttaa koko perhettä sairauden käsittelyssä ja paranemisessa. Perhehoitotyössä hoitotyö keskittyy terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Perhehoitotyön käsityksen mukaan ihmissuhteilla on tärkeä merkitys hoidossa. (Bell 2009.)

Perhehoitotyön interventioilla tulisi tunnistaa yksilön ja perheen vahvuudet sekä löytää keinot selviytyä sairauksista. Perhehoitotyössä hoidetaan sekä potilasta että perhettä. (Bell 2013.) Hoitajan tulee pyrkiä ymmärtämään ihmisten ja perheiden kokemuksia ja reagoida erilaisiin tilanteisiin. Sen sijaan, että keskittyisi perheen ongelmiin, tulee hoitajan yrittää muodostaa yhteys perheeseen ja muodostaa positiivinen, luotettava suhde. Perheiden erot tulee huomata mahdollisuutena, jossa hoitaja voi oppia lisää perheiden monimuotoisuudesta. (Doane & Varcoe 2006.)

Jonsdottir ym. (2011) tuovat esiin kumppanuuden käsitteen asiakkaan, heidän perheensä ja sairaanhoitajan välillä. Kumppanuus perustuu osallistavaan toimintaan, sairaanhoitaja huomioi asiakkaan yksilönä ja käy vuoropuhelua asiakkaan ja tämän perheen kanssa heidän terveytensä helpottamiseksi. Kumppanuudella voidaan kehittää suhteita asiakkaisiin ja perheisiin uudella tavalla terveydenhuollon laadun parantamiseksi.

Perhehoitotyössä perheenjäsenten rohkaiseminen on tärkeää. Hyvin toimiva yhteistyö perheen ja hoitajien välillä edistää ikäihmisen ja perheen hyvinvointia (Hautsalo ym. 2012.) Omalta perheeltä saadulla avulla voi olla positiivinen vaikutus ikäihmiselle, erityisesti kun hoitaminen tapahtuu yhteistyössä hoitajien kanssa (Crist 2005). Sairaanhoidajat voivat olla auttamassa sosiaalisen vuorovaikutuksen toteuttamisessa ikäihmisen ja hänen läheistensä välillä (Turjamaa ym. 2014).

## 2.2. Perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa

Vanhuspalvelulain (Finlex 980/2012) mukaan: ”Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä ja iäkkäällä henkilöllä henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.” Tässä tutkimuksessa ikäihmisillä tarkoitetaan vanhuspalvelulain määritelmän mukaisia henkilöitä, jotka saavat kotihoidon palveluita.

Kotihoidolle ei ole yhtä selvää määritelmää (Paljärvi 2012, 104–105). Useimmiten se määritellään kotiin annettavaksi sosiaali- ja terveystalvakuksi, joka sisältää sekä kotitalvelun että kotisairaanhoidon ja jonka järjestämisvastuu on kunnalla. Talvelut voi tuottaa kunta tai yksityinen talveluntuottaja, jolta talveluiden järjestämisestä vastaavan organisaatio talvelut ostaa. Kotihoidon talveluihin kuuluvat myös omaishoidon tuki ja tukitalvelut; mm. päiväkeskustoiminta, ateriatalvelut, asiointi- ja siivoustalvelut ja turvapuhelinpalvelut. (Paljärvi 2012, 23–24, Tepponen 2009, 18 & Hammar 2008, 23.) Kotihoidon talveluihin voi sisältyä myös esimerkiksi apuvälineiden hankintaa ja kodin muutostöiden järjestämistä (Hammar 2008, 22).

Ikäihmisten omat näkemykset tulisi ottaa nykyisin yhä vahvemmin mukaan yhteiskunnan eri talveluiden suunnittelun ja toiminnan lähtökohdaksi (Eloranta ym. 2012). Ikäihmisten kotihoidossa täytyy tuntea ja ymmärtää heidän kotona asumista edesauttavia tekijöitä sekä tehdä yhteistyötä heidän itsensä kanssa kotihoidon parantamiseksi. Yksilöllisesti suunniteltu hoito tukee kotona asumista. Yksilöllisesti suunniteltu hoito tarkoittaa asiakkaiden mielipiteiden kunnioittamista ja heidän henkilökohtaisten resurssiensa huomiointia. Jotta ikääntyneiden kotiasiakkaiden kotona asumista voidaan edistää, tarjottu kotihoito on suunniteltava yksilöllisesti ja siinä on otettava huomioon asiakkaiden resurssit ja heidän näkökulmansa merkitykselliseen ja inspiroivaan toimintaan. (Turjamaa ym. 2014.)

Hoitajien tulee ottaa myös ikäihmisten perheet mukaan hoitoon ja perheenjäsentenkin mielipiteitä on huomioitava (Häggström ym. 2007, Hautsalo ym. 2012). Perheen ja hoitajien väliset suhteet ovat avainasemassa laadukkaana hoidon tarjoamisessa. (Janzen 2001). Kotihoidossa yhteistyötä perheen kanssa pidetään onnistuneen hoidon edellytyksenä, ja se tekee yhteisyydestä joustavaa ja sujuvaa. Omahoitajan rooli korostuu hoidon kokonaisuuden hallitsijana, hoidon koordinoijana ja ensisijaisena yhteydenpitäjänä läheisiin (Hautsalo ym. 2016.). Hyvä viestintä hoitajien ja perheen välillä on tärkeää estämään väärinkäsityksiä ja väärinymmärryksiä. (Janzen 2001).

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävä laki (Finlex 812/2000) ohjaa, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Suunnitelmassa pitää ottaa huomioon asiakkaan toiveet ja mielipiteet. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja hänelle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutukseen. Erityistilanteissa, esimerkiksi jos asiakas ei pysty sairautensa takia osallistumaan tai vaikuttamaan hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen, voidaan asiakkaan tahtoa selvittää hänen laillisen edustajansa tai asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. Tapauksissa, joissa asiakkaan kognitiiviset valmiudet vaikuttavat hänen kykyynsä osallistua päätöksentekoon, omaishoitajista tulee aktiivisia avustajia hoitosuunnitelman kehittämisessä ja toteuttamisessa (Kokorelias ym. 2019).

Hoidon suunnittelu ja mahdolliset muutokset hoidossa tulisi tehdä yhteistyössä ikäihmisten ja kaikkien heidän hoitoonsa osallistuvien kanssa. Kotihoidossa olevien ikäihmisten ja heidän perheidensä tuentarpeet ovat vaihtelevia ja muuttuvia. Tämän vuoksi hoitosuunnitelmia tulisi arvioida säännöllisesti ja tarpeeksi usein ja niiden tulisi perustua ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin. Kotihoitopalveluilta vaaditaan joustavuutta ja mukautuvuutta perheiden tuen varmistamiseksi. (Hautsalo ym. 2012.)

Perhehoitotyötä on tutkittu esimerkiksi lapsiin ja psykiatriisiin potilaisiin liittyen, mutta ikäihmisten kotihoidossa perhehoitotyön toteutumista on tutkittu melko vähän. Aiemmissa kotihoitoon ja ikäihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa (mm. Hautsalo ym. 2012 & Crist 2005) on noussut esiin perheet merkittävinä tekijöinä ikäihmisten kotihoitoon ja sen toteutumiseen liittyen. Kuitenkin varsinaisesti perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa ei löydy paljon tutkimusta. Tarve tutkimukselle, työtapojen kehittämiseksi ja perheiden huomioon ottamiselle ikäihmisten kotihoidossa tuodaan esiin esimerkiksi Kimin & Yeomin (2016), Florianon ym. (2012) ja Sanerman (2009, 292) tutkimuksissa.

Terveydenhuoltojärjestelmän tulee kehittää toimintojaan ja yhteistyökäytäntöjään, joilla pystytään parantamaan ikäihmisten ja heidän perheidensä saamaa hoitoa ja hyvinvointia. Tulisi saada aikaan näyttöä parhaista interventioista liittyen perheenjäsenten toteuttamaan ikäihmisten hoitoon. (Garcia-Vivar ym. 2019.)

Tässä tutkimuksessa perhehoitotyöllä tarkoitetaan ikäihmisten perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä, heidän perheidensä huomiointia ja ikäihmisten perheiden mukaanottamista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

### **3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata perhehoitotyön toteutumista ikäihmisten kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa perhehoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuskysymys on: Millaista on perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa?

## 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä laadullinen tutkimus toteutettiin kahdessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa Länsi-Suomessa. Aineisto kerättiin haastatteleamalla näiden organisaatioiden ikäihmisten kotihoidossa työskenteleviä lähi- ja sairaanhoitajia. Haastateltaviksi valikoituivat nämä työntekijäryhmät, koska heillä on parhaiten tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Bolderston 2012, Kylmä ym. 2003).

Tutkija oli jo alustavasti tutkimuksen suunnitteluvaiheessa yhteydessä tutkimuksessa mukana olevien työntekijöiden organisaatioihin ja sopi tutkimukseen liittyvistä käytännön järjestelyistä jos tutkimusluvut myönnetään. Tutkimukseen haettiin tutkimusluvut molemmista organisaatioista heidän vaatimallaan tavalla. Tutkimusluvut myönnettiin 20.1.2020 ja 27.1.2020.

Tutkimuslupien myöntämisen jälkeen haastateltavia rekrytoitiin lähettämällä heille sähköpostilla pyyntö osallistua tutkimukseen (LIITE 1.). Tutkija lähetti tämän sähköpostipyynnön organisaatioiden kotihoitojen esimiehille, jotka välittivät sähköpostin edelleen työntekijöilleen. Sähköpostissa kerrottiin lyhyesti mitä perhehoitotyöllä ja perheellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa.

Sähköpostin liitteenä oli tutkimustiedote (LIITE 2.). Tutkimustiedotteessa selvitettiin tutkimuksen tausta, tarkoitus ja tavoite sekä tutkimusmenetelmä. Lisäksi tutkimustiedotteessa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä tietojen käsittelyn luottamuksellisuudesta. Tutkimustiedotteessa oli ohjeet miten haastatteluun halukkaiden tuli ottaa yhteyttä tutkijaan haastatteluista sopimiseksi. Ensimmäiset pyynnot osallistua tutkimukseen lähetettiin sähköpostilla molempiin organisaatioihin 28.1.20. Ensimmäisen pyynnön jälkeen haastateltavia ilmoittautui kahdeksan henkilöä. Pyyntö osallistua haastatteluun uusittiin 4.3.20 mutta uusia haastateltavia ei enää ilmoittautunut. Haastattelujen ajankohta osui juuri koronapandemian alkuun Suomessa, joten tämä ehkä osaltaan aiheutti sen, että haastateltavia ei toisen haastattelupyynnön jälkeen ilmoittautunut enempää.

### 4.1. Tutkimukseen osallistujat

Yhteensä haastatteluihin osallistui kahdeksan (n=8) lähi- ja sairaanhoitajaa. Tutkimukseen osallistujat olivat kaikki naisia ja he olivat iältään 25–62 -vuotiaita. Heillä oli työkokemusta

hoitoalalta 2–28 vuotta ja ikäihmisten kotihoidossa he olivat työskennelleet reilusta yhdestä vuodesta kymmeneen vuoteen.

## 4.2. Tutkimusaineiston kerääminen

Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla. Haastatteluajankohta ja -paikka sovittiin jokaisen haastateltavan kanssa erikseen. Haastateltavat saivat osallistua haastatteluihin työaikanaan, tästä oli sovittu heidän työnantajansa kanssa etukäteen. Haastattelut toteutettiin ajalla 31.1.–27.2.20. Yksittäiset haastattelut kestivät 19–46 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla aineiston myöhempää litterointia varten (Kylmä & Juvakka 2007, 92).

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina kasvokkain ja haastattelut etenivät vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa tutkija pystyi tarkentamaan saamiaan vastauksia ja esittämään tarvittaessa lisäkysymyksiä. (Vilkkä 2015, 126–127.) Haastatteluiden aluksi käytiin haastateltavien kanssa läpi vielä kerran tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Tutkija toi esiin tutkimuksen luottamuksellisuuden ja haastateltavat saivat rauhassa tutustua tietoon perustuvaan kirjalliseen suostumukseen tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 3.) Haastateltavat allekirjoittivat tämän suostumuksen ennen haastattelun alkamista.

Avoimessa haastattelussa oli vain yksi varsinainen haastattelukysymys (LIITE 4.), jonka tutkija lähetti jo etukäteen haastateltaville sähköpostin kautta tiedoksi muutamaa päivää ennen haastattelua. Haastattelukysymyksen lisäksi etukäteen haastateltavalle lähetettiin vielä uudestaan lyhyt selvitys siitä, mitä perhehoitotyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ja taustakysymykset (LIITE 4.). Haastateltaville lähetettiin etukäteen tiedoksi myös taustakysymykset (LIITE 4.) ja he vastasivat niihin haastatteluiden alussa. Tutkijalla oli myös valmiiksi mietittyjä apukysymyksiä (LIITE 5.) tarvittaessa haastattelun edetessä esitettäväksi, mutta näitä ei lähetetty haastateltaville etukäteen.

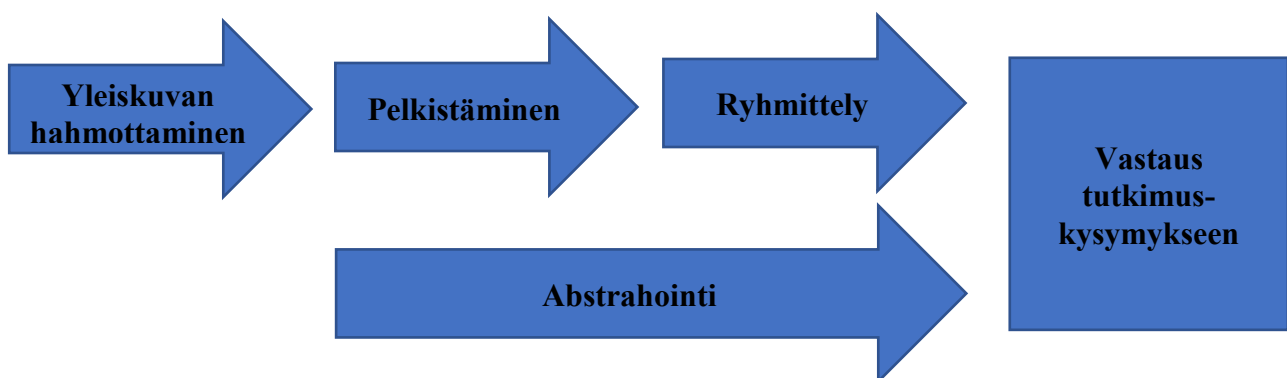
Avoim haastattelu pyrki muistuttamaan mahdollisimman paljon tavallista keskustelua. Haastattelun aikana keskusteltiin tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, mutta kaikkien haastateltavien kanssa ei käyty läpi tarkasti samoja kysymyksiä. (Eskola & Suoranta 1998, 87.) Haastatteluissa haastateltavat saivat vapaasti kertoa tutkittavasta ilmiöstä omin sanoin sen mukaan mitä ilmiöstä ymmärsivät (Tuomi & Sarajärvi 2018, 90). Avoin haastattelu vaati tutkijalta taitoa edetä haastattelussa sen

mukaan mitä haastateltava toi esiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 79). Apukysymysten avulla tutkija pystyi ohjata ja syventää keskustelua tarvittaessa (Vilka 2015, 127).

Tutkija keräsi ja litteroi itse koko haastatteluaineiston mikä mahdollisti kokonaiskuvan muodostamisen jokaisesta haastattelusta. Jo haastatteluaineiston litteroinnin yhteydessä alkoi muodostua ajatuksia analyysistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 111). Haastatteluaineiston litteroinnin jälkeen nauhoitteet kuunneltiin vielä kahteen kertaan läpi ja tarkastettiin samalla, että varmasti kaikki nauhoitettu materiaali tuli litteroitua. Samalla tarkistettiin, että litteroinnin yhteydessä ei ollut tullut muutoksia haastateltavien lauseisiin eikä haastateltavien sanomien asioiden merkityssisältö ollut muuttunut.

### 4.3. Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin induktiivisella (aineistolähtöisellä) sisällönanalyysillä, joka sisälsi neljä vaihetta; yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kuvio1). Induktiivinen sisällönanalyysi oli käyttökelpoinen tähän laadulliseen tutkimukseen, jonka aiheesta ei ole vielä paljon tietoa tai tieto on pirstaleista (Elo & Kyngäs 2008).



Kuvio 1. Analyysin eteneminen.

Laadullisen tutkimuksen analyysivaiheessa etsittiin vastausta tutkimuskysymykseen pitämällä koko ajan tarkasti mielessä mihin asiaan tutkimuksesta halutaan vastausta. Jo tutkimusta suunniteltaessa varmistettiin, että tutkimuskysymys on selkeä ja tarkasti rajattu. Sisällönanalyysi sopi erittäin hyvin hoitotyöhön liittyvän aiheen analysointiin. Se mahdollisti tarkan vastauksen saamisen tutkimuskysymykseen. Tutkijan täytyi välttää liiallista tulkintaa aineistoa analysoitaessa, että sisällönanalyysi onnistuu. (Elo & Kyngäs 2008.). Tutkija vältti oman näkökulman lisäämistä tutkittaviin ilmiöihin. Tutkijan täytyi löytää tutkimustulokset aineistosta eikä hän voinut keksiä merkityksiä, joita ei oikeasti löytynyt aineistosta. (Graneheim & Lundman 2004.)

Yleiskuvan hahmottamisvaiheessa tutkija loi yleiskuvaa aineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 115–116) Tämä tapahtui osittain jo haastatteluiden ja niiden litteroinnin yhteydessä, koska tutkija itse suoritti nämä. Haastattelujen litteroinnin jälkeen aineistot luettiin useaan kertaan läpi. Näin aineistosta saatiin mahdollisimman hyvä yleiskuva.

Toisessa vaiheessa aineistosta etsittiin merkityksellisiä ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Nämä ilmaisut eroteltiin haastatteluaineistosta merkitsemällä ne tulostettuun haastatteluaineistoon huomiokynällä. Löydetyt merkitykselliset ilmaisut pelkistettiin eli tiivistettiin. Ilmaisuja pelkistettäessä säilytettiin ilmaisujen olennainen sisältö. Pelkistetyt ilmaisut koodattiin niin, että tiedettiin mihin alkuperäiseen ilmaukseen ne viittaavat. (Kylmä & Juvakka 113, 117.) Pelkistystä muodostui aineistosta 229.

Seuraavaksi samansisältöiset pelkistykset ryhmiteltiin ja niistä muodostetaan alaluokkia ja alaluokista muodostettiin edelleen yläluokkia (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Pelkistysten ryhmittely ja luokkien muodostaminen tapahtui aluksi manuaalisesti. Kaikki pelkistykset leikattiin yksittäisiksi paperiliuskoiksi ja niitä ryhmiteltiin eri ryhmiin ja myöhemmin eri luokkiin. Kun luokkien muodostus oli loppusuoralla, siirrettiin pelkistykset ja muodostetut ala- ja yläluokat word - tekstinkäsittelyohjelman taulukkoon. Taulukossa luokkien muodostus vietiin loppuun.

Aineiston abstrahointia tapahtui koko ajan samalla kun aineistoa pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Aineistoa jouduttiin useamman kerran ryhmittelemään ja luokittelemaan uudelleen. Luokkien nimiä muokattiin useamman kerran, että nimet vastaisivat mahdollisimman hyvin luokkien sisältöä. Yläluokkien nimien tuli kattaa myös niiden alaluokkien sisällöt. Alaluokkia muodostui lopulta 14 ja yläluokkia kolme. Pelkistysten, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta tuotettiin lopulta vastaus tutkimuskysymykseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 115–119.) Taulukossa 1. on esimerkki yhden

yläluokan osalta miten analyysi eteni alkuperäisistä ilmauksista pelkistettyihin ilmaisuihin ja niistä muodostuneeseen alaluokkaan ja edelleen yläluokkaan.

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä yhden yläluokan osalta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>"No sitten on taas toistappäin, että me otetahan omaiseen yhteys, että oottako huomannu, että on alannu olemahan.. vaikka muistis jotakin ongelmaa."(h2)</i>	Hoitaja ottaa yhteyttä omaiseen jos huomataan muistissa ongelmaa.	Hoitaja yhteydenottajana perheeseen	Monimuotoinen yhteistyö perheen kanssa
<i>"Ja sitten jos on, tulee jotaki..öö..esimerkiksi no lääkemuutoksista. Kyllä mä ilimootan, kyllä mä oon... otan omaisiin yhteyttä."(h5)</i>	Hoitaja ilmoittaa lääkemuutoksista omaisille.		
<i>"..sitten me kysymme senkin, että me oomme tai sanomme, että me oomme täällä pohtinut, että se vois lisätä kotoasumisen turvallisuutta, että mitä mieltä ootte, että voirahanko laittaa hakemus turvapuhelimesta."(h3)</i>	Kysytään omaisilta mielipidettä turvapuhelinhakemuksen tekemisestä.		
<i>"Että ei me nyt ruveta kerran viikos soittlemaan mutta vaikka parin kuukauden välein jos ei olla nähty tai ei oo mitään ollu.. niin sitten vähän ilimootellahan."(h6)</i>	Hoitaja on kahden kuukauden välein yhteydessä omaisiin.		

## 5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa oli *monimuotoista yhteistyötä perheen kanssa, hoitajan roolin merkityksellisyyttä ja perhehoitotyön rajoitteita.* (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa.

Yläluokka	Alaluokka
<b>Monimuotoinen yhteistyö perheen kanssa</b>	Perhe yhteydenottajana hoitajaan
	Hoitaja yhteydenottajana perheeseen
	Perhe hoitoon osallistujana
	Perheen avustaminen etuuksien hakemisessa
	Perheen neuvominen muuttuvissa tilanteissa
<b>Hoitajan roolin merkityksellisyys</b>	Hoitaja luottamuksen rakentajana
	Hoitaja aktiivisena osallistujana
	Hoitaja ikäihmisen perhetilanteiden huomioijana
	Hoitaja perheen lohduttajana
	Omahoitajan tärkeys perheelle
<b>Perhehoitotyön rajoitteita</b>	Perheen haluttomuus osallistua hoitoon
	Perheen puuttuminen
	Ikäihmisen itsemääräämisoikeus
	Perheenjäsenten huomiotta jättäminen

### 5.1. Monimuotoinen yhteistyö perheen kanssa

Monimuotoinen yhteistyö perheen kanssa oli koko ikäihmisten kotihoidossa tapahtuvan perhehoitotyön perusta. Yhteistyöhön kuului *perhe yhteydenottajana hoitajaan.* Yhteydenotoissa perhe toi esiin huomioitaan ikäihmisen voinnissa tapahtuneista muutoksista, perhe halusi arviota

ikäihmisen tilanteesta, kyseli yleisesti ikäihmisen kuulumisia tai yhteydenotot liittyivät muuten hänen hoitamiseen. Yhteydenottoihin sisältyi myös palautetta perheeltä kotihoidon työskentelystä. Palaute oli sekä negatiivista että positiivista.

*” Ehkä sitten jos he kokee että sillä on niinkun kotona muuttunut joku asia et on niinku vointi mennyt johonkin suuntaan, niin sitte ne useesti kysyy, että onko me huomattu.”  
(h1)*

*Hoitaja yhteydenottajana perheeseen sisälsi toimintatapojen sopimista ikäihmisen päivittäisten asioiden hoitamisessa, sopimista muutoksista kotihoidon käynneissä, akuuteista ikäihmisen voinnissa tapahtuneista muutoksista ilmoittamista tai kyselyä perheen mahdollisuudesta osallistua ikäihmisen kanssa kodin ulkopuolisiin terveydenhoitoon liittyviin käynteihin. Yhteydenottoihin sisältyi myös yleisistä kotihoitoon liittyvien asioista tiedottamista tai joistakin ikäihmisen hankinnoista sopimista. Hoitaja otti yhdessä ikäihmisen kanssa yhteyttä ikäihmisen muualla asuviin perheenjäseniin kertoakseen, että kaikki kotona on kunnossa.*

*”No jos on, jos on voinnis niinku semmosta isompaa muutosta tai jos joutuu sairaalaan tai..no jos on hoitopalaveria tulossa..joskus voi olla että voidaan ehdottaa että..oisko ateriapalvelu esimerkiksi hyvä vaihtoehto.”(h8)*

*Perhe hoitoon osallistujana auttoi ikäihmisen kotona tapahtuvassa hoidossa. Perheenjäsen, joka itse asui ikäihmisen luona, osallistui hoitoon yleensä paljon. Perhettä sitoutettiin ikäihmisen hoitoon hoitoneuvottelussa hoitosuunnitelman laadinnan tai tarkistamisen yhteydessä. Perheen ja ikäihmisen kanssa suunniteltiin yhdessä mitä asioita kukakin hoitaa. Monella ikäihmisellä perheenjäsenet hoitivat ns. juoksevia asioita; kaupassa käyntiä, lääkkeiden hakuja tai laskujen maksamista. Akuuttien ja muuttuneiden tilanteiden jälkeen hoidon jatkoa suunniteltiin yhdessä perheen kanssa. Osa perheistä myös osallistui ikäihmisen päivittäiseen hoitamiseen; kävi ikäihmisen luona päivittäin tai osallistui esimerkiksi haavanhoitoon. Perheenjäsenen ulkoili tai osallistui tapahtumiin yhdessä ikäihmisen kanssa.*

*”Kun mennään kohta kohoralta läpitte niin pystytkö sinä ottahan tästä kopin tai että jos me ilmotetahan hoidatko lääkärinreissut, niin, niin et se tulee siinä.. niinkun tavallansa teherähän se sopimus jo sen omaisenkin kans.” (h6)*

*Perheen avustaminen etuuksien hakemisessa sisältyi hoitajan työhön. Hoitajalta kysyttiin avustuksista ja hän avusti tukipapereiden kanssa tai neuvoi edunvalvonta-asian eteenpäin viemisessä. Hoitaja tarkisti myös oliko ikäihmisen perheenjäsenellä omaishoidontuki.*

*” Sitte et kattotahan kaikki kelan paperit olis kunnossa ja tulee hoitotukia ja jos asuu vuokralla onko mahdollista saada asumistukia ja kuka ne hoitaa ja näin.” (h3)*

*Perheen neuvomista muuttuvissa tilanteissa tarvittiin ikäihmisen tai hänen hoitoonsa osallistuvan perheenjäsenen voimien muuttuessa. Hoitaja ennakoivat tulevia muutoksia ja teki ennaltaehkäisevää työtä tilanteiden muuttuessa. Hoitaja neuvoi perhettä mistä he voivat saada apua tai mihin perhe voi asioissaan olla yhteydessä. Hoitaja ehdotti perheelle erilaisia ratkaisuja muuttuneissa tilanteissa, esimerkiksi intervallijaksojen käyttöönottoa.*

*”Meidän pitää olla myös niitten tukena ja tosiaan lohduttaa ja neuvoa, kertoa miten tästä, mikä on nyt niinku seuraava askel.” (h5)*

## **5.2. Hoitajan roolin merkityksellisyys**

*Hoitajan roolin merkityksellisyyteen sisältyi hoitaja luottamuksen rakentajana. Hoitaja halusi, että perheeseen olisi hyvät välit. Hoitaja pyrki toimimaan niin, että perhe pystyisi luottamaan häneen. Rehellisyys perhettä kohtaan koettiin tärkeäksi. Perheen piti pystyä luottamaan siihen, että asiat hoituvat vaikka he itse eivät ole paikalla.*

*”Vaikka olis mikä aina pitää olla rehellinen niille ja niinku mä sanoin et se luottamus on siinä tosi iso juttu.” (h5)*

*Hoitaja aktiivisena osallistujana huolehti ikäihmisen päivittäisestä hyvinvoinnista. Hoitajan omaa aktiivisuutta pidettiin tärkeänä. Hoitaja toimi työssään kuunnellen ikäihmistä ja hänen perhettään. Hoitaja oli tarvittaessa itse aktiivisesti yhteydessä perheeseen tilanteen niin vaatiessa.*

*”Ja toki sitten mä koen että jossen mä itte olisi siinä asialla niin eihän se asia etene.” (h7)*

*Hoitaja ikäihmisen perhetilanteen huomioijana* tarkasteli perhetilannetta kokonaisuutena. Hoitaja huomioi muut kotona asuvat perheenjäsenet käyntiensä yhteydessä esimerkiksi keskustelemalla heidän kanssaan, kyselemällä heidän vointiaan ja valmistamalla samalla ruokaa heillekin. Hoitaja teki tilanearvioita perheessä, seurasi puolisoiden tai perheenjäsenten välisiä suhteita ja arvioi omaishoitajan jaksamista. Hoitaja joutui välillä olemaan sovittelijana ja välikätenä ikäihmisen ja muiden perheenjäsenten ihmissuhteissa. Hoitajan tuli omata psykologista silmää pystyäkseen toimimaan erilaisissa haasteellisissa perhetilanteissa.

*”Ensin voin antaa sille vaimolle lääkkeitä ja huolehdin että sulla on nyt täs kaikki näin ja aamupalat ja ja tuota ja sitte puolison kans keskustelen.” (h5)*

Ikäihmisen voimien huonontuessa tai tilanteiden muuten muuttuessa perheessä huonompaan suuntaan toimi *hoitaja perheen lohduttajana*. Hoitaja kuunteli ja yritti auttaa koko perhettä ja perheenjäsenet saivat purkaa hoitajalle itseään. Perhe haki tutulta hoitajalta lohtua.

*”Mehän ollaan niinku sen omaisten perheen tukena ja lohduttamassa.”(h5)*

*Omahoitajan tärkeys perheelle* tuli esiin vahvana luottamuksena omahoitajaan. Hänet tunnistettiin, nimettiin ja hänet tunsu usein koko perhe. Perhe oli mielellään yhteydessä omahoitajaan, koska hän tiesi parhaiten ikäihmisen asiat. Omahoitaja hoiti ikäihmisen asioita yhdessä hänen itsensä ja perheen kanssa aina kun se oli mahdollista. Ikäihmisen kuollessa omahoitaja osallistui usein hautajaisiin ja perhe kiitti erityisesti omahoitajaa läheisensä hoitamisesta. Joidenkin mielestä omahoitaja oli kuin perheenjäsen.

*”Omaiset voi sanoa siinä surunkin hetkellä, kun ollaan siellä muistotilaisuudessa, että ku he on asunu kaukana niin sä oot ollu ku yksi heistä. Että tuota.. on ollut sitte mitä asiaa tahansa, niin on ollut se, että mä voin soittaa sinulle tästä asiasta. Ja he ovat voineet luottaa, että vaikka he ei aina pysty niinku käymään, niin asiat rullaa eteenpäin.”(h3)*

### 5.3. Perhehoitotyön rajoitteita

Perhehoitotyön toteuttamiselle löytyi myös esteitä. Perhehoitotyön rajoitteita oli *perheen haluttomuus osallistua hoitoon*. Ikäihmisen perhe ei aina ehtinyt tai ei halunnut osallistua hoitoon. Perhe halusi, että kotihoito hoitaa ikäihmisen kokonaan. Oli myös tilanteita, että syystä tai toisesta perhejäsenet eivät halunneet olla missään tekemisissä ikäihmisen kanssa.

*”Mut omaisis on myös niitä semmosia.. ne päättää tai siis ne ajatteloo näin että kun te kerran käytte täällä niin tehän teette sitten kaiken.” (h5)*

Yhä useammalla ikäihmisellä *perheen puuttuminen* rajoitti perhehoitotyön toteuttamista. Ikäihmiset olivat iäkkäitä ja heidän puolisonsa saattoivat olla kuolleet. Oli myös ikäihmisiä, joilla ei ollut ollenkaan lapsia tai omat lapset olivat myös jo kuolleet. Jos ikäihmisellä oli lapsia, olivat he myös jo iäkkäitä tai sairaita, eivätkä pystyneet osallistumaan hoitamiseen. Myös lähisukulaiset olivat iäkkäitä tai sairaita eikä muita avunantajia lähipiirissä ollut.

*”Näitä on ruvennu olemahan kyllä yllättävän paljon, näitä että omaisia ei oo..se on kyllä aika karu tilanne.” (h2)*

Ikäihmisten kotihoidossa oli myös tilanteita, joissa koettiin *ikäihmisen itsemääräämisoikeus* esteenä perhehoitotyön toteuttamiselle. Ikäihmisellä oli itse oikeus päättää omista asioistaan. Jos ikäihminen kielsi asioistaan puhumisen muille perheenjäsenille, oli tätä päätöstä kunnioitettava. Moni ikäihminen ei halunnut perhettään mukaan hoitoneuvotteluun, jolloin hoitoneuvotteluun osallistui vain ikäihminen itse.

Hoitajat toivat esiin, että ikäihmiset eivät välttämättä aina ymmärtäneet mikä merkitys hoitoneuvottelulla ja hoitosuunnitelmalla oli. Hoitajat halusivat saada tuotua hoitoneuvotteluiden ja hoitosuunnitelmien tärkeyttä paremmin esille ikäihmisille. Vaikka hoitaja pystyi tuomaan esille erilaisia vaihtoehtoja hoidon toteuttamiseksi niin ikäihmisellä ja hänen perheellään oli oikeus lopulta päättää miten asiat hoidetaan.

*”Se on se itsemääräämisoikeus. Se asiakas sanoo, että mun asioista ei sille sanota, niin se on siinä.” (h6)*

Perhehoitotyön toteuttamista rajoitti osaltaan *perheenjäsenten huomiotta jättäminen*. Muualla asuvat perheenjäsenet saattoivat jäädä huomiotta koska he itse eivät olleet aktiivisia osallistujia hoidossa. Perheenjäseniltä odotettiin aktiivisuutta myös kotihoidon suuntaan. Jos muualla asuvat perheenjäsenet eivät itse olleet aktiivisia, ei myöskään hoitaja aina ollut aktiivisesti yhteydessä heihin.

*”No ei jos ei se itte kerta..jos se pysyy siä viiren kilometrin pääs eikä oo yhteydes niin kyllä se jää sitte varmahan se tytär kyllä aika omillensa. Että kyllä se vaatii sitten siltä vastapeluriltaki vähä jotaki kontaktia, että niin..” (h2)*

## 6. POHDINTA

### 6.1. Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa perhehoitotyön kehittämiseksi. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa oli monimuotoista yhteistyötä perheen kanssa, jossa hoitajilla oli merkityksellinen rooli. Toisaalta perhehoitotyön toteuttamiselle ilmeni rajoitteita.

Kotihoidossa yhteistyötä perheiden kanssa pidetään onnistuneen hoidon edellytyksenä, ja se tekee yhteisyydestä joustavaa ja sujuvaa (Aura ym. 2010). Tämän tutkimuksen tuloksissa korostuu myös kotihoidon ja ikäihmisten perheiden välinen yhteistyö. Yhteistyö se oli laajaa ja monimuotoista. Kotihoidolla oli paljon yhteistyötä ikäihmisten perheiden kanssa ja yhteydenottoja tapahtui sekä perheiltä hoitajalle että hoitajilta perheiden suuntaan. Kotihoidon ja perheiden avointa ja tiivistä yhteistyötä ikäihmisten hoidon järjestämiseksi pidetään onnistuneen kotihoidon edellytyksenä. Hoitajilla tulisi olla aktiivinen rooli yhteistyön tekemisessä ja hoitajilta tulevat yhteydenotot perheiden suuntaan on aiemminkin koettu positiivisena asiana. (Hautsalo ym. 2016). Tässäkin tutkimuksessa hoitajalla oli yhteydenpidossa merkittävä rooli tiedottaessaan perhettä erilaisista asioista liittyen ikäihmisen hoitoon tai auttaessaan ikäihmistä pitämään yhteyttä perheeseensä. Turjamaan ym. (2014) tutkimuksessakin tuli esiin hoitajien tärkeä rooli auttaessaan ikäihmistä pitämään yhteyttä perheeseensä.

Monilla ikäihmisillä perheet osallistuivat hoitoon monin eri tavoin ja osallistumistavoista sovittiin hoitoneuvotteluissa. Aiemmissakin tutkimuksissa perheiden mukaanottaminen hoitoon on koettu tärkeäksi (Häggström ym. 2007, Hautsalo ym. 2012). Hoitoneuvotteluissa ja niissä sovittujen asioiden merkitys korostui tutkimuksessa. Hoitoneuvottelut vaikuttivat olevan koko ikäihmisten kotihoidossa tapahtuvan hoidon perusta.

Hoitajien tulisi huomioida ikäihmisten ja heidän perheidensä muuttuva tuen tarve (Hautsalo ym. 2012). Tämänkin tutkimuksen tulosten mukaan hoitaja huomioi työssään kokonaisuutena ikäihmisen ja hänen perheensä hyvinvointia sekä arvioi tuen tarvetta. Hoitaja teki jatkuvasti arvioita perheen tilanteesta; Miten perheessä voidaan, seurasi ikäihmisen ja perheenjäsenten välisiä suhteita ja arvioi esimerkiksi omaishoitajan jaksamista. Kotihoidon hoitajilla on tärkeä tehtävä tunnistaa ikäihmisten hyvinvointia uhkaavia tekijöitä. Hoitajat näkevät säännöllisten käyntiensä yhteydessä ikäihmisten

kokonaistilanteet sekä niissä tapahtuvat muutokset. (Eloranta ym. 2012.) Jos samassa taloudessa asui muitakin kun ikäihminen yksin otettiin heidätkin joka käynnillä huomioon. Haastavia tilanteita oli kun hoitaja joutui olemaan välikätenä ja sovittelijana ikäihmisen ja hänen perheensä välisissä suhteissa.

Hoitajalle kuului perheen neuvonta muuttuvissa tilanteissa mikä vaatii hoitajalta laajaa yleistietämystä tarjolla olevista ikäihmisten palveluista. Ikäihmisten hoitajilla on aiemminkin todettu olevan hyvin laaja ja haasteellinen työnkuva palveluverkoston laajuuden vuoksi (Hietala ym. 2012). Hoitajan tehtäviin kuului myös perinteisiä sosiaalityöntekijän tehtäviä eli hoitaja avusti perhettä esimerkiksi erilaisten etuuksien hakemisessa ja edunvalvonta-asioiden eteenpäin viemisessä. Pystyäkseen avustamaan perhettä näissä asioissa edellyttää tämä hoitajalta hyvää perehtymistä näihin asioihin.

Luottamukselliset ja hyvät välit perheeseen koettiin tärkeäksi. Hoitajalle oli tärkeää, että luottamus perheeseen muodostuu ja luottamus saadaan pidettyä. Jos hoitajat luovat luotettavan suhteen ja ilmapiirin, se edistää koko perheen hyvinvointia. Läheinen suhde hoitajien, ikäihmisen ja perheen kesken saa kaikki puhumaan ja kertomaan asioistaan toisilleen. Tämä auttaa perhettä vähentämään huolenaiheitaan ja auttaa sopeutumaan eri elämäntilanteisiin. Luottamuksellinen suhde kaikkien hoitoon osallistujien välillä on keskeinen tekijä hyvässä hoitotuloksessa. (Saveman ym. 2005.) Hoitajien ja ikäihmisten luottamuksellisten suhteiden ansiosta ikäihmiset voivat kertoa henkilökohtaisista aiheistaan, kuten iloistaan ja suruistaan, hoitajalle (Turjamaa ym. 2014).

Suhde omahoitajaan on tärkeä osa ikäihmisen elämää (Turjamaa 2014, 29). Omahoitaja vastaa hoidettavansa kokonaisvaltaisesta hoidosta, koordinoi hoitoa ja on ensisijainen yhteydenpitäjä ikäihmisen perheeseen. Perhe voi kokea turvallisuutta kun tietää hoitajan käyvän ikäihmisen luona (Hautsalo ym. 2016). Hoitajan ja erityisesti omahoitajan tärkeys koko perheelle tuli esiin tässäkin tutkimuksessa. Perheen koettiin luottavan hoitajaan. Omahoitajan avustuksella hoidettiin monia ikäihmisen asioita ja hän oli perheelle niin läheinen, että hän osallistui usein ikäihmisen hautajaisiin. Perhe piti omahoitajaa jopa perheenjäsenenä. Omahoitajuus auttaa hoitajaa tuntemaan omahoidettavansa paremmin ja se puolestaan lisää perheiden ja hoitajan yhteistyön sujuvuutta (Aura ym. 2010).

Tutkimus tuotti uutta tietoa perhehoitotyön toteutumista rajoittavista tekijöistä. Kaikilla ikäihmisillä perhe ei halunnut syystä tai toisesta osallistua hoitamiseen. Syynä saattoi olla esimerkiksi se, että kun

ikäihminen oli saatu kotihoidon palvelujen piiriin, niin perheessä ajateltiin, että nyt kaikki hoito saa tapahtua kotihoidon avulla. Taustalla saattaa olla myös esimerkiksi väsymistä. Jos perhe on jo pitkään hoitanut ikäihmistä omin voimin, koetaan ulkopuolelta saatu apu helpotuksena, jolloin jätetään kaikki hoito muiden varaan. Syynä saattoi olla myös perheenjäsenten asuminen kaukana tai heidän oma elämäntilanteensa, jolloin aikaa tai mahdollisuutta auttamiseen ei ollut.

Tutkimus tuotti myös uutta tietoa perheen haluttomuudesta olla tekemisissä ikäihmisen kanssa. Tämä oli yllättävä tulos, vastaavia tuloksia ei aiemmista tutkimuksissa löytynyt. Tutkimuksen mukaan oli tilanteita, joissa perhe ei halunnut olla syystä tai toisesta missään tekemisissä ikäihmisen kanssa. Nämä olivat ikäviä tilanteita niin ikäihmiselle kuin hoitajalle. Jos perhe ei ollut tekemisissä ikäihmisen kanssa saattoi taustalla olla esimerkiksi joku vuosia tai vuosikymmeniä sitten sattunut tapahtuma joka oli jäänyt varjostamaan perheenjäsenten välejä eikä asiaa ollut käsitelty. Näitäkin tapauksia toivoisi jotenkin ikäihmisen ja perheen kanssa käsiteltävän, että yhteys ikäihmisen ja perheen kanssa saavutettaisiin. Tämä vaatii tietysti ikäihmisen omaa halua käsitellä näitä asioita ja toisaalta tilanteet vaativat kotihoidon hoitajalta hienotunteisuutta ja ammattitaitoa toimia näissä haastavissa tilanteissa.

Tutkimuksen mukaan oli yhä enemmän tilanteita, että ikäihmiseltä puuttui perhe, jolloin hänen hoitamisensa jäi siitäkin syytä vain kotihoidon vastuulle. Perheen puuttuminen voi selittyä yhä ikääntyvämmällä väestöllä, jolloin perheestäkään ei enää löydy auttajia tai perheenjäsenet voivat asua niin kaukana, että mahdollisuutta aktiiviseen hoitoon osallistumiseen ei ole. Muualla asuvia perheenjäseniä ei aina huomioitu hoitajankaan toimesta, jos he eivät itse olleet aktiivisia. Kuitenkin jos ikäihminen ei kiellä, olisi hoitajan hyvä yrittää ottaa perhe mukaan hoitoon jollakin tavalla. Perhettä olisi rohkaistava osallistumaan hoitoon (Hautsalo ym. 2012). Perhe saattaa jättäytyä hoidossa taustalle, koska perhe kokee olevansa hoidossa sivullisia (Rintala 2014, 52). Hoitajan on hyvä varmistaa, että perheen hoitoon osallistumattomuuden syynä ei ole heidän kokemus sivulliseksi jäämisestä.

Hyvin toimiva yhteistyö ikäihmisten hoidossa parantaisi sekä ikäihmisen että koko perheen hyvinvointia. (Hautsalo ym. 2012). Olisi hyvä miettiä voisiko hoitaja kuitenkin ottaa hoitoon osallistumattomuuden puheeksi perheen kanssa. Yhdessä hoitaja, perhe ja ikäihminen voisivat koettaa miettiä onko jotakin tapoja miten perhekin voisi osallistua hoitoon. Perheelle on hyvä tuoda esiin, että ikäihmisellekin on tärkeää perheen hoitoon osallistuminen vaikka se ei olisikaan päivittäistä.

Jos ikäihmisellä ei ole perhettä voi se tuoda myös mukanaan yksinäisyyttä. Yksinäisyyden torjunta on haaste perhehoitotyöllekin; miten torjua yksinäisyyden tunnetta perheettömien ikäihmisten kohdalla? Tämä luo haasteen huomioida myös ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi. Näiden asioiden huomioonottamista täytyy jatkossa mieltiä. Jo aiemmin on tuotu esiin, että kotihoidon työmuotoja täytyy kehittää siten, että pystytään tunnistamaan paremmin ikäihmisten psykososiaalisen tuen tarpeet sekä etsimään heille itselleen sopivia tapoja näiden tarpeiden vahvistamiseksi (Eloranta ym. 2012.)

Ikäihmiselläkin on itsemääräämisoikeus ja jos ikäihminen ei halunnut perheen osallistuvan hoitoneuvotteluun tai kielsi asioistaan puhumisen perheelle, hoitajan täytyi kunnioittaa tätä päätöstä. Ikäihmiset eivät mieltäneet hoitoneuvotteluja aina tärkeäksi. He eivät halunneet perheen osallistuvan hoitoneuvotteluihin tai he kokivat perheen osallistumisen turhaksi. Tämä esti osaltaan perhehoitotyön toteuttamista.

Hoitoneuvotteluissa yhteisesti sovitut asiat ohjaavat ikäihmisten hoitoa kotona. Hoitajan on tärkeää perustella ikäihmiselle miksi olisi hyvä, että ainakin joistakin asioista puhuttaisiin ja sovittaisiin myös perheen kanssa. Olisi tärkeää, että hoitoneuvotteluunkin osallistuisi joku perheenjäsen jolloin perheen mukaanottaminen hoitoon onnistuisi luontevasti. Jo aiemmin on ilmennyt, että sekä ikäihmisen että perheen osallistuminen hoitoneuvotteluun ja hoidon suunnitteluun edesauttaa ikäihmisen hoidon tarpeiden määrittelyä ja hoidoista voidaan suunnitella yksilöllisempiä huomioiden paremmin hoidon toteuttamisen resurssit. Näin edistetään myös ikäihmisen kotona-asumista. (Eloranta 2009, 59, Turjamaa 2014, 48.)

## **6.2. Tutkimuksen luotettavuus**

Tämä tutkimus toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimuksen toteuttamisen ajan (TENK 2012). Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin tarkastelemalla koko tutkimusprosessin ajan yleisiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä: uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129). Tutkimuksessa noudatettiin luotettavuuden kriteereitä koko tutkimusprosessin ajan aina pohdintaan ja johtopäätöksiin saakka. (Graneheim ym. 2017).

Tutkimukseen osallistujat työskentelivät ikäihmisten kotihoidossa, joten heillä oli paras tieto tutkimuksessa tutkitusta ilmiöstä (Bolderston 2012). Uskottavuutta pystyttiin lisäämään keskustelemalla tutkimuksen tuloksista jo analyysivaiheessa gradu -ryhmässä ja etsimällä tuloksia vastaavia yhtäläisyyksiä aikaisemmista tutkimuksista (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimukseen käytettiin tarpeeksi aikaa, jotta oli mahdollisuus rauhassa keskittyä tulosten analysointiin ja koko tutkimusprosessin läpiviemiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Uskottavuutta lisäsi tutkijan pitämä tutkimuspäiväkirja, johon hän merkitsi prosessin kuluessa tapahtuneita asioita sekä tekemiään valintojaan ja kokemuksiaan. Tutkimuspäiväkirjan kuvauksia tutkija käytti oman toimintansa tiedostamisessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128, Connelly 2016.) Uskottavuuden kannalta oli tärkeää varmistaa, että mitään merkityksellistä tietoa ei vahingossa tai systemaattisesti jätetty pois. Oli myös varmistettava, ettei merkityksettömiä tietoja ole mukana. Tekstilainauksilla pystyttiin antamaan lukijoille mahdollisuus arvioida luokkien sisältöjen samankaltaisuutta. (Graneheim & Lundman 2004.) Tutkijalla ei ollut tutkimukseen vaikuttavia sitoumuksia. (Cope 2014).

Triangulaatiota olisi voinut käyttää aineiston keruuvaiheessa yhdistämällä eri aineistonkeruumenetelmiä lisäämään tutkimuksen uskottavuutta (Kylmä ym. 2003, Cope 2014). Tutkija teki tutkimuksen yksin. Useamman tutkijan mukanaolo oli mahdollistanut triangulaation käytön myös esimerkiksi tulosten analyysivaiheessa (Patton 1999).

Vahvistettavuutta parannettiin kuvaamalla tarkasti koko tutkimusprosessi alusta loppuun (Cope 2014). Tutkimuksen aikaisista tapahtumista, toiminnoista ja päätöksistä tehtiin muistiinpanoja (Connelly 2016). Laadullisessa tutkimuksessa tulokset ovat aina tulkintoja. Vahvistettavuuden parantamiseksi tutkimuksessa kuvattiin mahdollisimman tarkasti miten tuloksiin päädyttiin. Luotettavuuden parantamiseksi lukijalle selvitettiin tutkimusraportissa miten tulkintoihin on päädytty ja havainnot esitettiin tavalla, joka mahdollistaa lukijan muidenkin tulkintojen miettimisen. Raportoinnissa käytetyt suorat lainaukset aineistosta lisäsivät tietoa siitä miten tulkintoja on tehty. (Cope 2014.)

Tutkimusprosessin aikana palattiin useamman kerran alkuperäisaineistoon ja tulosten muodostamisessa varmistettiin luokkien yhteys alkuperäiseen aineistoon sekä ylä- ja alaluokkien sisältöjen yhteys toisiinsa. Vahvistettavuutta lisäsi analyysiin käytetty riittävän pitkä aika ja analyysin johdonmukainen eteneminen. Aineiston alkuperäisilmaisuja käytettiin raportissa osoittamaan aineiston ja saatujen lopputulosten väliset yhteydet. (Kylmä & Juvakka 2007, 117, Elo ym. 2014.)

Analyysin eteneminen on kuvattu niin, että lukija pystyy seuraamaan pääpiirteittäin sen etenemistä ja saa selville miten lopputuloksiin on päädytty. Analyysin luotettavuutta on pohdittu ja esitetty tutkijan oma näkemys tutkimuksen luotettavuudesta kokonaisuudessaan (Kyngäs ym. 2011). Vahvistettavuutta olisi voinut vielä parantaa kysymällä haastatteluun osallistuneiden mielipiteitä tutkijan saamista tuloksista ennen niiden lopullista julkaisua. (Graneheim & Lundman 2004.)

Refleksiivisyyttä arvioitaessa tutkija arvioi omaa toimintaansa tutkijana, miten hän itse vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoonsa (Kylmä ym. 2003). Tutkija ei ole aiemmin tehnyt pro gradu - tutkielmaa ja tämä voi heikentää luotettavuutta, koska aiempaa kokemusta vastaavan tutkimuksen tekemisestä ei ole. Tutkija on kuitenkin tehnyt muutamia muita opinnäytetöitä aiempiin opintoihinsa liittyen ja näin saadusta kokemuksesta oli hyötyä tutkimusprosessissa. Tutkijalla on kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä aiemmissa opinnoissaan. Haastatteluja tutkija ei ollut aiemmin tehnyt ja hän joutui perehtymään avoimeen haastatteluun aineiston keruumenetelmänä. Kokemattomuus haastattelijana saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi vaikka haastattelut sujuivat suunnitellusti. Nauhurin toiminta oli varmistettu huolellisesti testaten sen toiminta etukäteen ennen jokaista haastattelua. Haastattelut suoritettiin rauhallisissa tiloissa ja haastatteluihin ei tullut keskeytyksiä mikä osaltaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija huolehti haastattelun aikataulusta ja aiheesta pysymisestä. Mikään haastattelu ei venynyt liian pitkäksi ja haastattelun aiheesta pysyttiin kaikissa haastatteluissa hyvin. (Kylmä & Juvakka 2007, 90–93.)

Tutkijalla ei ollut kokemusta kotihoidossa työskentelystä, mikä saattoi parantaa tutkimuksen luotettavuutta, koska omat ennakkokäsitykset toimintatavoista eivät vaikuttaneet analyysiin ja tuloksiin. Tutkijan pitkä kokemus hoitotyöstä toi lisää ymmärrystä tutkittavaan aiheeseen ja auttoi tulosten tulkintaa (Mays & Pope 2000).

Siirrettävyyden helpottamiseksi tutkimusraportissa on kuvattu selkeästi ja tarkasti tutkimukseen osallistujat, heidän valintatapansa sekä tutkimusympäristö. Myös tutkimuksen suoritustapa kuvattiin tarkasti. Näin lukijalle annettiin hyvä mahdollisuus itse päättää voidaanko tutkimuksen tuloksia siirtää toiseen vastaavaan ympäristöön (Gelling 2015). Tulosten raportoinnissa käytetyt suorat lainaukset vahvistavat osaltaan tulosten siirrettävyyttä (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimukseen osallistui kahdeksan haastateltavaa, joten tutkimustulosten yleistettävyyteen muihin vastaaviin toimintaympäristöihin täytyy suhtautua kriittisesti vaikka laadullisessa tutkimuksessa tärkeämpää on

aineiston laatu kuin määrä. Tässäkin aineistossa oli havaittavissa saturoitumista mikä kertoo riittävästä aineiston määrästä. (Kylmä ym. 2003, Eskola & Suoranta 1998, 62-63).

Tutkimukseen osallistujat saivat itse ilmoittautua haastateltaviksi, joten tutkija ei vaikuttanut haastateltavien valintaan. Haastattelupyyntö kohdentui työntekijäryhmiin, joilla on tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastateltaville selvitettiin tutkimusprosessin kuluessa useamman kerran tutkimuksen tavoitetta ja tarkoitusta. Lisäksi tarkennettiin useamman kerran mitä perhehoitotyöllä tässä tutkimuksella tarkoitetaan. Näin haastateltavat olivat hyvin tarkasti perillä mistä aiheesta haastattelussa on tarkoitus keskustella, koska perhehoitotyö käsitteenä kuitenkin on vielä tulkintaa aiheuttava. Myös etukäteen lähetetty tutkimuskysymys antoi haastateltavalle mahdollisuus jo etukäteen valmistautua haastatteluun. Avoin haastattelu aineiston keruumenetelmänä soveltui hyvin tähän tutkimukseen, koska aiheesta on niukasti aiempaa tietoa. Avoimen haastattelun aikana tutkijalla oli mahdollisuus halutessaan esittää lisäkysymyksiä haastateltavalle. (Kylmä & Juvakka 2007, 80, 92–93).

### **6.3. Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimuksen eettisyyttä mietittiin koko tutkimusprosessin ajan. Jo aiheen valinta ja tutkimuskysymyksen muodostaminen ovat eettisiä ratkaisuja. Tutkimuksen aihepiiriä miettiessä tulee pohtia, että tutkimuksesta tulisi olla hyötyä muille ihmisille. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tutkimussuunnitelma ja tutkimusraportointi tehtiin huolellisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149–150). Ennen tutkimuksen toteuttamista tutkimussuunnitelma hyväksyttiin tutkielman ohjaajilla ja tutkimuslupien saaminen organisaatioista oli ehto tutkimuksen toteuttamiselle. Jo ennen tutkimuslupien hakemista tutkija oli yhteydessä tutkimukseen osallistuviin organisaatioihin käytännön asioista sopimiseksi. (TENK 2012.) Tutkimusluvut haettiin organisaatioista heidän edellyttämällään tavalla. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu, koska tutkimus ei kohdistunut asiakkaisiin. (TENK 2019.)

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite sekä tieto tutkimusaineiston käsittelystä, säilyttämisestä ja hävittämisestä kerrottiin haastatteluun osallistuville etukäteen tutkimustiedotteessa (TENK 2019). Haastatteluiden yhteydessä kerättiin haastateltavilta henkilötietoina mm, sukupuoli, iät ja ammattinimikkeet. Lisäksi tutkija tuli tietämään haastateltavien nimet ja nämä koottiin tiedostoksi jolloin muodostui henkilörekisteri. (Finlex 1050/2018). Näitä tietoja käytettiin kuvaamaan

tutkimukseen osallistuneita henkilöitä, mutta esimerkiksi osallistuneiden nimiä ei tuotu esiin missään kohtaa tutkimusraporttia ja muutenkaan tutkimukseen osallistuneita ei pysty tunnistamaan tutkimusraportista. Haastateltaville kerrottiin sekä tutkimustiedotteessa että vielä haastattelutilanteissa haastatteluiden ehdottomasta luottamuksellisuudesta sekä siitä, että heitä ei voida tunnistaa haastatteluiden perusteella. Tutkimuksessa saadut tiedot pidettiin luottamuksellisia eikä niitä käytetty muihin tarkoituksiin kuin siihen mihin haastateltavat olivat suostumuksensa antaneet. (TENK 2019).

Tutkimustiedotteessa tuotiin esiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä se, että tutkimukseen osallistuja voivat keskeyttää tai perua osallistumisensa milloin tahansa ilmoittamalla siitä tutkijalle. Nämä asiat kerrattiin vielä jokaisen haastattelun alussa. (TENK 2019). Useamman kerran tapahtuvan tutkimuksesta tiedottamisen tarkoitus oli tiedon antamisen lisäksi tavoite varmistaa, että haastateltava myös ymmärtää saadun informaation ja saatu info olisi oikein ajoitettua (Kylmä & Juvakka 2007, 150).

Tutkimukseen osallistujilla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan joko sähköpostilla tai puhelimitse jos kysyttää tutkimuksesta tuli missä vaiheessa tutkimusprosessia tahansa. Haastateltavat allekirjoittivat tietoon perustuvat kirjalliset suostumukset haastattelujen yhteydessä ja tutkija säilytti ne huolellisesti lukitussa kaapissa. (TENK 2019).

Tutkimustulokset raportoitiin avoimesti tuoden esiin tutkimustulokset mahdollisimman totuudenmukaisesti mutta haastateltavia suojellen. Käytettyjen autenttisten lainausten yhteydessä täytyi miettiä, että haastateltavia ei tunnista käytetyistä lainauksista. (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Lainauksen yhteydessä haastateltavista käytettiin vain haastateltavien tunnistekoodia. Tutkimukseen osallistuneiden haastateltavien työskentelyorganisaatioita ei mainittu lopullisessa tutkielmassa osallistujien anonymiteetin säilyttämiseksi. (TENK 2019).

Tutkimusaineiston säilyttämisessä ja hävittämisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012) sekä Tampereen yliopiston tutkimusaineistojen hallinnan -oppaan (2019) ohjeistusta. Tutkimusaineisto säilytettiin tutkimuksen ajan lukitussa paikassa ja tietokone, johon aineisto oli tallennettu, oli vain tutkijan käytössä ja aineisto suojattiin salasanalla. Kaikki tutkimukseen liittyvä aineisto hävitettiin tutkimuksen päätyttyä. Tutkimukseen osallistuvilta ei pyydetty suostumusta tutkimusaineiston myöhempää käyttöä varten muuhun tarkoitukseen, joten aineistoa ei ollut tarpeen säilyttää pidempään.

#### 6.4. Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa:

1. Perhehoitotyö ikäihmisten kotihoidossa on monimuotoista yhteistyötä perheen kanssa. Hoitopalaverin ja hoitopalavereissa sovittujen asioiden merkitys on tärkeä ikäihmisten hoidon toteuttamisessa.
2. Perhehoitotyössä hoitajan rooli on keskeinen ja työnkuva on laaja. Hoitajan tulee olla aktiivinen sekä hänen tulee osata tukea ja neuvoa ikäihmistä ja hänen perhettään tilanteiden muuttuessa kotona. Lisäksi hoitaja arvioi koko ajan koko perheen hyvinvointia.
3. Hoitajalla on tärkeä merkitys koko perheelle. Erityisesti omahoitajan rooli korostuu. Luottamus omahoitajaan on vahva.
4. Perhehoitotyön toteuttamista rajoittavat monet asiat kuten ikäihmisten itsemääräämisoikeus ja perheen haluttomuus osallistua hoitoon. Kaikilla ikäihmisillä ei ole lainkaan perhettä.
5. Hoitajan on tärkeä korostaa ikäihmisille ja heidän perheilleen hoitoneuvottelun tärkeyttä sekä pyrkiä itse osaltaan edistämään perheenkin osallistumista hoitoneuvotteluihin.

#### 6.5. Suosituksia käytäntöön

Ikäihmisten kotihoidossa olisi jatkossa hyvä miettiä miten on mahdollista vaikuttaa perhehoitotyötä rajoittaviin tekijöihin. Keskustelu ikäihmisen itsensä kanssa perheen merkityksestä kotihoidon toteuttamisessa voisi olla yksi vaihtoehto lisätä ikäihmisten tietämystä perheiden merkityksestä kotihoidon kokonaisuudessa. On tärkeä tuoda ikäihmiselle itselleenkin ilmi miksi myös perheen rooli on tärkeä niin hoitoneuvotteluissa kuin jokapäiväisessä hoidon toteuttamisessakin. Jos perhe saadaan mukaan hoitoneuvotteluihin, voi se edesauttaa perheen mukanaoloa ikäihmisen kotihoidon toteuttamisessa. Toisaalta hoitajan pitää varmistaa, että ikäihmisen salliessa perheen osallistumisen

hoitoneuvotteluun, on perhe myös tietoinen hoitoneuvottelun ajankohdasta ja mahdollisuudesta osallistua siihen.

## **6.6. Jatkotutkimusaiheita**

Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa millaista perhehoitotyö on ikäihmisten kotihoidossa hoitajien näkökulmasta. Jatkossa olisi tarpeellista tutkia millaisia kokemuksia ikäihmisillä itsellään ja heidän perheillään on perhehoitotyön toteutumisesta kotihoidossa.

Tutkimusta voisi tehdä myös siitä mitä hoitajat, ikäihmiset tai heidän perheensä käsittävät perhehoitotyöllä. Perhehoitotyö käsitteenä on vielä osittain tuntematon ja käsitteen tietämystä olisi hyvä selvittää ja tuoda siten käsitettä ja sen sisältöä vielä paremmin tietoisuuteen. Perhehoitotyö seataan usein perhetyö tai perhehoito -käsitteisiin, koska käsitteet ovat niin lähellä toisiaan vaikka jokaisen käsitteen sisällöllinen merkitys on ihan eri.

Vielä laajempi tutkimus perheiden osallistumisesta ikäihmisten hoitoon olisi tarpeellista. Tutkimus voisi olla määrällinen tutkimus jossa selvitettäisiin mihin asioihin ja miten paljon määrällisesti tai ajallisesti ikäihmisten perheet ikäihmisten hoidossa osallistuvat.

**LÄHTEET:**

- Aura M., Paavilainen E., Asikainen P., Heikkilä A., Lipponen V. & Åstedt-Kurki P. (2010) Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* **8**(2), 14–21.
- Bell J. (2009) Family System Nursing Re-examined. *Journal of Family Nursing*. **15**(2), 123-129.
- Bell J. (2013) Family Nursing Is More Than Family Centered Care. *Journal of Family Nursing* **19**(4), 411–417.
- Bolderston A. (2012) Conducting a Research Interview. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* **43**, 66–76.
- Connelly L. (2016) Trustworthiness in Qualitative Research. *Medsurg Nursing* **25**(6), 436–437.
- Cope D. (2014) Methods and Meanings: Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum* **41**(1), 89–91.
- Crist J. (2005) The meaning for elders of receiving family care. *Leading Global Nursing Research* **49**(5) 485–493.
- Dale B., Saevareid H. & Söderhamn O. (2009) Testing and using Goldberg's General Health Questionnaire: Mental health in relation to home nursing, home help, and family care among older, care-dependent individuals. *International Journal of Mental Health Nursing* **18**(2), 133–143.
- Doane G. & Varcoe C. (2006) The “Hard Spots” of Family Nursing Connecting Across Difference and Diversity. *Journal of Family Nursing* **12**(1), 7-21.
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**(1), 107–115.
- Eloranta S. (2009) Supporting older people’s independent living at home through social and healthcare collaboration. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Eloranta S., Arve S., Viitanen M., Isoaho H., & Routasalo P. (2012) Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* **24**(1), 14–26
- Eskola J. & Suoranta J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Finlex 812/2000. *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Luettu 15.4.2020.
- Finlex 980/2012. *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Luettu 22.10.19
- Finlex 1301/2014. *Sosiaalihoitolaki*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Luettu 25.10.19.

- Finlex 1326/2010. *Terveysthuoltolaki*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 25.10.19.
- Finlex 1050/2018. *Tietosuojalaki*. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>. Luettu 31.5.2020.
- Floriano L., Capriata de Souza Azevedo R., Reiners A. & Sudré M. (2012) Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the family health. *Texto & Contexto Enfermagem* **21**(3), 543–548.
- Friedemann M-L. (1989) The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing* **14**, 211–216.
- Friedman M., Bowden V, & Jones E. (2003) *Family Nursing. Research, theory & practice*. Prentice Hall, Upper Saddle River NJ.
- Garcia-Vivar C., Astedt-Kurki, P., Brodsgaard, A, Dieperink K., Imhof, L., Kpnradsen H., Luttik, M., Mahrer-Imhof R., Ostergaard, B. & Svavarsdottir E. (2019) Prioritizing Family Health of Older People in Europe: Current State and Future Directions of Family Nursing and Family-Focused Care. *Journal of Family Nursing* **25**(2) 163–169.
- Gelling L. (2015). Qualitative research. *Nursing Standard* **29**(30), 43-47
- Graneheim U. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**(2), 105–112.
- Graneheim U., Lindgren BM & Lundman B. (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today* **56**, 29–34.
- Hammar P. (2008) *Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO -mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Hautsalo K., Rantanen A. & Åstedt-Kurki P. (2012) Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. *Journal of Clinical Nursing* **22**, 2953–2963.
- Hautsalo K., Rantanen A., Kaunonen M. & Åstedt-Kurki P. (2016) Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva Hoitotyö* **14**(1), 4–12.
- Hietala M., Malmström T., Kämäräinen V., Turtiainen A-M & Nummijoki J. (2012). Kotihoidon palveluverkoston hallinnan haasteet – ratkaisuna integrointi ja kordinointi. *Premissi* **7**(5), 24–31.
- Häggström E., Kihlgren A., Kihlgren M. & Sörlie V. (2007) Relatives' struggle for an improved and more just care for older people in community care. *Journal of Clinical Nursing* **16**(9), 1749–1757.
- Janzen W. (2001). Long-term care for older adults: The role of the family. *Journal of Gerontological Nursing* 2001 **27**(2), 36-43.
- Jonsdottir H. & Ingadottir T. (2011) Health in Partnership: Family Nursing Practice for People With Breathing Difficulties. *Qualitative Health Research* **21**(7), 927–935.

- Kasper J., Freedman V., Spillman B. & Wolff J. (2015) The Disproportionate Impact Of Dementia On Family And Unpaid Caregiving To Older Adults. *Health Affairs* 2015 **34**(10), 1642–1649.
- Kim E-Y. & Yeom H-E. (2016) Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing* **25**, 1683–1692.
- Kokorelias K., Gignac Monique A., Naglie G. & Cameron, J. (2019) Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Services Research* **19**(1), 564.
- Kuntaliitto. *Kotihoito*. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito> Luettu 25.10.19.
- Kylmä J. & Juvakka T. (2007) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kylmä J., Vehviläinen-Julkunen K. & Lähdevirta J. (2003) Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi. *Duodecim* **119**(7), 609-615.
- Mays N. & Pope C. (2000) Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* **320**(1), 50–52.
- Patton M. (1999) Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*. **34**(5 Pt2), 1189–1208.
- Paljärvi S. (2012) *Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Peltomäki P. (2014) *Kotona asuvan ikäihmisen perheen hyvä vointi*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Rintala T. (2014) Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen: substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* (1371).
- Sanerma P. (2009) *Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Saveman B-I., Mählen C. & Benzein E. (2005) Nursing students' beliefs about families in nursing care. *Nurse Education Today* **25**(6), 480-486.
- STM. (2017) *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi –20172019*. Julkaisuja 2017:6. <https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3960-8> Luettu 31.10.2019.
- TENK. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja se loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) Luettu 22.10.2019.
- TENK. (2019) *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen

neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakkoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf) Luettu 22.10.2019.

Tepponen M. (2009) *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

THL. (2013) *Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012*. THL. 14/2013. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN\\_ISBN\\_978-952-245-9664.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-9664.pdf?sequence=1) Luettu 22.10.2019

THL. (2019) *Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018*. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat> Luettu 22.10.19.

Tutkimusaineistojen hallinta (2019) Tampereen yliopisto. <https://libguides.tuni.fi/tutkimusaineistojen-hallinta/johdanto>. Luettu 22.11.2019.

Tuomi J. & Sarajärvi A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. EU.

Turjamaa R. (2014) *Older people's individual resources and reality in home care*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Turjamaa R., Hartikainen S., Kangasniemi M. & Pietilä A-M. (2014) Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Journal* **23**(212–2), 3206–3217.

Vilka H. *Tutki ja kehitä*. (2015) PS-Kustannus. Jyväskylä.

Åstedt-Kurki P. (2010) Family Nursing Research for Practice: The Finnish Perspective. *Journal of Family Nursing* **16**(3), 256–268.

Åstedt-Kurki P. & Kaunonen M. (2011) Family Nursing Interventions in Finland; Benefits for Families. Teoksessa Svavarsdottir E. & Jonsdottir H. (toim.) *Family Nursing in Action*. University of Iceland Press. Reykjavik.

## LIITE 1. SÄHKÖPOSTILLA LÄHETETTY PYYNTÖ OSALLISTUA TUTKIMUKSEEN

Hyvä ikäihmisten kotihoidossa työskentelevä lähi- tai sairaanhoitaja,

Suoritan hoitotieteen maisteriopintoja Tampereen yliopistossa ja olen nyt tekemässä pro gradu - tutkielmaani koskien perhehoitotyön toteutumista ikäihmisten kotihoidossa. Perhehoitotyöllä tarkoitetaan ikäihmisen perheen kanssa tehtävää yhteistyötä, hänen perheensä huomiointia ja ikäihmisen perheen mukaanottamista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Perheeksi käsitetään ikäihmiselle itselleen tärkeä ihminen. Hän voi olla perheenjäsen tai ikäihmiselle muuten läheinen henkilö.

Pyytäisin Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen liittyvään haastatteluun, koska teillä on parhaiten tietoa kyseisestä asiasta. Olen saanut työnantajaltanne luvan tutkimuksen suorittamiseen.

Oheisessa tutkimustiedotteessa on tarkempaa tietoa tutkimuksesta sekä ohjeet miten voitte ilmoittautua haastatteluun.

Työnantajanne kanssa on sovittu, että saatte osallistua haastatteluun työaikananne.

T: Anne Lehtinen

## LIITE 2. TUTKIMUSTIEDOTE

### **TIEDOTE TUTKIMUKSESTA IKÄIHMISTEN KOTIHOIDOSSA TYÖSKENTELEVILLE LÄHI- JA SAIRAAHOITAJILLE**

#### **Tutkimuksen nimi**

Perhehoitotyön toteutuminen ikäihmisten kotihoidossa.

#### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tarkoituksena on kuvata perhehoitotyön toteutumista ikäihmisten kotihoidossa. Soveltuisitte mukaan tutkimukseen, koska työskentelette kotihoidossa ja Teillä on parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

#### **Osallistumisen vapaaehtoisuus**

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman, että siitä on teille mitään haittaa.

Lukekaa rauhassa tämä tiedote. Jos Teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä minuun. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, pyydän Teitä ottamaan minuun yhteyttä mahdollisimman pian haastatteluajankohdan sopimiseksi (yhteystiedot löytyvät tiedotteen lopusta).

#### **Tutkimuksen toteuttaja**

Tämän tutkimuksen toteuttaja on Tampereen yliopiston TtM -opiskelija, jonka pro gradu -tutkielma tämä tutkimus on.

#### **Tutkimuksen tausta ja tarkoitus**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perhehoitotyön toteutumista ikäihmisten kotihoidossa. Tutkimukseen rekrytoidaan 15 haastateltavaa.

#### **Tutkimusmenetelmä**

Tutkimusaineisto kerätään avoimella haastattelulla. Haastatteluun varataan aikaa tunti ja haastattelu nauhoitetaan. Haastattelu tapahtuu organisaationne osoittamassa haastattelutilassa ja haastatteluajankohta sovitaan yhteisesti. Saatte osallistua haastatteluun työajallanne ja saatte tutkimuskysymykset tiedokseen jo ennen haastattelua. Haastattelun alussa teiltä tullaan pyytämään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

#### **Tutkimuksen mahdolliset hyödyt**

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa perhehoitotyön toteutumisesta ikäihmisten kotihoidossa perhehoitotyön kehittämiseksi.

#### **Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat**

Tutkimuksesta ei tule olemaan Teille mitään haittaa.

#### **Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojaja**

Tutkimuksessa noudatetaan EU:n tietosuojasetuksen (679/2016) henkilötietojen käsittelyperusteita. Haastateltavilta kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään huolellisesti. Henkilöllisyytenne jää ainoastaan tutkijan tietoon. Tutkimuksen päätyttyä kerätty aineisto tullaan hävittämään. Haastateltavien henkilötiedot eivät tule näkymään loppuraportissa eikä haastateltavien tunnistaminen muutenkaan ole mahdollista. Tutkimustuloksissa Teihin viitataan ainoastaan haastattelukoodilla. Tutkimukseen osallistuvien haastateltavien työskentelyorganisaatioitakaan ei tulla julkaisemaan lopullisessa raportissa. Jos päätätte peruuttaa

suostumuksenne, peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Se on välttämätöntä tutkimustulosten varmistamiseksi.

**Tutkimuksen kustannukset**

Tutkimuksesta ei aiheudu Teille kustannuksia.

**Tutkimuksen päätyminen**

Tutkimuksen on tarkoitus valmistua syksyn 2020 aikana. Tutkimuksen valmistuttua työskentelyorganisaationne saa valmiin loppuraportin ja erikseen sovittaessa tutkimuksen tekijä voi tulla organisaatioon kertomaan tutkimuksen tuloksista.

**Lisätietoja**

Halutessanne kerron vielä lisätietoja tutkimuksesta. Jos haluatte osallistua tutkimukseen, ottakaa yhteyttä mahdollisimman pian: Anne Lehtinen xxxxxxxx (arkisin päiväaikaan tavoitat parhaiten tekstiviestillä) tai [anne.lehtinen@xxxxxxx](mailto:anne.lehtinen@xxxxxxx). Otan Teihin yhteyttä haastatteluajankohdan ja -paikan sopimiseksi.

Ystävällisin terveisin

Anne Lehtinen  
TtM- opiskelija, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

### LIITE 3. TIETOOON PERUSTUVA KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

#### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

**Tutkimuksen nimi:** Perhehoitotyön toteutuminen ikäihmisten kotihoidossa.

**Tutkimuksen tekijä:** Anne Lehtinen, TtM -opiskelija

**Kuvaus tutkimuksesta:** Tutkimus on pro gradu -tutkielma, joka on valmistuttuaan luettavissa julkisesti Tampereen yliopiston kirjaston tietokannassa. Valmis tutkielma luovutetaan myös tutkimukseen osallistuneiden haastateltavien organisaatioille.

Minulle on selvitetty yllämainitun tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon, minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus ennen tutkimuksen päättymistä milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Jos päätän peruuttaa suostumukseni, peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle mitään kielteisiä seurauksia.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelu nauhoitetaan ja antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

---

Paikka ja päiväys

---

Haastateltavan allekirjoitus

## LIITE 4. HAASTATELTAVILLE ETUKÄTEEN LÄHETETYT TAUSTAKYSYMYKSET JA HAASTATTELUKYSYMYKSET

### **HAASTATTELUKYSYMYKSET**

#### **Perhehoitotyö:**

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan ikäihmisen perheen kanssa tehtävää yhteistyötä, hänen perheensä huomiontia ja ikäihmisen perheen mukaanottamista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Tässä tutkimuksessa ollaan erityisesti kiinnostuneita siitä miten ikäihmisen muu perhe on mukana/otetaan mukaan kotihoidossa tapahtuvaan ikäihmisten hoitoon. Perheeksi käsitetään ikäihmiselle itselleen tärkeä ihminen. Hän voi olla perheenjäsen tai ikäihmiselle muuten läheinen henkilö.

#### **Taustakysymykset:**

Ikä?

Sukupuoli?

Lähihoitaja?/Sairaanhoitaja?

Kuinka pitkä työkokemus Teillä on hoitotyöstä?

Kuinka pitkään olette työskennelleet kotihoidossa?

#### **Haastattelukysymys:**

Kertokaa miten perhehoitotyötä toteutetaan ikäihmisten kotihoidossa?

## LIITE 5. HAASTATTELUN APUKYSYMYKSET

Miten toteutate perhehoitotyötä omassa työssänne?

Miten huomioitte työssänne myös ikäihmisen perheen?

Millaisissa asioissa Te hoitajana ja ikäihmisten perhe teette yhteistyötä? / Missä asioissa ikäihmisen perhe ottaa yhteyttä hoitajaan? / Missä asioissa Te hoitajana otatte yhteyttä ikäihmisen perheeseen?

Miten osallistatte / otatte mukaan ikäihmisen perheen kotihoidon palveluja saavan ikäihmisen hoitoon?

Millaisena näette perheen roolin ikäihmisten kotihoidon toteuttamisessa tällä hetkellä?

Miten hoitajana tuette ikäihmisen koko perheen hyvinvointia?

Miten työssänne hoitajana edistätte perhehoitotyön toteutumista?

Millaiseksi koette omat valmiutenne toteuttaa perhehoitotyötä omassa työssänne? Mikä edistää? Mikä estää?

