



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# ”TUNTUU, ETTÄ MYÖ OLLAAN SIELLÄ KOTONA VAIKKEI OLLAKAAN”

Kuopion kaupungin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia vuorovaikutuksesta virtuaalikotihoidon asiakkaiden kanssa

TEKIJÄT: Arja Hänninen  
Emma-Noora Leskinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Arja Hänninen ja Emma-Noora Leskinen	
Työn nimi Kuopion kaupungin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia vuorovaikutuksesta virtuaalipotilaiden asiakkaiden kanssa	
Päiväys	14.4.2020
Sivumäärä/Liitteet	38+4
Ohjaaja Anu Karhema	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion Kaupunki, Virtuaalipotilaiden hoito	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä kuvattiin virtuaalipotilaiden hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta Kuopion kaupungin virtuaalipotilaiden asiakkaiden kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin osana WelTech-hanketta, ja sen tavoitteena oli tuottaa vuorovaikutuksesta tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa kehitettäessä etähoitoa laadukkaammaksi niin Kuopion virtuaalipotilaiden hoitossa kuin muuallakin. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla Kuopion virtuaalipotilaiden hoitajilta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluinä, ja kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastatteluihin osallistui viisi työntekijää (n=5). Tutkimustuloksista saatua tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa virtuaalipotilaiden hoitajien perehdyttämistä tai osaamisen täydentämistä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös oppilaitoksissa; etähoitoyleistymisen tulee olemaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa huomionarvoinen asia opetuussuunnitelmia suunniteltaessa.</p> <p>Vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu hoitajan työssä, koska hoitotyö kohdistuu suoraan asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin. Vuorovaikutuksen onnistumisella koetaan olevan vaikutusta hoitotyön laatuun. Vuorovaikutustilanteet vaativat hoitohenkilökunnalta selkeää ja määrätietoista otetta hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi, mutta samalla vuorovaikutussuhteen tulee kuitenkin olla tasavertainen. Vuorovaikutustaitoja on mahdollista kehittää. Tutkimustulosten mukaan vuorovaikutus on erilaista etäyhteyden avulla kuin perinteisessä kotihoidossa, mutta vuorovaikutuksen koettiin kuitenkin onnistuvan hyvin, koska videoyhteys mahdollistaa myös sanattoman viestinnän huomioimisen. Virtuaalipotilaiden hoitossa on mahdollisuus keskittyä paremmin keskustelemaan asiakkaan kanssa, kun samaan aikaan ei tehdä muita työtehtäviä. Hyvät vuorovaikutustaidot, hoitoalan osaaminen ja pitkä työkokemus perinteisestä kotihoidosta ennen virtuaalipotilaiden hoitoon siirtymistä auttoivat hoitajaa työskentelemään virtuaalipotilaiden hoitossa. Asiakkaan myönteinen asenne virtuaalipotilaiden hoitoa kohtaan sekä riittävä toimintakyky edistävät vuorovaikutuksen syntymistä. Asiakkaan soveltuvuus virtuaalipotilaiden hoitoon asiakkaaksi pitääkin arvioida huolellisesti. Luottamussuhteen syntyminen asiakkaan ja hoitajan välille vaatii aikaa, mutta sen rakentaminen kannattaa, sillä hoitaja pystyy tällöin arvioimaan asiakkaan vointia luotettavammin ja nopeammin. Haasteita vuorovaikutuksen onnistumiselle toivat asiakkaan heikentyneet aistit ja toimintakyky, kun asiakas ei pystynyt toimimaan annettujen ohjeiden mukaisesti. Tekniikkälähtöiset ongelmat hankaloittivat vuorovaikutusta harvoin. Ulkopuoliset henkilöt asiakkaan kotona vaikeuttivat vuorovaikutusta, koska tällöin ei voitu keskustella asiakkaan kanssa avoimesti. Kaiken kaikkiaan virtuaalipotilaiden hoito koettiin hyvänä lisänä perinteisen kotihoidon rinnalla.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina voidaan tutkia miten virtuaalipotilaiden hoitoon asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen onnistumisen etäyhteyden avulla, ja eroako vuorovaikutuksen rakentuminen asiakkaan ja hoitajan välillä virtuaalipotilaiden hoitossa verrattuna perinteiseen kotihoidoon. Tulevaisuutta ajatellen on hyvä tutkia, millaista osaamista hoitaja tarvitsee virtuaalipotilaiden hoitossa ja voidaanko tätä osaamista kehittää jo hoitotyön koulutuksen aikana.</p>	
avainsanat vuorovaikutus, etähoito, virtuaalipotilaiden hoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Arja Hänninen and Emma-Noora Leskinen			
Title of Thesis The experiences of employees of Kuopio City Home Care in interactions with the clients of virtual home care			
Date	14.4.2020	Pages/Appendices	38+4
Supervisor(s) Anu Karhema			
Client Organisation /Partners City of Kuopio			
<p><b>Abstract</b></p> <p>This thesis deals with the experiences of nurses working in Virtual Home Care with the clients of Kuopio City Home Care. The thesis was carried out as part of the WelTech project. The aim of this thesis was to provide information about the interaction which could be beneficial in the future when improving the quality of telecare in Kuopio virtual home care, as well as elsewhere.</p> <p>The thesis was a qualitative study and the research material was collected through a thematic interview with employees of Kuopio Home Care. The interviews were conducted as individual interviews and the collected material was analyzed through content analysis. A total of five employees (n= 5) participated in the interviews. The information gathered from the results can be utilized in introduction process and developing the competence of new employees. The results can be of use in educational establishments; the generalization of telecare will be noteworthy in social services and health care education when planning curricula.</p> <p>The significance of interaction is emphasized in nursing because the client's health and wellbeing are affected directly by it and successful interaction will reflect in the quality of nursing. Interaction situations should be equal and the situations require a clear and determined approach of the personnel, in order the objectives of nursing to be met. These interaction skills can be developed. According to the results of the study the nature of telecare differs from the traditional nursing respectively, but overall, the interaction was described as successful because it allows non-verbal communication to be addressed. As other responsibilities are not performed simultaneously, telenursing enables more focused conversation with the client. Good interaction skills, health care experience and experience in the traditional home care before proceeding into telecare helped the nursing staff working in the virtual home care. The client's positive attitude towards virtual home care and a sufficient functional ability facilitate interaction. The client's suitability in telecare should be carefully assessed. Establishing a relationship of trust between the client and the nurse takes time, but it is worth building, as the nurse will be able to assess the client's health more reliably and quickly. Challenges to the success of the interaction were posed by the client's impaired senses and functional ability when the client was unable to follow the instructions given. Technology-driven problems rarely made interaction difficult. Outsiders in the client's home hampered the interaction because it was impossible to discuss openly with the client. Altogether, virtual home care was seen as a good addition to the traditional home care.</p> <p>Further research topics could be how virtual home care clients experience the success of remote interaction and whether the interaction in telecare and in traditional home care differ. For the future, it would be worth studying which kind of knowledge and skill a nurse working in virtual home care needs, and whether these can be developed already during the nursing studies.</p>			
Keywords interaction, telecare, virtual home care			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	VUOROVAIKUTUS JA ETÄHOITO.....	7
2.1	Vuorovaikutus.....	7
2.1.1	Ammatillinen vuorovaikutus .....	8
2.1.2	Dialoginen vuorovaikutus.....	9
2.1.3	Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä .....	10
2.2	Etähoito osana kotihoitoa .....	11
2.3	Aiempi tieto vuorovaikutuksesta virtuaalipotihoidosta .....	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	15
4	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO .....	16
4.1	Kohdeorganisaatio .....	16
4.2	Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä .....	17
4.3	Aineiston kerääminen.....	17
4.4	Aineiston analyysi .....	18
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	20
5.1	Taustatietoa haastateltavista .....	20
5.2	Hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta asiakkaiden kanssa.....	20
5.3	Hoitajien ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen toteutumista edistävät seikat .....	22
5.4	Hoitajien ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen toteutumista estävät seikat.....	25
6	POHDINTA.....	28
6.1	Tulosten tarkastelu .....	28
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	30
6.3	Ammatillinen kasvu .....	32
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	34
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	36
	LIITE 1: TIEDOTE TUTKITTAVALLE.....	39
	LIITE 2: SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUUN .....	40
	LIITE 3: TAUSTATIETOLOMAKE.....	41
	LIITE 4: TEEMAHAASTATTELURUNKO .....	42

## 1 JOHDANTO

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980, § 14) painottaa iäkkäälle väestölle kotiin annettavia palveluita. Lain mukaan kunnan on toteutettava pitkäaikainen hoito ensisijaisesti kodissa tai kodinomaisessa asuinpaikassa. Pitkäaikainen laitoshoido voidaan toteuttaa vain, jos siihen ovat lääketieteelliset tai turvallisuuteen liittyvät perusteet.

Etähoidon ja teknologian hyödyntämisen tarvetta hoitotyössä lisää väestön ikääntyminen ja kotihoidon asiakasmäärien lisääntyminen. Tämä vaatii jatkuvaa kehittämistä etähoidon toteuttamisessa. Etähoidon käytössä on huomioitava asioita hyvin moniulotteisesti ja tarkasteltava sen käyttöä moniammatillisesti unohtamatta asiakaslähtöisyyttä. Tämän pohjalta pystytään sanomaan, että etähoidon täytyy pystyä tukemaan asiakasta terveyden näkökulmasta, sekä asiakkaan osallisuuden ja sosiaalisuuden tarpeita tukien. Etähoidon tarpeen täytyy lähteä asiakkaasta ja hänen on hyväksyttävä teknologia osaksi arjen tukea. (ETENE 2010.)

Tutkimusten mukaan asiakkailla on kokemuksia ja toivomuksia siitä, että heidän itsenäisyytensä ja itsemääräämisoikeutensa säilyisi, jos he pystyisivät asumaan koti- tai etähoidon turvin vielä omassa kodissaan (Aalto 2018, 62–63; Holmberg, Valmari ja Lungren 2012, 710; Myllymäki 2014; Riikonen ja Paavilainen 2018, 121–122). Toisaalta koettiin häiritseväenä hoitajien tulon odottaminen tai kun heille soittivat hoitajat, joita potilaat eivät ennestään tunteneet. Häiritsevää oli myös se, että potilaat joutuivat mukauttamaan omat menonsa ja rutiininsa hoitajien aikatauluun. (Holmberg ym. 2012, 710.) Etähoito on yksi ratkaisu näihin haasteisiin. Kun ihmisellä on vielä toimintakykyä, mikä pitää hänet vielä aktiivisena toimijana, on onnistunut vuorovaikutus etähoidossa yksi keino tukea ihmistä heikentämättä hänen toimintakykyään. Onnistunut vuorovaikutus on merkittävä osa hoitoa ja siksi lähdemme selvittämään sitä.

Etähoito on tuonut tullessaan yhä uusia teknologisia sovelluksia, joita niin hoitajien kuin asiakkaidenkin on opeteltava käyttämään. Uusien asioiden opettelu lisäksi, myös tutut auttamismenetelmät voivat saada uusia piirteitä etähoidon myötä. Esimerkiksi vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä asemassa myös etähoitotyössä, koska vuorovaikutuksen avulla asiakasta pyritään auttamaan. Vuorovaikutus on monitasoista. Viestejä ei lähetetä ja vastaanoteta pelkästään puhumalla ja kuuntelemalla, vaan siihen vaikuttaa myös se mitä nähdään, koetaan ja tunnetaan (Ahonen 1992, 107). Vuorovaikutukseen vaikuttaa myös asiakkaan ja hoitajan asenne, persoonallisuus ja koko ihmisyyt (Ahonen 1992, 26–27). Vuorovaikutus on siis monen osatekijän summa ja vuorovaikutusosaaminen auttaa hoitajaa pääsemään hoitotyön tavoitteisiin eli hän pystyy vastaamaan asiakkaan tarpeisiin.

Olemme työskennelleet lähihoitajina kotihoidossa ja huomanneet, että etähoito on herättänyt paljon keskustelua kotihoidon henkilöstössä ja asiakkaissa. Osa kokee teknologian tervetulleeksi hoitotyöhön, osa pelkää sen etäännyttävän hoitajan hoidettavasta. Meitä kiinnostaa se, miten hoitajana osaisimme toteuttaa etähoitoa niin, että se palvelee sekä asiakasta että hoitajaa, molempia hyödyntäen.

Yksittäinen etähoitokontakti on kestoaltaan usein lyhyt, vain muutaman minuutin mittainen kohtaaminen asiakkaan kanssa (Alakoski 2017, 22). Sekä teknologian käyttö vuorovaikutuksen välineenä että käytettävissä oleva lyhyt aika voivat tuoda omia haasteitaan vuorovaikutuksen toteutumiselle. Vuorovaikutuksen tulisi kuitenkin olla vastavuoroista, eikä vain ammattilaisen yksinpuhelua (Ahonen 1992, 16). Ammattimaisessakin vuorovaikutuksessa autettavan asiakkaan ei tulisi olla vain auttamisen kohde, vaan toimiva ja osallistuva (Ahonen 1992, 49) sekä tasavertainen (Mönkkönen 2018, 16) auttajan kanssa.

Vuorovaikutuksen tutkiminen etähoitotyössä lähti liikkeelle WelTech-hankkeen kautta. Meille tarjottiin mahdollisuus osallistua johonkin sen kautta syntyneeseen hankkeeseen. Näistä etähoidon toteutuminen kotihoidossa tuntui meistä omimmalta omien työkokemustemme kautta. Yhteistyökumppaniksemme ja työmme tilaajaksi saimme Kuopion kaupungin virtuaalipotihoidon.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerätään teemahaastatteluilla. Tarkoituksena on kuvata virtuaalipotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta Kuopion kaupungin virtuaalipotihoidon asiakkaiden kanssa. Tavoitteena on tuottaa vuorovaikutuksesta tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa etähoidon kehittämisessä laadukkaammaksi Kuopion virtuaalipotihoidossa sekä mahdollisesti muuallakin.

## 2 VUOROVAIKUTUS JA ETÄHOITO

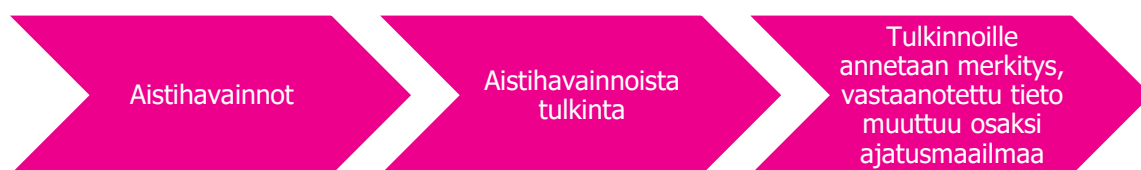
Hoitotyössä onnistunut vuorovaikutus on oleellinen osa asiakkaan ja hoitajan välistä yhteyttä ja hoitotyön toteutumista. Etähoidossa vuorovaikutusosaaminen korostuu, koska käytettävissä ei ole kaikkia vuorovaikutuksen elementtejä samalla lailla kuin silloin, kun ollaan asiakkaan kanssa fyysisesti samassa tilassa. Lisäksi vuorovaikutuksen onnistumiseksi on etähoidossa otettava huomioon tekniset seikat, etteivät nämä estä vuorovaikutuksen toteutumista. Kasvojen eleisiin ja ilmeisiin kiinnitetään enemmän huomiota, koska ei nähdä muuta sanatonta viestintää.

### 2.1 Vuorovaikutus

Vuorovaikutustaitoja opetellaan heti varhaislapsuudesta lähtien ja oppiminen jatkuu koko eliniän. Lyhykäisyydessään vuorovaikutuksessa heijastuu se, kuinka henkilöt suhtautuvat itseensä. Se voi olla kylmää ja välinpitämätöntä, tai lämmintä ja tilaa antavaa. Hoitotyössä lähtökohtana tulisi aina olla toisen kunnioittaminen ja tasavertaisuus vuorovaikutuksessa. Tällöin se tarkoittaa sitä, että kollegan tai potilaan kanssakäymiseen eivät vaikuta elämäkatsomus, äidinkieli, kansalaisuus, sukupuoli tai vakaumus. (Haho, 2014.)

Vuorovaikutus vaatii paljon osaamista hoitohenkilökunnalta ja on hoidon onnistumisen kannalta merkittävä osaamisala. Vaikka nykyään myös tekniikka lisääntyy, ei pidä unohtaa peruselementtejä hoitotyössä. Shea ja Chamoff (2012, 110) ovat kuvanneet vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä ja sen tärkeitä elementtejä. Vuorovaikutus on informaation siirtämistä ihmisten välillä ja se sisältää tiedon lähettämistä ja vastaanottamista. Vuorovaikutus voi olla haastavaa, koska tiedon lähettäjällä ja vastaanottajalla on eri kokemukset, halut ja uskomukset käsiteltävään asiaan, mikä muokkaa sitä, kuinka tieto lähetetään tai otetaan vastaan. Hyvin usein on myös varmistettava, että tieto on siirtynyt ja viesti on ymmärretty oikein.

Vuorovaikutuksen haasteellisuutta lisää myös se, että vuorovaikutuksessa jokainen tilanne on ainutkertainen. Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa jokainen on lähettäjän sekä vastaanottajan roolissa, eli emme vaikuta vuorotellen toisiimme, vaan olemme koko ajan vaikutuksessa toisiimme sillä hetkellä. Kun siirrämme informaatiota, niin samaan aikaan otamme vastaan havaintoja, teemme tulkintoja ja luomme niistä merkityksiä omassa ajatusmaailmassamme (kuvio 1). Luomiemme tulkintojen vuoksi on tilanteissa aina myös ei-tarkoituksellisia seurauksia. (Silvennoinen 2004, 28, 91.)



KUVIO 1. Viestinnän vastaanottamisen vaiheet (Silvennoinen 2004, 91).

Hoitajan tapa kommunikoida vaikuttaa olennaisesti asiakkaan kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Henkilöstön kyky viestiä nousee avainasemaan, kun asiakkaan hoidon, ohjauksen ja avun tarvetta kotioiloissa kartoitetaan ja edellä mainituille asioille asetetaan tavoitteet. Yksi tapa on se, että hoitaja kertoo potilaalle, mikä tulee olemaan potilaan tavoite ja ne keinot, joilla hän tähän tavoitteeseen pääsee. Norjalaisen tutkimuksen mukaan tämä ei kuitenkaan ole potilaan itseohjautuvuuden ja motivoitumisen kannalta paras vaihtoehto. Kommunikointi on yksisuuntaista, eikä anna potilaalle mahdollisuuksia osallistua tai ymmärtää hoidon tavoitteita. Aidossa vuorovaikutustilanteessa viestintä on kaksisuuntaista, jolloin potilas itse voi omin sanoin kuvata niitä asioita, jotka hän kokee ongelmallisiksi ja joissa toivoo tapahtuvan kehitystä. Henkilökunnan neutraali ote ja avoimien kysymysten käyttö on omiaan tehostamaan potilaan nykytilan kartoittamista ja tavoitteiden asettamista. Kuvatun kaltainen vuorovaikutustilanne vaatii henkilökunnalta kykyä johtaa ihmisiä (*leadership*), jotta vuorovaikutustilanne pysyy toivotussa kehityksessä. Potilaan osallistamisen kannalta henkilökunnan leadership-taidoilla on siis suuri merkitys tavoitteiden määrittämiselle. Tutkimuksen perusteella henkilökunnan ammattitaito korostuu vuorovaikutusosaamisessa. Paitsi substanssiosaamista, vaaditaan henkilökunnalta myös hyvät valmiudet viestiä erilaisten ihmisten kanssa vaihtelevissa olosuhteissa. (Moe, Ingstad ja Hildfrid 2017.)

Vuorovaikutuksen rakentumista kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välillä ovat tutkineet muun muassa Outila, Jumisko ja Kettunen (2014). Tämä tutkimus on kohdistettu niin sanottuun perinteiseen kotihoitoon, jossa hoitaja on fyysisesti läsnä asiakkaan kotona. Tutkimustulos kuvaa kuitenkin hyvin vuorovaikutuksen rakentumista ja sisältöä kotihoidossa. Tutkimuksen mukaan vuorovaikutus kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välillä kehystyi sisällöltään pääasiassa kolmella eri tavalla. Nämä olivat terveydenhoidon kehys, informaalin vuorovaikutuksen kehys ja kotihoidon erilaisten järjestelyiden kehys. Kaikissa näissä kehyksissä kotihoidon työntekijät olivat aloitteellisempia. Suurin osa, lähes 65 %, keskustelun aloituksista liittyi terveydenhoitoon. Informaalissa vuorovaikutuksessa aloitteen tekemisessä oltiin lähes tasa-arvoisia (työntekijät 51 % / asiakkaat 49 %). Kaikista tutkituista vuorovaikutustilanteista kolmessa neljäsosassa työntekijä oli aloitteellisempi. (Outila ym. 2014, 231–249.)

### 2.1.1 Ammatillinen vuorovaikutus

Vuorovaikutustaidot ovat merkittävä osa ammattitaitoa hoitotyössä (Silvennoinen 2004, 15). Vuorovaikutustaidoissa on kuitenkin koko ajan kehitettävää ja oppimista, eikä kukaan ole niissä koskaan valmis. Taidot kehittyvät vain kohtaamalla ihmisiä ja välillä onnistumalla tai epäonnistumalla erilaisissa kohtaamisissa erilaisten ihmisten kanssa (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168). Vuorovaikutuksen osaamisen puutteet näkyvät myös vuosittaisissa valituksissa sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirastolle (Markkanen 2009). Vuorovaikutustaidot kehittyvät ammatillisen kasvun rinnalla, mutta niitä voi myös tietoisesti kehittää niin, että taidot olisivat mahdollisimman tuottavat omassa työssä. Toisiin voidaan vaikuttaa toimivalla vuorovaikutuksella myönteisesti ja tämä tietenkin tuottaa myös tulosta, mikä nähdään työn onnistumisena eli hyvänä hoitotyön toteutumisena. (Silvennoinen 2004, 15.) Vuorovaikutuksen tehokkuus on sitä, että saavutetaan se mitä viestinnällä tavoitellaan (Mönkkönen 2018, 32).



Hoitajaa auttaa hyvään vuorovaikutukseen, kun hän tietää miten vuorovaikutus rakentuu ja osaa soveltaa tietoa käytännössä eri vuorovaikutustilanteissa (Vänskä 2011, 35). Tämän lisäksi hoitajan hyvä itsetuntemus auttaa häntä ymmärtämään paremmin myös asiakkaan vastaavat tunteet (Mäkisalo-Ropponen 2012, 60–61). Omien vahvuuksien ja heikkouksien tunteminen auttaa myös kehittämään omia vuorovaikutustaitoja. Kehittyminen vaatii lisäksi palautteen saamista omasta toiminnasta. (Vänskä 2011, 35; Mäkisalo-Ropponen 2012, 62.)

Ammatillinen vuorovaikutus terveysalalla koetaan usein haastavana. Nykyään korostetaan asiakaskeskeisiä vuorovaikutuksen malleja, vaikka edelleenkin voidaan tarvita myös suoran puuttumisen mallia. Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat erilaiset muuttujat ja etukäteen ei voi olla varma, mikä malli toimii missäkin tilanteessa. Pitäisikin muistaa, että jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen ja että erilaisia vuorovaikutuksen malleja voidaan käyttää kuhunkin tilanteeseen sopivasti ja eri malleja jopa saman vuorovaikutustilanteen aikana. (Mönkkönen 2018, 16–19, 33.)

Kirjallisuudessa ammatillinen vuorovaikutus jaetaan usein kolmeen eri ryhmään: asiantuntijalähtöinen, asiakaslähtöinen ja dialoginen vuorovaikutus (Mönkkönen 2018; Vänskä ym. 2011). Ammatillisessa vuorovaikutuksessa pyritään tasavertaiseen suhteeseen asiakkaan kanssa, mutta lähtökohtaisesti tilanne ei ole tasavertainen (Mönkkönen 2018, 50). Dialogisessa vuorovaikutuksessa pyritään tietoisesti siihen, että keskustelijat kokisivat olevansa mahdollisimman tasavertaisia (Haarakangas 2008, 28).

### 2.1.2 Dialoginen vuorovaikutus

Dialogi tulee kreikan kielestä sanoista dia (väliin) ja logos (tarkoitus). Dialogi on siis keskustelua, vuoropuhelua, missä kaikki osallistujat ovat vaikuttajia (Väisänen, Niemelä ja Suua 2009, 9) ja he pyrkivät rakentamaan yhteistä ymmärrystä eli heillä on yhteinen tavoite (Mönkkönen 2018, 108; Rantala 2011, 63; Haarakangas 2008, 27; Bohm 2004, 32–33). Joskus voidaan todeta, että yhteistä tavoitetta ei pystytä löytämään, mutta sekin voi olla tärkeää, että keskusteluyhteys on kuitenkin syntynyt ja että se myös säilyy jatkossa (Haarakangas 2008, 27). Myös dialogisen keskustelun taitoa voi kehittää, kun tietoisesti opettelee erilaisia keskustelutapoja. Dialogi on kokonaisuudessaan vuorovaikutusta ja kuuntelua yhdessä. Tällöin keskustelu on vastavuoroista (Mönkkönen 2018, 108), avointa ja jokaisen mielipiteet ovat tärkeitä. (Väisänen ym. 2009, 10–11.) Dialogin syntymiseksi tarvitaan ennakkoluulotonta asennoitumista toiseen ihmiseen, joka on erilainen ajatuksineen ja tunteineen (Haarakangas 2008, 19).

Dialogisuus tarvitsee syntyäkseen luottamuksellista suhdetta hoitajan ja asiakkaan välillä (Mönkkönen 2018, 114). Keskustelijat tuovat esiin eri näkökulmia ja näin ollen keskustelu rikastuu ja toinen toiselta voidaan oppia uusia ajatuksia. Tämä mahdollistaa yhteisen ymmärryksen etsimisen. (Haarakangas 2008, 29–30.) Asiakastyössä pyritään luomaan riittävä yhteisymmärrys, sillä täydellistä yhteistä ymmärrystä vuorovaikutuksessa on käytännössä mahdotonta saavuttaa. Dialogisuudessa tärkeämpi tavoite on tasavertaisen keskusteluyhteyden luominen kuin pelkästään asiakkaan ongelmien

selvittäminen tai pelkkä asiakkaan ymmärtäminen. Tämä erottaa dialogisuuden asiantuntija- ja asiakaskeskeisyydestä. (Mönkkönen 2018, 116.)

Ihmiset tulkitsevat vuorovaikutustilanteita eri tavalla oman henkilöhistoriansa, kokemustensa ja tilanteessa syntyvien olettamusten pohjalta (Mönkkönen 2018, 116). Muiden tekemät havainnot vaikuttavat myös omiin havaintoihimme. Esimerkiksi potilasasiakirjoista aiemmin luettu tieto vaikuttaa havainnointiimme asiakkaan kohtaamistilanteessa, sillä emme pysty jättämään näitä havaintoja huomioimatta. Myös kuulijan osuus voi muuttaa keskustelua, esimerkiksi jos kertoja huomaa, että kuulija ei ole yhtä innostunut kertomuksesta kuin hän itse, saattaa kertojan innostus muuttua epävarmuudeksi. (Arnkil ja Seikkula 2014, 128, 131.)

Dialogisuus tarkoittaa läsnäoloa. Työntekijä keskittyy asiakkaan sanomisiin osoittaen tilanteessa ja kamaatonta kiinnostusta asiakkaan puheenvuoroon. Asiakkaan on tärkeä kokea tulleen kuulluksi siinä, mitä hän sanoo. Tämän voi osoittaa kysymällä jotain asiakkaan esille tuomasta aiheesta tai vaikka toistamalla asiakkaan sanomia asioita. (Arnkil ja Seikkula 2014, 126–127.) Rantalan (2011, 65) tutkimuksessa asiakkaat toivoivat, että hoitajan kanssa voisi puhua muustakin, kuin hoitoon liittyvistä asioista. Näin hoitaja osoittaisi olevansa kiinnostunut asiakkaasta, ei vain tämän oireista.

Kuulluksi tuleminen vaatii läsnäoloa ja kiireettömyyttä. Nyky-yhteiskunnassa vaadittu tehokkuuden vaatimus saa kysymään, onko tähän aikaa. Arnkilin ja Seikkulan mukaan pitäisi miettiä työn laatua. Dialogisuus on työn laadukkuutta ja kaikkialla on jo käytänteitä, jotka avaavat mahdollisuuksia kuulluksi tulemiseen ja kuuntelemiseen. Dialogisen kulttuurin ylläpito vaatii kuitenkin ihmisiä, jotka ovat asennoituneet dialogisuuden ylläpitämiseen ja myös toimivat sen mukaan. (Arnkil ja Seikkula 2014, 147–148.)

### 2.1.3 Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä

Sanatonta eli nonverbaalista viestintää kokonaisuudessaan on valtaosa koko vuorovaikutuksesta. Se on huomaamatonta, mutta sillä on viestinnässä merkittävä rooli. (Väisänen ym. 2009, 28.) Sanaton viestintä on ensimmäinen ja viimeinen kieleemme kommunikointiin, kun sanoja ei ole (Mäkisalo-Roppinen 2012, 178). Nonverbaaliseen vuorovaikutukseen siis kuuluu kaikki paitsi kieli (Viestintätieteiden laitos s.a.). Ilmeet, äänensävy ja väri, puheen rytmi, keskusteluetäisyys, läheisyys, koskettaminen, katsominen, ruumiin liikkeet, eleet ja pukeutuminen ovat sanatonta viestintää. Loppujen lopuksi itse verbaalista eli sanallista viestintää on hyvin vähän. (Väisänen ym. 2009, 28.) Eleet ja ilmeet ovat monesti tiedostamattomia, mutta ne antavat asiakkaalle tietoa hoitajan sen hetkisestä olotilasta. Pelkästään kasvojen ilmeistä voi havaita nopeammin informaatiota kuin muista lähteistä. (Rantala 2011, 63.)

Sanaton viestintä voi täydentää sanallista viestintää tai joissain tapauksissa jopa korvata sen (Viestintätieteiden laitos s.a). Vuorovaikutustilanteissa viestintää kannattaa arvioida vastaanottajan kannalta, koska tilanteissa on aina kyse tulkintojen tekemisestä ja siksi myös väärinymmärretyksi tuleminen mahdollisuus on olemassa erityisesti mikäli sanallinen ja sanaton vuorovaikutus ovat

ristiriidassa. (Silvennoinen 2004, 91; Väisänen ym. 2009, 30). Vuorovaikutustilanne alkaa jo ennen puhetta, eli sanattoman vuorovaikutuksen keinot ottavat vallan jo esimerkiksi ensivaikutelman syntymisessä (Väisänen ym.2009, 28).

## 2.2 Etähoito osana kotihoitoa

Tilastollisesti Suomessa 65 vuotta täyttäneet henkilöt luokitellaan ikääntyneiksi, mikä on myös Suomessa nykyään vastaava yleinen eläkeikä. Toisaalta toimintakykyyn perustuva ikääntyminen katsotaan alkavan vasta 75 vuoden iästä eteenpäin. Kuitenkin ikääntymisen määrittely riippuu pitkälti siitä, mistä näkökulmasta ikääntymistä halutaan tarkastella, peilaten ikääntyneen toimintakykyyn. (Vernerin 2019.)

Kotihoito on kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistetty palvelu, mikä voi sisältää lisäksi muita tukipalveluja esimerkiksi ateriapalvelun. Näiden palvelujen tarkoitus on edistää asiakkaan kotona selviytymistä. Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky kartoitetaan ja tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, mitä päivitetään asiakkaan tarpeiden mukaan. (STM s.a.)

Etähoito on hoitoa, jossa hoitaja ja asiakas eivät ole fyysisesti samassa tilassa, mutta saavat puhe- ja kuvayhteyden toisiinsa. Etähoidossa voidaan myös tarkkailla terveydentilaa erilaisilla mittareilla, jotka on kytketty etähoitojärjestelmään. (Forsberg, Intosalmi, Nordlund ja Suhonen 2014, 15.) Tällä hetkellä etähoidon sisällöt kotihoidossa liittyvät muun muassa voinnin tarkistukseen, ruokailun ohjaukseen, vuorokausirytmien ylläpitoon, lääkemuitutuksiin, turvallisuuden tunteen vahvistamiseen (Mukkala, 2018a), virtuaaliryhmätoimintoihin, fysiologisiin mittauksiin ja ohjattuun jumppaan (Alakoski 2017, 22).

Etähoitoa on ollut olemassa maailmanlaajuisesti jo 90-luvulta lähtien, jolloin sitä käytettiin kroonisesti sairaiden ja raskaana olevien naisten hoidossa osana terveydenhuoltoa. Tarttumattomien tautien, esimerkiksi diabeteksen, syövän ja Alzheimerin taudin, lisääntymisen vuoksi Maailman Terveysjärjestö eli World Health Organization (WHO) laati ja hyväksyi kannanoton (WHA58.28) e-terveysohjelman edistämiseksi. WHO:n strategian tarkoituksena on tukea pitkäaikaissairaiden pärjäämistä kotioloissa. (Kamei 2013, 154.)

Etähoitoa on hyödynnetty Suomessa kotihoidossa vasta vajaan kymmenen vuoden ajan, mutta sen käyttö on ollut viime vuosina lisääntymässä. Yle uutisoi marraskuussa 2019, että Suomessa on tehty jo yli miljoona etähoidon kotikäyntiä VideoVisit-järjestelmän avulla (Rosvall 2019). Kunnat ovat siirtyneet erilaisten pilottihankkeiden kautta etähoidon käyttäjiksi. Helsingin kaupunki aloitti ensimmäisenä kotihoidossa virtuaalitekniikkaa hankkeen vuonna 2011 (Aalto yliopisto ja Tiedon ja innovaatioiden tutkimuskeskus CKIR s.a.). Lahdessa virtuaalikoitihoito aloitettiin pilottina vuonna 2014 (Kakko 2016). Tämän jälkeen etähoidon hyödyntäminen kotihoidossa on lisääntynyt, mutta kaikissa kunnissa etähoito ei ole vielä lainkaan käytössä. Myös erot maakunnittain ovat huomattavat. Eniten

omatoimisuutta lisääviä erilaisia etäyhteyksiä hyödyntäviä ratkaisuja on kotihoidon asiakkailta käytössä Etelä-Karjalassa ja Lapissa (lähes 80%) ja vähiten Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa (0–5%) (Hammar, Mielikäinen ja Alastalo 2018).

Etähoito on siis Suomessa kaiken kaikkiaan melko uutta, joten termistökin on melko vaihtelevaa; käytössä on monia erilaisia käsitteitä. Vanhustyön keskusliiton ja Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton yhteinen KÄKÄTE-projekti aloitti vuonna 2012 kokoamaan yhtenäistä ikäteknologian termistöä. Tavoitteena oli luoda yhteneväisyyttä keskeisimmille ikäteknologiassa käytettäville käsitteille. (Forsberg ym., 3–4.) Vuonna 2014 julkaistun ikäteknologiasanaston suositusten mukaan silloin kun asiakkaan hoidossa, ohjauksessa ja tukemisessa hyödynnetään tietoverkkoja tai muuta tietotekniikkaa, käytetään tästä termiä etähoito tai etähoiva. Termejä, joita ei suositeltu käytettäväksi ovat e-hoito, e-hoiva ja virtuaalihoito. (Forsberg ym., 15.) Useat kotihoidon yksiköt käyttävät kuitenkin itsestään nimitystä virtuaalikota. Samaa nimitystä käyttää Kuopion kaupungin etähoitoa tuottava kotihoidon yksikkö. Päädyimme käyttämään termiä etähoito käsiteltäessä tietotekniikan välillä tapahtuvaa hoitotyötä, mutta puhuttaessa Kuopion kotihoidon etähoitoa tuottavasta yksiköstä, käytämme heidän käyttämäänsä termiä Kuopion virtuaalikota.

Etähoitossa on huomioitava tärkeitä asioita, kuten potilasturvallisuus, ja että annettava palvelu on oikeanlainen hänelle, kenelle sitä tarjotaan ja annetaan. Myös palvelun tuottamiseen pitää olla asianmukaiset välineet ja tilat, henkilöstöä unohtamatta. (Valvira s.a.) Laki määrittelee palveluihin raamit, eli palvelujen on oltava asianmukaista ja laadukasta. Nämä asiat varmistetaan muun muassa koulutetulla henkilöstöllä ja omavalvonnalla. Omavalvontaan kuuluu kerätä palveluista palautetta, mikä kertoo palveluntuottajalle esimerkiksi kehittämistarpeista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980, § 19, §20, §23.)

Kokemuksiemme perusteella etähoito antaa asiakkaalle myös vapautta, sillä usein etäyhteydellä tapahtuva hoito toteutetaan päivittäin samaan aikaan ja asiakas osaa tätä silloin odottaa. Jos kyseisen hoivan toteuttaisi kotihoito, voisi aika vaihdella paljonkin ja eikä asiakas osaisi suunnitella muita menoja, koska joutuisi odottamaan kotihoidon tulemistä. Etähoitoon käytettävää tablettia on myös mahdollista käyttää esimerkiksi kaukana asuvien sukulaisten kanssa kommunikointiin ja puhua videopuheluita heidän kanssaan. Mielestämme tämä tukee asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja osallisuutta, kun hän pystyy pitämään yhteyttä läheisiinsä ja näkemään heidät videoyhteyden välityksellä.

Virtuaalikota-hoidossa hyödynnetään samoja ratkaisuja kuin videoneuvotteluteknologiassa. Tämän teknologian välityksellä toteutetaan virtuaalista hoivapalvelua kotona asuville palvelun tarvitsijoille eli käyttäjille. Kuntahankinnat on tehnyt sopimuksen vuosille 2016–2024 VideoVisit Oy:n kanssa. Sopimuksen mukaan tavoitteena on tukea kotona selviytymistä kuva- sekä puheyhteyden, että materiaalin esittämisen mahdollistamisen avulla. Tavoitteena on mahdollistaa hoitosuunnitelman mukaiset ja hälytysluontoiset etähoitokäynnit. Lisäksi laitteen avulla voidaan tuottaa virikkeellistä sisältöä ja ottaa yhteyttä käyttäjän omaisiin ja ystäviin. Hoitohenkilökunta voi olla yhteydessä asiakkaaseen, mutta lisäksi myös muihin hoitotahoihin ja omaisiin. Kaikki tahot voidaan tarvittaessa yhdistää osaksi

hoitokäyntiä. (Kuntahankinnat 2016.) Kotona asuvalle asiakkaalle toimitetaan kokonaispalveluna tabletti 4G-mobiiliyhteydellä ja VideoVisit® HOME palvelulla. Laitetta monitoroidaan koko ajan ja tekniisiin ongelmiin voidaan reagoida heti. Laitte voidaan myös päivittää automaattisesti etänä. Videoyhteyden avulla on tarkoitus tukea hoitotyön tekemistä ja siirtää sellaiset käynnit virtuaalihoitajalle, joissa ei tarvita fyysistä läsnäoloa asiakkaan kotona. (Video Visit s.a.)

### 2.3 Aiempi tieto vuorovaikutuksesta virtuaalipotihoidosta

Aiempaa tutkimustietoa vuorovaikutuksen kokemuksista virtuaalipotihoidosta haimme kirjallisuudesta, alan lehdistä (Tutkiva Hoitotyö, Gerontologia) ja seuraavista tietokannoista: Arto, Medic, Cinahl ja PubMed ja Google Scholar. Hakusanoina käytimme suomenkielisissä hauissa kotihoito\*, virtuaalihoito\*, videoyhteys\* ja vuorovaikutus\*, potilasviestintä tai kommunikaatio\*. Englanninkielisinä hakutermeinä potihoidolle/virtuaalipotihoidolle olivat telehealth\*, telenurs\*, telecare, home health care, home care, virtual nurs\* ja vuorovaikutukselle interaction\*, communication with patient\*, interaction with patient\*, patient-nurse interaction\*. Rajauksena hauissa oli lisäksi vuoden 2009 jälkeen julkaistu aineisto.

Virtuaalipotihoidossa vuorovaikutus tapahtuu asiakkaan ja hoitajan välillä. Vuorovaikutuksen välineenä on teknologian avulla saatava kuvayhteys asiakkaan ja hoitajan välillä. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat siis asiakkaan ja hoitajan lisäksi etäyhteyden toimivuus. Jos etäyhteys ei toimi, ei vuorovaikutukseen päästä. Helsingin potihoidon Virtuaalihoitajaksi -hankkeen loppuraportissa selvitettiin hoitajien kokemuksia etähoidosta (Aalto yliopisto ja Tiedon ja innovaatioiden tutkimuskeskus CKIR 2012). Tässä loppuraportissa oli kuvattu joitain vuorovaikutukseen vaikuttavia seikkoja. Hoitajat kokivat, että videoyhteys mahdollisti myös sanattoman viestinnän huomioimisen. Videokuvan kautta nähdään kehonkieli, voidaan elehtiä ja osoittaa asioita näyttämällä. Etäyhteyden kautta voidaan saada nopeastikin arvio asiakkaan yleisilasta. (Aalto yliopisto ym. 2012, 34; ks. myös Aalto ja Karhu 2016, 52.) Myös asiakkaat ovat kokeneet, että etäyhteys mahdollistaa sanattoman viestinnän ja asiakkaan kokonaistilanteen kartoituksen paremmin kuin pelkkä äänyhteys (Aalto 2018, 50; ks. myös Pietikäinen 2013, 90). Asiakkaat kokivat kuitenkin, että etäyhteyden avulla tapahtuva vuorovaikutus ei korvaa kasvokkain tapahtuvaa kohtaamista, koska henkilön persoonallisuus jää jotenkin vajaaksi (Aalto 2018, 50–53).

Hoitajat kokivat, että asiakkaan terveydentilaa ei voida arvioida niin hyvin kuin fyysisesti läsnä olemalla. Monesti terveydentilan arvio vaatii mittauksia, koskettamista ja tunnustelua. Etähoidon toteutumista ja terveydentilan arviota haittasivat myös yhteysongelmat, kameran epätarkkuus, asiakkaan sijoittuminen kameraan nähden ja kuvan tai äänen viive. Suurin osa hoitajista ajatteli, että asiakas ilmaisee etäyhteyden kautta hoidon tarpeen samalla tavalla kuin jos hoitaja olisi fyysisesti läsnä. Toisaalta korostettiin sitä, että tuttu hoitaja pystyy arviomaan paremmin asiakkaan vointia ja myös asiakkaan on helpompi kertoa tutulle hoitajalle tarpeistaan. (Aalto yliopisto ym. 2012, 33–34; ks. myös Aalto ja Karhu 2016, 53.) Pietikäisen (2013) tutkimuksessa myös asiakkaat kertoivat, että pystyvät keskustelemaan hoitajan kanssa samalla tavalla ja samoista asioista etäyhteyden avulla kuin kotikäynnillä. Osa virtuaalipotihoidon asiakkaista piti tärkeänä sitä, että etäyhteyden ottaa aina sama

hoitaja, mutta osalle asiakkaista tällä ei ollut merkitystä. (Pietikäinen 2013, 111–112.) Useissa tutkimuksissa nousi esiin se, että etäyhteys asiakkaaseen ei kuitenkaan korvaa fyysistä läsnäoloa. Hoitajat ja asiakkaat kokivat, että etäyhteys on hyvä apu ja lisä kotihoidossa, mutta sen lisäksi kaivataan fyysistä kotikäyntiä. (Aalto ja Karhu 2016, 71; Nilsson, Skär, Söderberg 2009, 262).

Hoitajat arvioivat, että etähoito vastaa eniten asiakkaan turvallisuuden tunteen lisääntymiseen (Aalto yliopisto ym. 2012, 35). Myös asiakkaat kokivat etäyhteyden saamisen mahdollisuuden turvallisuutta lisäävänä seikkana (Radhakrishnan, Xie, Berkley ja Kim 2016, 49; Aalto 2018, 62–63; Pietikäinen 2013, 123). Turvallisuuden tunne ja avun saamisen mahdollisuus hätätilanteessa saattavat mennä jopa yksityisyyden menettämisen tunteen edelle (Pietikäinen 2013, 121). Pietikäisen tutkimuksessa mainittiin etäyhteyden kotihoitoon lieventävän yksinäisyyden tunnetta, mutta Aallon tutkimuksessa asiakkaat eivät kokeneet etäyhteyden lisäävän vuorovaikutusta tai auttavan yksinäisyyteen. Tähän tulokseen saattoi vaikuttaa tutkittavien elämäntilanne ja toimintakyky; asiakkaat tunnistivat, että elämäntilanteen muuttuessa, etäyhteyden merkitys sosiaalisessa kanssakäymisessä saattaisi korostua. (Pietikäinen 2013, 123; Aalto 2018, 72.)

Helsingin kaupungin virtuaalikotahtihoidon yksikönjohtaja Laanala on Alakosken (2017) haastattelussa todennut, että asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden kautta on erilaista kuin kotihoidossa yleensä. Etähoidossa kohtaaminen on kiireettömämpää ja keskittyneempää. Yhden hoitokontaktin kesto on noin viisi minuuttia, mikä vaatii hoitajalta täyttä läsnäoloa koko etäyhteyden ajan. Laanalan mukaan hoitajalta vaaditaan erityistä osaamista ja sosiaalisia taitoja. Se mitä tämä erityinen osaaminen tarkoittaa, ei käy haastattelussa ilmi. Asiakkaalta vaaditaan jonkinlaista toimintakykyä ja teknistä osaamista ja tämän vuoksi etähoito ei ole soveltunut vaikeasti muistisairaille. (Alakoski 2017, 22.) Etähoidon onnistumiseksi on useimmissa kokeiluissa tuotu esiin se, että etähoito ei sovellu kaikille. On osattava tunnistaa ne asiakkaat, joille etähoito soveltuu (Mukkala 2018c). Asiakkaan kognitiivinen taso ja fyysiset ominaisuudet on otettava huomioon (Radhakrishnan ym. 2016, 70). Toimiva kotihoito -hankkeessa selvitettiin syksyllä 2017 – kesällä 2018 voitaisiinko MMSE-pisterajoja käyttää arvioitaessa etähoitopalvelun soveltuvuutta asiakkaalle. Kokeilussa oli kolme ennalta valittua henkilöä. Tämän perusteella lievää Alzheimerin tautia sairastaville voidaan etäpalvelua suositella käytettäväksi, mutta keskivaikeaa tautia sairastaville itsenäisen laitteen käyttö ei onnistu. (Mukkala, 2018b.)

Etähoitoa ja sen toteuttamista kotihoidossa on siis tutkittu vielä kovin vähän. Suomessa kotihoito on hyödyntänyt etähoitoa vasta noin kymmenen vuoden ajan, joten ilmiö on melko uusi, eikä se ole vielä käytössä koko maassa. Olemme löytäneet tähän mennessä tutkimustuloksia erikseen etähoidosta ja vuorovaikutuksesta, mutta emme varsinaista tutkimusta vuorovaikutuksen kokemuksista virtuaalikotahtihoidossa tai yleisesti etähoidossa. Löysimme joitakin tutkimuksia, jossa käsitellään yleisesti asiakkaiden kokemuksia etähoidosta. Vuorovaikutusta sivutaan joissakin tutkimuksissa ja hanketyön raporteissa, jotka koskevat teknologian hyödyntämistä kotihoidossa. Suomalaisia tutkimuksia etähoidosta on ilmestynyt vasta viime vuosina.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata virtuaalipotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta Kuopion kaupungin virtuaalipotihoidon asiakkaiden kanssa. Tavoitteena on tuottaa vuorovaikutuksesta tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa etähoidon kehittämisessä laadukkaammaksi niin Kuopion virtuaalipotihoidossa kuin muuallakin.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia vuorovaikutuksen kokemuksia virtuaalipotihoidon työntekijöillä on ollut asiakkaiden kanssa?
2. Mitkä seikat ovat edistäneet vuorovaikutuksen toteutumista virtuaalipotihoidon asiakkaiden kanssa?
3. Mitkä seikat ovat estäneet vuorovaikutuksen toteutumista virtuaalipotihoidon asiakkaiden kanssa?

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme laadullisen tutkimuksen ja tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina Kuopion kaupungin virtuaalipotihoidossa. Nauhoittamalla taltioidut haastattelut litteroimme ja analysoimme aineiston induktiivisella sisällönanalyyysillä. Seuraavissa luvuissa kerromme tarkemmin tutkimuksen kohdeorganisaatiosta ja tutkimuksen tekemisestä.

### 4.1 Kohdeorganisaatio

Virtuaalipotihoido aloitti toimintansa pilottina Kuopiossa kesällä 2016. Varsinainen toiminta on alkanut 29.05.2017. Yksikössä työskentelee 14 lähihoitajaa, jotka työskentelevät aamu- ja iltavuoroissa kello 7–21 välillä. Kussakin vuorossa on kerrallaan neljä lähihoitajaa. (Kämäräinen 2019-04-15.) Virtuaalipotihoidon asiakkaat ovat pääsääntöisesti hyväkuntoisia, koska asiakkaan tulee pystyä toimimaan ohjauksen turvin. Esimerkiksi diabeetikon pitää pystyä pistämään insuliinin ohjattuna videoyhteyden välityksellä siten, että hoitaja voi varmistua oikeasta pistotekniikasta ja annosmäärästä. Asiakkaana voi olla henkilö, jolla on lievä muistisairaus tai henkilö, joka ei tarvitse fyysistä tukea vaan ohjaaminen virtuaalilaitteen kautta riittää arjessa tukemiseen. Virtuaalipotihoidon asiakkaalla käynnit ovat yksilölliset. Joillakin asiakkailla voi olla kontakti kolmesti päivässä, kun taas toisilla kaksi kertaa viikossa. Virtuaaliset kotikäynnit räätälöidään aina asiakkaan tarpeiden mukaan. (Puomilahti 2019-08-22.) Virtuaalinen kotikäynti onnistuu heille, jotka eivät tarvitse fyysistä käyntiä kotona, vaan esimerkiksi tarvitsevat ohjausta insuliinin pistämisessä, muistutusta ruokailusta tai lääkkeiden otosta (Kuopion Kaupunki 2018).

Asiakas saa Kuopion kaupungin kautta kotiin tablettitietokoneen, jonka avulla asiakas ja hoitaja kommunikoivat. Jokainen asiakas opastetaan laitteen käyttöön asennuksen yhteydessä. Ohjelmana toimii Video visit, millä otetaan yhteys asiakkaaseen. Ohjelma on yksinkertainen, eikä vaadi asiakkaalta kuin yhden painalluksen. Tämäkin on mahdollista ohittaa, eli yhteyden avaaminen voidaan suorittaa ilman, että asiakkaan tarvitsee tehdä mitään. Tähän on kysytty kaikilta asiakkailta suostumus, ja asiakkaat ovat muutamaa lukuun ottamatta myöntäneet luvan yhteyden aukaisuun etänä. Virtuaalipotihoidossa työtä tehdään omissa huoneissa, joten tilat ovat rauhalliset. Hoitajilla on kuulokkeet, joissa on mikrofoni. Jokaisella hoitajalla on kaksi näyttöä; toisella näytöllä on yhteys ja toisella näytöllä potilastietojärjestelmä. (Puomilahti 2019-12-23.) Asiakkaalla täytyy olla motivoitunut virtuaaliseen kotikäyntiin ja tablettitietokoneen käyttöön, jotta virtuaalinen kotihoito onnistuu edellytysten mukaisesti. Asiakkaan tarpeiden mukaisesti hänelle voidaan myöntää samanaikaisesti sekä kotihoito että virtuaalinen kotikäynti. (Kuopion kaupunki 2018.)

Virtuaalisen kotikäynnin yksi tärkeimmistä osa-alueista on onnistunut vuorovaikutus. On esimerkiksi tärkeää antaa asiakkaalle aikaa keskustella päivän kuulumisista, sen sijaan, että alkaisi ohjaamaan asiakasta suoraan puhelun alkaessa. Tähän riittää hyvin kaksi tai kolmekin minuuttia, että saadaan asiakkaan kanssa hyvä vuorovaikutus. Kaikki hoitajat tekevät työtä omalla persoonallaan. (Puomilahti 2019-08-22.)



## 4.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä

Valitsimme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Siinä pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, josta tiedetään vielä vähän ja halutaan luoda kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2019, 26, 96). Teemahaastattelu on yleinen tiedonkeruumenetelmä laadullisessa tutkimuksessa (Kananen 2014, 76).

Teemahaastattelua käytetään silloin, kun ilmiötä ei vielä tunneta hyvin (Kananen 2014, 76). Teemahaastattelu on niin sanotusti puolistrukturoitu, eli ennalta mietityt teemat antavat haastattelulle kehykset. Haastattelu on kuitenkin avoin, eikä haastateltavalta kysellä liian yksityiskohtaisia kysymyksiä, ettei suljettaisi merkittäviä asioita haastattelun ulkopuolelle. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 87–88.) Tutkijan tulee perehtyä aiheeseen, jotta hän osaa valita keskustelun teemat. Tutkittava kertoo vapaasti aiheesta ja haastattelija tekee tarkentavia kysymyksiä sekä pitää keskustelun aiheessa. (Kananen 2014, 76; Tuomi ja Sarajärvi 2018, 87–88.) Teemahaastattelua voidaan käyttää silloin kun oletetaan, että haastateltava ymmärtää käsiteltävän teeman samalla tavalla kuin haastattelija eli heillä on yhteinen kieli millä keskustella (Kananen 2014, 71, Tuomi ja Sarajärvi 2018, 90).

Haastattelemineen on joustava menetelmä ja sopii monipuolisesti erilaisiin tutkimuksiin. Haastattelussa on mahdollista suunnata tiedonhankintaa itse ja näin ollen saada mahdollisimman paljon tietoa haluamastaan aiheesta. Haastattelun käyttö tutkimuksissa pitää kuitenkin myös osata perustella. Haastattelun huonoja puolia on muun muassa siihen kuluva aika. (Hirsjärvi ja Hurme 2011, 34–35; Tuomi ja Sarajärvi 2018, 85.) Haastattelutilanne sisältää aina tulkinnan mahdollisuuden (Kananen 2014, 71).

## 4.3 Aineiston kerääminen

Laadullisessa tutkimuksessa tietoa saadaan informanteilta (Kylmä ja Juvakka 2007, 58). Tässä tutkimuksessa informantit olivat lähihoitajia, jotka työskentelevät Kuopion virtuaalipotilashoidossa. Toteutimme aineiston keruun teemahaastatteluna. Haastattelimme jokaista työntekijää erikseen, vaikka harkitsimme myös ryhmähaastattelua. Tulimme siihen tulokseen, että haastattelujen tallennus on laadukkaampaa, kun äänessä on vain yksi haastateltava kerrallaan ja lisäksi jokaisella oli vapaus kertoa juuri oma näkemyksensä aiheesta. Haastatteluja varten teimme teemahaastattelurungon (liite 4).

Virtuaalipotilashoidon yksikkö soveltui hyvin haastattelupaikaksi. Paikka oli haastateltaville tuttu ja turvallinen (Hirsjärvi ja Hurme 2011, 74.) Virtuaalipotilashoidon esimies oli antanut suostumuksen, että haastateltavat saavat osallistua haastatteluun työajallaan. Tämän saman luvan saimme myös Kuopion kaupungilta saadussa tutkimusluvassa. Sovimme molemmille osapuolille sopivan ajankohdan haastatteluille. Saimme oman rauhallisen tilan, missä pitää haastattelut. Varmistimme haastatteluille rauhan laittamalla oveen lapun, jossa kerrottiin haastatteluista ja pyydettiin, ettei haastattelutilanetta häirittäisi. Jaoimme roolit niin, että toinen toimi varsinaisena haastattelun vetäjänä kaikissa haastatteluissa ja toisen tehtävä oli olla tarkkailijana ja poimia haastateltavien puheesta aiheita

mahdollisiin tarkentaviin kysymyksiin. Päätelimme jokaisen haastattelun olevan tällä tavoin mahdollisimman samankaltainen, että tulokset pysyisivät samanlaisina, eikä haastattelutilanne muuttuisi tarpeettomasti antaen meille vaihtelevaa tietoa aiheesta. Jos olisimme vaihtaneet haastattelijaa haastatteluiden välillä, niin se olisi muuttanut haastatteluiden luonnetta. Pyrimme minimoimaan muutujat ja saamaan haastattelut yhdenmukaisiksi tulosten luotettavuuden varmistamiseksi.

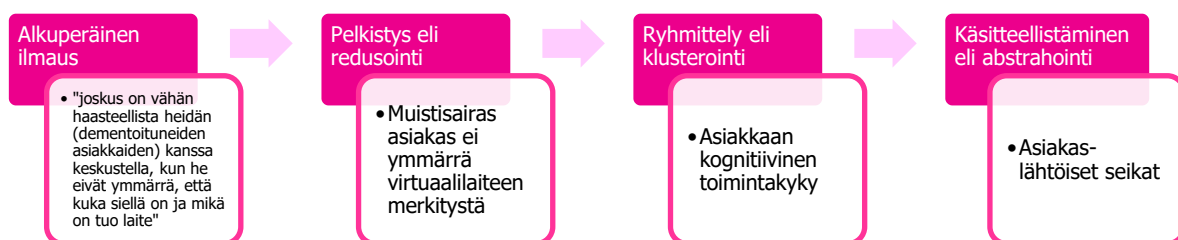
Haastateltavat rekrytoimme lähettämällä tutkimustiedotteen (liite 1) virtuaalipotihoidon esimiehen kautta kaikille työntekijöille. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Työntekijöillä oli viikko aikaa ilmoittaa suostumuksestaan meille ja tuon viikon jälkeen saimme kotihoidon esimieheltä tiedon, että 5-7 henkilöä olisi halukkaita haastatteluun. Alkuperäinen suunnitelma siitä, että haastateltavat ilmoittautuisivat meille, ei toteutunut. Keräsimme tutkimusaineiston haastattelemalla viittä (n=5) Kuopion virtuaalipotihoidon työntekijää. Ensimmäinen haastattelu pidettiin 5.11.2019 Kuopion virtuaalipotihoidon tiloissa. Tuolloin haastateltiin kolmea (3) työntekijää. Seuraavan haastattelun sovimme 11.11.2019. Tuolloin haastateltavana oli kaksi (2) työntekijää. Toinen ennakkoon ilmoittautunut haastateltava ei päässytkään paikalle, mutta toinen hoitaja ilmaisi itse halukkuutensa tulla hänen tilalleen. Ensimmäisen haastattelun alussa selvisi, että haastateltavat eivät olleet saaneet tutkimustiedotetta etukäteen. Aloitimme siis jokaisen haastattelun siten, että haastateltava luki aluksi tiedotteen ja allekirjoitti suostumuslomakkeen (liite 2) tutkimukseen osallistumisesta, sekä täytti taustatietolomakkeen (liite 3). Taustatietolomakkeessa kysyimme työkokemusta kotihoidossa ja kokemusta virtuaalipotihoidossa. Tutkittavilla oli vielä mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta ja painotimme myös, että haastateltava voi missä tahansa vaiheessa perua suostumuksensa tutkimukseen ilman mitään syytä. Tämän jälkeen kävimme vielä pääpiirteittäin läpi haastattelun teeman ja rungon. Haastattelut nauhoitettiin litteroinnin helpottamiseksi sekä erilliseen nauhuriin, että puhelimen saneluohjelmaan. Haastateltaville kerrottiin milloin nauhoitus alkaa ja loppuu. Haastattelut etenivät vaihtelevassa järjestyksessä haastateltavien kertomusten mukaan. Haastattelut olivat kestoltaan 13,07 minuutista 28,40 minuuttiin. Litteroituna aineistoa tuli 29 sivua, (fontti Calibri, koko 11, riviväli 1.5).

#### 4.4 Aineiston analyysi

Analysoimme aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä eli aineistolähtöisellä analyysillä, jonka avulla voimme saada kuvauksen tiivistetysti tutkitusta ilmiöstä eli vuorovaikutuksesta. Näin analyysi järjestää kerätyn aineistomme, josta voimme koota johtopäätöksiä eli tuloksiamme mitä tutkimuksemme nousee esille vuorovaikutuksesta etähoidossa. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 117, 121–122.)

Analyysia varten aineisto on muokattava tekstimuotoon ja sen käsittely alkaa aineiston kirjoittamisella tekstiksi. Kirjoittamisvaihe on osa aineistoon perehtymistä ja alustavaa analyysia. (Kylmä ja Juvakka 2007, 65.) Sisältöanalyysillä voidaan analysoida erilaisia tekstejä ja dokumentteja, kuten aukikirjoitettuja haastatteluja. Tällä pyritään kuvaamaan sanallisesti tutkittavien dokumenttien sisältöä. Aineistoon pitää perehtyä huolellisesti ja tämän jälkeen siitä kerätään tutkimuksen kannalta merkittävät asiat. Kun aineistosta on poimittu niin sanottua alkuperäisdataa, mikä on oleellista tietoa tutkimuskysymykseen, niin seuraavaksi se pelkistetään eli karsitaan epäoleellinen pois. Kerätty

data ryhmitellään ja tämän jälkeen abstrahoidaan eli käsitteellistetään alkuperäisilmaukset teoreettisiin käsitteisiin (kuvio 2). (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 117–125.)



KUVIO 2. Esimerkki analyysistä.

Teemahaastatteluiden jälkeen litteroimme haastattelut eli purimme ne tekstimuotoon helpottaaksemme perehtymistä kerättyyn aineistoon. Tämän jälkeen kävimme aineiston läpi alleviivaamalla eri väreillä eri tutkimuskysymyksiin liittyvät asiat selkeyttääksemme mihin tutkimuskysymykseen alleviivaus vastaa. Luokittelimme aineiston yleisiin kokemuksiin, vuorovaikutusta edistäviin ja estäviin seikoihin. Ensin alleviivatut ilmaukset pelkistettiin ja tämän jälkeen ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin. Muodostetut alaluokat koottiin pääluokkiin ja tämän jälkeen aloimme kirjoittaa analyysia, johon poimimme myös esimerkkejä haastatteluista. Huomioimme haastateltavien tietosuojaan niin, että arvoimme jokaiselle haastateltavalle tunnuksen H1, H2 ja niin edelleen. Numerointi ei siis kuvaa haastattelujärjestystä. Analyysin tehtyämme kokosimme johtopäätökset.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta asiakkaiden kanssa Kuopion kaupungin virtuaalipotihoidossa. Tutkimustulokset esitetään alla eriteltyinä tutkimuskysymysten aihealueittain. Lukujen alussa on taulukko kuvaamassa, kuinka olemme luokitelleet aineiston. Pääluokiksi muodostuivat yleiset kokemukset, vuorovaikutusta edistävät seikat ja vuorovaikutusta estävät seikat.

### 5.1 Taustatietoa haastateltavista

Haastatteluamme osallistuneilla hoitajilla oli työkokemusta kotihoidosta 7–15 vuoden välillä, keskimäärin 12,2 vuotta. Virtuaalipotihoidossa he olivat työskennelleet noin puolesta vuodesta kolmeen vuoteen, keskimäärin 1,7 vuotta (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Haastateltujen hoitajien työkokemus vuosina

	<i>vaihteluväli</i>	<i>keskiarvo</i>	<i>mediaani</i>
<i>Työkokemus kotihoidossa</i>	7–15	12,2	13
<i>Työkokemus virtuaalipotihoidossa</i>	0,5–3	1,7	2

### 5.2 Hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta asiakkaiden kanssa

Yleisenä kokemuksena vuorovaikutuksesta tutkimuksessamme muodostui kolme yläluokkaa; videoyhteydellä työskentely on erilaista verrattuna perinteiseen kotihoitoon, positiiviset kokemukset sanallisesta vuorovaikutuksesta ja positiiviset kokemukset asiakaslähtöisestä ajankäytöstä. Taulukossa 2 on esitetty alaluokat, joista yläluokat muodostuivat.

TAULUKKO 2. Yleisiä kokemuksia vuorovaikutuksesta

<b>Yleisiä kokemuksia</b>	Videoyhteydellä työskentely erilaista perinteiseen kotihoitoon verrattuna	Tietoinen omaan sanattomaan viestintään keskittyminen
		Videoyhteyden intensiivisyys kuormittaa
	Positiivisia kokemuksia sanallisesta vuorovaikutuksesta	Mahdollisuus keskittyä keskusteluun
		Keskusteluaiheiden monipuolisuus
Positiivinen kokemus ajankäytöstä	Ajankäyttö koetaan riittävänä	

**Videoyhteydellä työskentely kuvattiin erilaiseksi kuin perinteisessä kotihoidossa työskentely.** Haastateltavien aloittaessa työt virtuaalikotihoidossa he eivät aluksi tienneet miten kohdata asiakas videoyhteyden kautta. Tilanne oli uusi, kun hoitaja ei ollut fyysisesti läsnä asiakkaan luona. Haastateltavat miettivät miten puhua, millaisia eleitä ja ilmeitä heillä pitää olla sekä esimerkiksi missä pitää käsiä videoyhteyden aikana. Ajan myötä työtä tekemällä haastateltavat kokivat, että tästä oli tullut luontevampaa. Videoyhteydellä työskennellessä asiakkaaseen keskittyminen on intensiivistä, mikä koetaan kuormittavana. Haastateltavat kuvasivat kuormittavuutta esimerkiksi, ettei enää työpäivän jälkeen jaksa hymyillä tai puhua, kun koko päivän on sitä tehnyt.

*H3: "Silloin ihan alussa, kun tulin, niin se oli hyvin, hyvin hankalaa niinku aatella, että miten minun pitää tässä ilmeillä, miten minun pitää olla, mut kyll se niinku on tullut sieltä työ kautta, se on vaan niinku joka päivä luontevampaa ja luontevampaa."*

**Haastatelluilla hoitajilla oli positiivisia kokemuksia sanallisesta viestinnästä** asiakkaiden kanssa; vuorovaikutuksen koettiin yleisesti onnistuvan videoyhteyden avulla. Kuvailtiin, että videoyhteyden kautta voidaan keskittyä vain asiakkaaseen toisin kuin esimerkiksi kotihoidon asiakaskäynneillä, jolloin käyntien sisällöissä on paljon muutakin tekemistä, kuten lääkkeenjako ja siistimistä. Asiakkaaseen keskittyminen mahdollistaa monipuolisen keskustelun asiakkaan kanssa. Asiakkaiden kanssa keskusteltiin monenlaisista eri aiheista. Vaikka hoitosuunnitelmassa määritelty hoidon tarve ja tavoite ohjasivat keskustelua, niin asiakkaan kanssa keskusteltiin aluksi muun muassa säästä, ajankohtaisista aiheista, asiakkaan mielenkiinnon kohteista ja arkipäivän askareista huumoria unohtamatta. Jutteleamalla asiakkaan kanssa arkipäivän asioista, haastateltavat kokivat jo saavansa tietoa asiakkaan voinnista, varsinkin jos asiakas oli hoitajalle tuttu.

*H4: "...pystyy paremmin keskittymään siihen asiakkaaseen, että kentällä kun tehdään paljon kaikkea muuta niin joutuu vähän silleen olan yli huutelemaan ja tuota harvemmin ihan näin silmästä silmään kerkee siinä jutella tai pystyy koko aikaa juttelemaan, että onha se kokemuksena aivan eri puhua niin että näät koko ajan ja pystyt keskittymään."*

**Haastateltavilla oli positiivinen kokemus ajankäytöstä** asiakkaiden kanssa virtuaalikotihoidossa. Virtuaalikotikäynnille varattu aika on noin viidestä minuutista viiteentoista minuuttiin. Hoitajat kokivat, että ajat ovat asiakaslähtöisiä ja riittävän mittaisia asiakkaan tilanteen arvioimiseen. Hoitajat kertoivat, että kymmenenkin minuuttia on yllättävän pitkä aika, kun koko tuo aika keskitytään vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa.

*H5: "...se viis kymmenen minuuttia, ku sä istut niinku näin ja kuuntelet ja keskustele ni se on niinku pitkä aika, siinä kerkii viidessätoista minuutissa niinku ihan tosi paljon."*

## 5.3 Hoitajien ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen toteutumista edistävät seikat

Hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutusta edistävinä seikkoina tutkimukseemme muodostui neljä eri yläluokkaa: Asiakaslähtöiset, hoitajalähtöiset ja organisaatiolähtöiset seikat sekä hoitosuhteen kesto. Taulukossa 3 on esitetty alaluokat, joista yläluokat muodostuivat.

TAULUKKO 3. Vuorovaikutusta edistävät seikat

<b>Vuorovaikutusta edistävät seikat</b>	Asiakaslähtöiset seikat	Asiakkaan myönteinen asenne
		Asiakkaan kognitiivinen toimintakyky
		Asiakkaan fyysinen toimintakyky
	Hoitajalähtöiset seikat	Työkokemus kotihoidosta
		Hoitoalan osaamien
		Hoitajan vuorovaikutusosaaminen
	Organisaatiolähtöiset seikat	Taito valita oikeat asiakkaat
	Hoitosuhteen kesto	Luottamussuhde

**Asiakaslähtöisinä seikkoina** vuorovaikutuksen onnistumiselle virtuaaliyhteyden kautta vaikuttivat asiakkaan myönteinen asenne virtuaalikotaihoitoa kohtaan sekä riittävä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky. Asiakkaan myönteisyys virtuaalilaitetta kohtaan auttaa hyvän vuorovaikutuksen syntymiselle, koska silloin asiakas on jo lähtökohdiltaan myönteinen vuorovaikutukselle etäyhteyden kautta. Asiakkaan pitää ymmärtää, mikä virtuaalilaitte on ja olla niin sanotusti ”sinut” laitteen kanssa. Asiakkaan pitää muistaa sovitut tapaamiset ja hänen on oltava silloin laitteen äärellä. Haastateltavat kertoivat, että asiakkaan ikä ei ole este virtuaalikotaihoidolle, vaan asiakkaan toimintakyky määrittelee virtuaalikotaihoidon soveltavuuden asiakkaalle. Asiakkaan kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn tulee olla sellainen, että hän pystyy toimimaan hoitajan antamien ohjeiden mukaan.

*H5: ”Sitä toimintakykyä pitää olla silleen ainakin sen verran, että on aika orientoitunut, ku meillä on se sovittu aika.”*

**Hoitajalähtöisissä seikoissa** alaluokiksi muodostuivat kokemus kotihoidossa työskentelystä, hoitoalan osaaminen ja hoitajan vuorovaikutusosaaminen. Jokainen haastateltava kertoi, että ilman pitkää kokemusta kenttätöystä eli perinteisestä kotihoidosta, he eivät uskaltaisi tehdä työtä virtuaalikoitihoidossa. Heidän mielestään virtuaalikoitihoidossa työskentelevällä on oltava tietoa ja kokemusta kotihoidossa työskentelystä. Pitkä kokemus on auttanut heitä työskentelemään virtuaalikoitihoidossa, koska he ymmärtävät asiakkaan hoidon kokonaiskuvan. He tietävät miten palvelukokonaisuus toimii ja millaista hoitotyö asiakkaan kotona on. Työkokemuksen myötä he osaavat työskennellä erilaisten ihmisten kanssa ja tietävät miten hoitaa muistisairaita asiakkaita. Kokemus auttaa myös hoitajaa arvioimaan paremmin asiakkaan kokonaisvointia. Kokemuksen lisäksi virtuaalihoitajalla tulee olla koulutuksen antamaa osaamista lääkkeistä ja sairauksista. Koulutus antaa tietopohjan asiakkaan ohjaamiselle.

*H3: "... pitkä kokemus on oltava tuolta kenttätöystä, että ei oo niinku vasta valmistuneen hoitajan paikka tämä, että ku sä joudut havainnoimaan siinä lyhyen yhteyden aikana niin paljon siitä asiakkaasta, että pittää olla niinku se pitkä työkokemus tältä alalta, ehottamasti."*

*H1: "...pitäähän sun tietää niinku lääkkeistä, sairauksista ja tuota esimerkiksi verenpainemittauksia, verensokerimittauksia, kaikkia tällöisiä joudutaan siinä hoitamaan ...että kyllä niinku jos aattelee, että ite en ois ollu kentällä töissä, että oisin tullu ihan suoraan ku lähihoitajaksi valmistuin ni ois se vähän haasteellista, niinku tietää sitten mitenkä mikäkin sairaus vaikuttaa ja niinku just nämä dementoituneet ihmisetkin, niin tuota et mitenkä heidän kanssaan sit puhuu ja käsittelee heitä, että onko se kaikki totta ja kuuluuko sairauteen vai ei."*

Asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta edistivät hoitajan taidot keskustella ja havainnoida sanatonta viestintää. Vuorovaikutustaitojen osaamisesta nostettiin esille hoitajan puhetaidot. Hoitajan tulee puhua selkeästi sekä olla verbaalisesti lahjakas, koska mahdollisuus esimerkiksi koskettamiseen puuttuu. Haastateltavien mielestä he pystyvät havainnoimaan sanatonta viestintää videoyhteyden välityksellä. Hoitajat näkevät asiakkaan eleitä ja ilmeitä, sekä voivat verrata ovatko sanallinen ja sanaton viestintä ristiriidassa tai yhteneviä keskenään. Hoitajalla on oltava taito luoda hyvä kontakti asiakkaaseen sekä herkkyys tunnistaa asiakkaan mielentila.

*H3: "...täytyy olla aika niinku verbaalisesti lahjakas, että sitä pystyy tavallaan lohduttamaan ja saa niinku pysymään sen tilanteen rauhallisena ilman että sinä kosketat tai hallaat ja annat sitä välitöntä tukke siinä, et se pittää tapahtua suullisesti."*

**Organisaatiolähtöisinä seikkoina** mainittiin asiakkaan valintaan liittyvät seikat. Asiakkaan soveltuvuus virtuaalikoitihoidon asiakkaaksi tulisi arvioida huolellisesti etukäteen. Useat haastateltavat kertoivat, että eteen oli tullut tilanteita, joissa asiakas oli alun alkaenkin ollut soveltumaton virtuaalikoitihoidon asiakkaaksi esimerkiksi pitkälle edenneen muistisairauden vuoksi.

*H4: "...että se asiakas on semmonen, että lähes kaiken pystys ite tekemään kotona, mutta tarvis sitä muistuttelua ja tukemista siihen asiaan."*

**Hoitosuhteen kesto** kuvattiin vuorovaikutusta edistävänä seikkana. Haastateltavat kuvailivatkin, että on tärkeä oppia tuntemaan asiakkaat ja luoda luottamuksellinen suhde asiakkaiden kanssa. Hoitajan on helpompi huomata muutokset asiakkaan voinnissa ja käytöksessä, kun hän tuntee asiakkaan ja tietää mikä on normaalia käytöstä hänen kohdallansa ja mikä ei. Asiakkaan tunteminen ei vain auttanut asiakkaan voinnin arvioinnissa, vaan myös nopeutti arvioinnin tekemistä. Luottamus suhde hoitajan ja asiakkaan välillä koettiin tärkeäksi hyvän vuorovaikutuksen syntymiselle. Kun hoitaja tuntee asiakkaan, on hänen helpompi keskustella asiakkaalle tärkeistä asioista ja toteuttaa virtuaalipotilaita asiakaslähtöisesti. Haastateltavat ajattelivat myös, että asiakas on avoimempi tutulle hoitajalle ja kertoo todennäköisemmin hänelle esimerkiksi voinnin huonontumisesta.

*H5: "...ollaan tuttuja nii tuota sen huomaa, ku meillä on aina uusia hoitajia ni tuota ne ei välttämättä sillä tavalla kerro asioita ja siinä on tullu se, että niinku ku se on säännöllistä heille ja he tuntee meitä, ni se on hyvin semmonen intensiivinen ja semmonen, me ollaan vaan kahestaan siinä ja mulla on vaan se aika just hänelle just sillo..."*

*H1: "...just tosiaan ne eleet ja ilmeet ja sitten tosiaan, että onko se asiakas, jos niinku tuntee hänet, että onko se niinku normaalia se asiakkaalle semmonen käyttäytyminen..."*



## 5.4 Hoitajien ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen toteutumista estävät seikat

Hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutusta estävinä seikkoina tutkimukseemme muodostui kolme eri yläluokkaa; asiakaslähtöiset seikat, tekniikkälähtöiset seikat ja ulkopuoliset tekijät. Taulukossa 4 on esitetty alaluokat, joista yläluokat muodostuivat.

TAULUKKO 4. Vuorovaikutusta estävät seikat

<b>Vuorovaikutusta estävät seikat</b>	Asiakaslähtöiset seikat	Asiakkaan heikentyneet aistit
		Asiakkaan puheen selkeys
		Asiakkaan kognitiivinen toimintakyky
		Asiakkaan fyysinen toimintakyky
		Asiakkaan psyykkinen toimintakyky
	Tekniikkälähtöiset seikat	Virtuaaliyhteyden ongelmat
		Tietokoneiden kapasiteetti ongelmat
		Äänen rekisteröinnin ongelmat
		Ruudun näkymän rajallisuus
	Ulkopuoliset tekijät	Omaisat
		Ulkopuoliset henkilöt
		Kotihoidon työntekijä

**Asiakaslähtöisinä seikkoina** asiakkaan heikentyneistä aisteista, huono kuulo ja näkö nousivat eniten esille vuorovaikutusta hankaloittavina asioina. Asiakkaan huono näkökyky vaikuttaa asiakkaan ohjattavuuteen. Huonon näkökyvyn takia, hoitaja ei voi ohjata asiakasta eleillä, vaan tällöin sanallisen ohjauksen merkitys korostuu. Vuorovaikutusta hankaloittaa myös asiakkaan huono kuulo, mikä voi johtua myös kuulolaitteen puuttumisesta. Asiakas voi tällöin kuulla väärin ja tämän vuoksi ymmärtää väärin mitä hoitaja sanoo. Asiakkaan sairaudet voivat vaikuttaa hänen puheensa selkeyteen ja äänen voimakkuuteen ja voivat hankaloittaa asioiden ymmärtämistä.

*H3: "Se asiakkaan aistit on aika paljon. Et jos on huono kuulo tai asiakas puhuu hyvin hiljaa."*

Vuorovaikutusta estävänä seikkana on voinut olla jo lähtökohtaisesti asiakkaan riittämätön toimintakyky virtuaalikotihoidon. Vuorovaikutusta heikentää se, että asiakkaan kognitiivinen toimintakyky sosiaaliseen kanssakäymiseen ei ole ollut riittävä esimerkiksi muistisairauden tai psyykkisen sairauden vuoksi. Haastateltavat kertoivat, että jo pitkälle edenneen tai täysin muistisairaana asiakkaan kanssa ongelmana on ollut muun muassa se, että he eivät muista olla laitteen äärellä sovittuna aikana, he eivät välttämättä ymmärrä mikä virtuaalilaitte on ja eivät tunnista kuka hoitaja on, eivätkä tiedä, miksi hoitajat puhuvat heille laitteen kautta. Muistisairas voi myös pelätä laitetta. Asiakkaan päihtymistila nousi jokaisessa haastattelussa vuorovaikutuksen esteeksi. Sitä, kuinka usein näitä tilanteita hoitajat kohtaavat työssään, ei tullut ilmi. Tilanteet koettiin kuitenkin vuorovaikutuksellisesti haastaviksi. Koettiin, että asiakkaan ollessa päihtynyt, hoitaja ei oikein pysty tekemään mitään ja yhteydenoton tavoite ei näin ollen toteudu, koska päihtynyt asiakas ei ymmärrä virtuaalikäynnin tarkoitusta. Vuorovaikutuksen syntymiselle esteenä kerrottiin myös olevan yhteisen kielen puuttuminen, kun hoitajalla ja asiakkaalla ei ole yhteistä kieltä, ei pysty keskustelemaan mitään asiayhteyden ulkopuolelta. Vuorovaikutusta asiakkaan kanssa vaikeutti myös se, jos asiakas olisi jo tarvinnut fyysistä apua hoitoonsa.

*H1: "Voi olla vähän päihtyneessä mielentilassa, että ei niinku ymmärrä, ja tosiaan tai sitten on joku niinku asiakas tosi pitkälle dementoitunut."*

*H5: "Se asiakkaan liian huono kunto, että tarvitsee jo niinku ihan fyysiset avut, et on niin muistisairas tai muuten niin sairas, että ei kykene enää niinku itse."*

Haastateltavien kokemusten mukaan virtuaalilaitte on voinut lisätä psyykkisesti sairaiden asiakkaiden harhaisuutta, mikä vaikuttaa estävästi vuorovaikutukseen. Asiakas on voinut kuvitella tai ajatella, että laitteen kautta seurataan häntä, mikä aiheuttaa myös sen, että virtuaalilaitte koettiin uhkaavana. Asiakkaan voimakkaat harhat ovat myös estäneet vuorovaikutuksen syntymistä. Hoitajat ovat kokeneet tilanteita, että he eivät ole osanneet kommunikoida harhaisen ihmisen kanssa. He eivät tiedä, kuinka harhoihin tulisi suhtautua. Muun muassa mietittiin sitä, voiko asiakkaalle kertoa, että harhat eivät ole totta ja kuinka asiakas siihen tietoon suhtautuu. Myös asiakkaan aggressiivisuus on koettu haasteellisena tilanteena hoitaa virtuaaliyhteyden kautta; kuinka voi rauhoittamaan asiakasta vain sanallisesti.

*H2: "...jotkut nämä mielenterveyspuolen asiakkaat, että on ollu semmosia, joilla tämä on lisänny niinku sitä harhasuutta, että hän on sitten ruvennu kuvittelemaan vaikka mitä, ihan siitä virtuaalilaitteesta johtuen..."*

**Tekniikkalähtöisinä seikkoina** tekniikan toimiminen on edellytys vuorovaikutuksen syntymiselle virtuaalikotihoidossa. Hoitajat kertoivat, että teknisiä ongelmia on ollut nykyään melko vähän. Jonkin verran on ollut ongelmia virtuaaliyhteyden kanssa siinä, että yhteys pätkee ja särisee tai kapasiteetti ei riitä useamman ohjelman pyörittämiseen. Ongelmia koettiin lisäksi siinä, että laite ei rekisteröi puhetta kaukaa ja näin ollen hoitaja ei kuule asiakasta, jos asiakas ei ole tarpeeksi lähellä laitetta. Hoitaja ei voi myöskään puhua yhtä aikaa asiakkaan kanssa, koska tämä katkaisee asiakkaan puheen kuulumisen. Toisaalta hoitaja keskittyy kuuntelemaan paremmin asiakasta, kun hänen on oltava itse hiljaa. Hoitaja ei voi myöskään ilmaista kuuntelevansa asiakasta ääneen sanomalla esimerkiksi

”ymmmm”, vaan hänen täytyy ilmaista kuunteleminen esimerkiksi nyökyttelemällä. Virtuaalilaitteen rajallisuus vaikuttaa siinä määrin, että kuva minkä hoitaja näkee asiakkaasta, on rajallinen. Tämän takia on haastavaa ohjata asiakasta, esimerkiksi ettei hoitaja ohjaa syömään tyhjältä lautaselta. Hoitaja näkee lähinnä vain asiakkaan kasvot, mikä myös vaikeuttaa hoitajaa tunnistamaan asiakkaan vointia, esimerkiksi jalkojen turvotukset jäävät näkemättä. Ohjauksessa on myös muistettava, että hoitaja ohjaa asiakasta nurinpäin/ peilikuvana eli että asiakkaan oikea puoli on hoitajan vasen puoli. Tämä on koettu tietyissä tilanteissa hankalaksi esimerkiksi, kun ohjataan asiakasta ottamaan lääkkeitä dosetista.

*H4: ”Joskushan ne pätkee ja särisee, onneks aika harvoin.”*

*H5: ”...näkis vähän mitä siellä lautasellakin tapahtuu, että ei sitten tyhjää lautasta kannusta syömään, ku meilläkin on vähän semmonen, ku ei nää ku tosiaan ne kasvot siinä...”*

**Ulkopuoliset tekijät** vuorovaikutusta haittaavana asiana, tulivat esille usean hoitajan kertomuksessa. Virtuaalihuollon käynnin aikana on tullut ilmi, että asunnossa saattaa olla muita henkilöitä, joita hoitaja ei näe. Asiakkaan käytöksestä, esimerkiksi vilkuilusta tai taustaanistista, hoitaja on pystynyt päättelemään tämän. Haastateltavat miettivät, kuinka vaitiolovelvollisuus toteutuu, jos he ovat ehtineet jo puhua asiakkaan asioista ja toinen henkilö on voinut nämä asiat kuulla. Asiakkaat eivät aina itse ilmaise, että asunnossa on muitakin henkilöitä, eivätkä myöskään asiakkaan luona olevat omaiset tai ulkopuoliset henkilöt tule juurikaan oma-aloitteisesti kertomaan virtuaalikäynnin alkaessa olevansa paikalla asiakkaan luona. Ulkopuolisena henkilönä asiakkaan kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta voi myös häiritä puoliso tai muut omaiset, jotka haluavat keskustella hoitajan kanssa niin paljon, että asiakkaan ajatukset ja mielipide jäävät kuulematta, kun he puhuvat asiakkaan puolesta. Vuorovaikutusta estävänä tekijänä voivat olla myös kotihoitoon työntekijät. Osalla asiakkaista kotihoito jättää lääkkeet valmiiksi ja virtuaalikotihoito huolehtii, että asiakas ottaa lääkkeet heidän käyntinsä aikana. Jos kotihoito on unohtanut jättää lääkkeet, on virtuaalisyhteyden kautta vaikea huomata sitä. Tällöin hoitaja ohjaa asiakasta ottamaan lääkkeitä, joita ei olekaan sovitussa paikassa.

*H3: ”...asiakkaan luona on saattanu olla joku, joku ulkopuolinen niinku asiakkaan vieras esimerkiks tai silleen, että ei oo, ei oo pystynyt niinku tavallaan avoimesti juttelemaan asiakkaan kans, koska kuitenkin vaitiolovelvollisuushan meillä on.”*

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa vuorovaikutuksesta tietoa, jota voidaan hyödyntää etähoidon kehittämisessä. Vastauksien avulla toivoimme saavamme mahdollisimman paljon tietoa vuorovaikutuksesta virtuaalipotihoidossa. Halusimme saada mahdollisimman monipuolisen kuvan työntekijän ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta sekä siitä, mitä se vaatii. Tutkimuksessamme saimme hyvin vastauksia näihin kysymyksiimme. Saimme koottua tietoa vuorovaikutuksesta ja sen toteuttamisesta virtuaalipotihoidossa, sekä kuinka vuorovaikutus onnistuu ja mitä sen onnistumiseen tarvitaan.

Työn tutkimustulokset auttavat tilaajaa vahvistamaan henkilöstön osaamista ja siten kehittämään etähoidon laatua yleisellä tasolla. Tilaajan mielestä tutkimuksen tulokset ovat tärkeitä, kun suunnitellaan henkilöstön koulutusta ja perehdytystä. Tuloksia voidaan myös hyödyntää, kun halutaan suunnata etähoitoa oikealle asiakasryhmälle. Tutkimuksen tuloksilla on merkitystä myös sairaanhoitajan koulutuksessa, sillä etähoidosta ei ole juurikaan edes keskusteltu meidän opintojemme aikana vaikka näyttää siltä, että tulevaisuudessa sitä tullaan käyttämään enenevässä määrin osana hoitotyötä.

Etähoitoon perehtyminen antoi uusia näkökulmia hoitotyöhön. Etähoito on mahdollistanut kotihoidon asiakkaiden omatoimisuuden lisääntymisen, kun hoitaja ohjaa etänä eikä ole tekemässä puolesta. Tällaista, ei vielä niin yleistä, tietoa etähoidosta toivoimme lisää tehdessämme työsuunnitelmaa, koska sen perusteella etähoitoa voidaan suunnata oikealle asiakasryhmälle ja saada etähoito palvelemaan asiakkaita ja hoitajia mahdollisimman hyvin. Näyttää siltä, että etähoidon käyttö eri hoitotilanteissa tulee tulevaisuudessa kasvamaan ja meidän on hoitajina hyvä tunnistaa, kenelle etähoito soveltuu ja millaisia asioita etähoidon toteuttamisessa on otettava huomioon.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksia tarkasteltaessa voidaan löytää yhteneväisyyksiä aiempiin tuloksiin. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat virtuaalipotihoidon hyvänä lisänä kotihoidon palveluihin. Joillekin se voi sopia ainoana tukimuotona, mutta toiset asiakkaat tarvitsevat myös fyysisen kotikäynnin. Aikaisemmissa tutkimuksissa niin hoitajat kuin asiakkaatkin ovat kokeneet virtuaaliyhteyden hyvänä apuna ja lisänä, mutta myös fyysistä kotikäyntiä kaivattiin (Aalto ja Karhu 2016, 71; Nilsson ym. 2009, 262).

Vuorovaikutus virtuaaliyhteyden kautta koettiin intensiivisenä. Asiakas ja hoitaja katsovat toisiaan koko virtuaaliyhteyden ajan, jolloin myös havainnoidaan toisen sanatonta viestintää jatkuvasti. Helsingin kaupungin virtuaalipotihoidon yksikönjohtaja Riitta Laanala mainitsi haastattelussa, että etähoidossa asiakkaan kohtaaminen vaatii hoitajalta täyttä läsnäoloa koko etäyhteyden ajan (Alakoski 2017, 22). Haastateltavat mainitsivatkin, että työpäivän jälkeen ei jaksakaan enää oikein hymyillä, kun on koko päivän hymyillyt. Tämä asettaa omat haasteensa työlle. Pienet eleet ja ilmeet kasvoilla ovat usein tiedostamattomia, mutta vastapuoli voi lukea niistä paljonkin tietoa henkilön senhetkisestä olosta (Rantala 2011, 63). Tämä auttaa hoitajaa lukemaan asiakkaan olosta, mutta hoitajalle omien

eleiden ja ilmeiden tietoinen miettiminen voi olla raskasta. Varsinkin alkuun haastatellut hoitajat olivat miettineet paljonkin, miten laitteen edessä pitäisi olla. He kertoivat, että työtä tekemällä laitteen edessä olemisesta on tullut luontevampaa.

Kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta tutkineet Outila ym. (2014) havaitsivat, että suurin osa keskustelun aloituksista kotihoidossa liittyi terveydenhuoltoon (64,5%). Informaalista vuorovaikutusta oli noin kolmasosa (30,3%) ja loput keskusteluaiheet liittyivät kotihoidon järjestelyihin. Tässä tutkimuksessa emme tutkineet keskustelujen asiasisältöjä, mutta kysyimme mistä aiheista hoitajat puhuivat asiakkaiden kanssa. Haastateltavat kertoivat, että asiakkaiden kanssa keskustellaan hyvin moninaisista eri aiheista. Hoitoon liittyvien asioiden lisäksi käytiin läpi säätila, ajankohtaiset asiat ja katsottiin virtuaalilaitteen kautta asiakkaan uudet ikkunaverhot. Tämänkaltaisen informaalinen keskustelu koettiin tärkeäksi hyvän vuorovaikutuksen syntymiselle ja lisäksi hoitaja pystyi jo sen aikana tekemään arviota asiakkaan voinnista. Olisi mielenkiintoista tietää, miten keskustelun asiasisällöt jakautuvat virtuaalikotihoidossa verrattuna perinteiseen kotihoitoon. Löytyisikö tässä eroja ja mihin suuntaan? Rantalan (2011) tutkimuksessa asiakkaat nimenomaan toivoivat, että hoitajan kanssa voisi keskustella muustakin kuin hoitoon liittyvistä asioista. Tällöin asiakas tuntee, että hoitaja on kiinnostunut asiakkaasta eikä vain tämän oireista.

Tulosten mukaan virtuaaliyhteyden avulla voidaan saada nopeasti arvio asiakkaan yleisilasta, koska yhteyden avulla nähdään asiakkaan kasvot ja näin ollen pystytään huomioimaan myös sanatonta viestintää. Haastateltavat korostivat sitä, että asiakkaan voinnin arvioinnissa auttaa se, että asiakkaan tuntee. Aallon ja Karhun (2016, 52–53) sekä Aalto yliopiston (2012, 33–34) tutkimuksissa tulokset ovat olleet samansuuntaiset. Pietikäisen (2013, 111–112) tutkimuksessa myös osa asiakkaista toivoi, että yhteyden ottaisi aina sama hoitaja. Osalle asiakkaista sillä ei ollut merkitystä.

Tulosten mukaan asiakkaan tuntemisen ja luottamussuhteen syntymisen nähtiin edistävän molemminpuolista vuorovaikutusta ja se oli yksi avain siihen, että asiakkaan vointia pystyttiin arvioimaan virtuaaliyhteyden kautta. Ammatillisessa vuorovaikutuksessa pyritään dialogisuuteen. Myöskään dialogisuutta ei synny ilman luottamuksellista suhdetta (Mönkkönen 2018, 14). Tämä viittaa myös aiemmin mainittuun Aallon ja Karhun (2016) sekä Aalto yliopiston (2012) tutkimuksiin, joissa hoitajat arvelivat, että tuttu hoitaja pystyy arvioimaan asiakkaan voinnin paremmin ja että asiakkaan on helpompi kertoa tarpeistaan tutulle hoitajalle. Tässä korostuu hoitosuhdetyöskentely, joka olisi hyvä muistaa myös tulevaisuudessa, kun virtuaaliyhteys mahdollistaa hoitajan yhteydenoton esimerkiksi Helsingistä Rovaniemelle. Välimatkalla ei ole välttämättä väliä, mutta olisi tärkeä muistaa tällöinkin, että hoitosuhteen syntyminen vie oman aikansa ja hyvä luottamussuhde asiakkaan ja hoitajan välillä edesauttaa yhteisen ymmärryksen syntymistä. Tällöin ajatuksena ei voi olla se, että ”kunhan joku hoitaja jostain ottaa yhteyttä asiakkaaseen”.

Mukkalan (2018c) mukaan pitää osata tunnistaa ne asiakkaat, joille virtuaalikotihoito soveltuu. Sama asia näkyi myös tuloksissamme. Haastateltavat kertoivat, että välillä heillä on asiakkaita, jotka ovat olleet jo lähtökohtaisesti soveltumattomia virtuaalikotihoidon asiakkaiksi. Fyysisen toimintakyvyn tulee olla sellainen, että asiakas pystyy toimimaan ohjauksen avulla, mutta enemmän painotettiin sitä,

että asiakkaan kognitiivisen toimintakyvyn on oltava riittävä. Mukkalan (2018b) tutkimuksessa todettiin, että pitkälle edennyttä muistisairautta sairastaville virtuaalikoito ei sovellu.

Kysyttäessä ohjaustaidoista hoitajat eivät suoraan tuoneet esille erityisten ohjaustaitojen osaamista, mutta muissa yhteyksissä he kertoivat, että he ohjaavat asiakasta esimerkiksi insuliinin pistämisessä, ruokailuun ohjaamisessa tai lääkkeiden ottamisessa. Ohjausosaamista nostettiin usein myös esille kerrottaessa, että muistisairaita täytyy osata ohjata etäyhteydellä ja että vaatii hyviä puhetaitoja työskennellä etähoidossa, koska työvälineenä on vain puhe. Haastateltavat eivät välttämättä täysin tiedostaneet, millaista ohjausosaamista etähoidossa työskennelläkseen tarvitsee ja että myös ohjausosaaminen on taito mitä hoitaja voi kehittää.

Etähoito tukee asiakkaan omatoimisuutta. Tämä nousi selkeästi esille haastatteluissa haastateltavien kertomana. Erona perinteiseen kotihoitoon mainittiin muun muassa se, että hoitaja ei voi tehdä mitään tavallisiakaan askareita asiakkaan puolesta. Tämä itsessään on iso asia asiakkaiden omatoimisuuden tukemisessa. Virtuaaliyhteyden avulla myös ohjataan esimerkiksi jumppia, mikä myös edistää toimintakyvyn ylläpitoa ja tukee asiakkaan omatoimisuutta.

Tekniikan osalta vaikuttaa siltä, että lähes kymmenen vuoden aikana on menty eteenpäin yhteyksien toimivuudessa. Helsingin kotihoidon virtuaalitekniikahankkeen loppuraportissa mainittuja kameran epätarkkuutta ja kuvan tai äänen viivettä ei tutkimuksessamme tullut esille (Aalto yliopisto ym. 2012, 33–34). Haastateltavat kertoivat, että teknisiä ongelmia toisinaan on, mutta niiden osuus vuorovaikutuksen epäonnistumiseen oli kuitenkin pieni. Yhteydet ovat toimineet pääosin hyvin, ja sekä kuvan että äänen laatu on ollut hyvä. Enemmän vuorovaikutusta hankaloitti muun muassa se, että asiakas oli liian kaukana laiteesta tai asiakkaan puhetapa oli sellainen, joka vaikeutti hänen puheensa ymmärtämistä.

Uusia asioita, mitä tuloksissa nousi esille, mistä muissa tutkimuksissa ei ollut mainintaa, olivat ulkopuoliset henkilöt asiakkaan luona. Ulkopuoliset henkilöt asiakkaan kotona vaikuttivat merkittävästi vuorovaikutuksen epäonnistumiseen, sillä tällöin pitää huomioida muun muassa vaitiolovelvollisuus. Myös asiakas oli tällöin hiljaisempi eikä lähtenyt avoimeen keskusteluun mukaan. Ulkopuoliset henkilöt asiakkaan kotona tuovat harvoin esille, että ovat paikalla. Tämä voi olla laitteen vierastamista. Asiakkaita ja omaisia voisi ohjeistaa näihin tilanteisiin, jolloin välttyttäisiin ikäviltilä tilanteilta asiakkaan kannalta, mikäli asiakas ei itse uskalla sanoa, ettei ole yksin kotona.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka kulkee tiiviisti mukana koko tutkimusprosessissa ja tämä on hyvä tutkijana tiedostaa. Eettisten kysymysten ohittaminen voi viedä pohjan koko tutkimukselta, siksi eettisesti hyvä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Prosessin aikana tulee valinta- ja päätöksentekotilanteita, mitkä pitää osata ratkaista perustellusti. (Kylmä ja Juvakka 2007, 137). Tiedostimme tämän koko opinnäytetyömme ajan ja meillä oli eettistä pohdiskelua tehdessämme valintoja tutkimuksessamme, mitä olemme avanneet työssämme. Olemme pyrkineet opinnäytetyössämme huolellisuuteen

ja tarkkuuteen koko prosessin ajan. Eettinen ajattelu lähtee jo aihetta miettiessä. Mietimme mitä hyötyä työstämme voisi olla muillekin kuin itsellemme. Kun työssä ajatellaan hyödyllisyyttä kanssaihmisille, on se niin sanottu yhteiskunnallinen ulottuvuus (Kylmä ja Juvakka 2007, 144).

Tutkimukseen osallistuminen täytyy olla vapaaehtoista. Lääkäriliiton (s.a.) mukaan on suositeltavaa saada osallistujalta kirjallinen suostumus. Tätä ennen osallistujalle tulee antaa tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja menetelmistä. Osallistujalle tulee antaa mahdollisuus peruuttaa suostumuksensa, milloin tahansa tutkimuksen vaiheessa. Jokaiselle osallistujalle tulee antaa mahdollisuus kuulla tutkimuksen lopputuloksista. (Lääkäriliitto s.a.) Nämä asiat huomioimme perehtyessämme tietosuojajoheistukseen ja haastateltaville annettiin tietosuojailmoitus.

Tutkimusta tehdessä eritoten tietosuojaa koskevat kohdat ovat tärkeää huomioida, esimerkiksi anonymiteetin säilyttämisen vuoksi. Anonymiteetin säilymisen kannalta on kerättävä vain sellaisia henkilötietoja, mitkä ovat tutkimuksen kannalta olennaisia. Kysyimme haastateltavilta taustatietolomakkeella aiempaa työkokemusta kotihoidosta ja virtuaalikotahtaidosta, pystyäksemme kuvailemaan haastateltavien taustoja. Haastateltavien pitkä työkokemus kotihoidosta lisää tutkimuksen luotettavuutta koska se kertoo, että haastateltavat ovat olleet osallisina erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. He pystyvät myös vertaamaan vuorovaikutuksen onnistumista perinteisen kotihoidon ja virtuaalikotahtaidon välillä. Aineistohallinnan käsikirjan (2019) mukaan tieto on tunnistettavissa, mikäli tiedosta on tunnistettavissa yksittäinen henkilö joko suorasti tai epäsuorasti. Noudatimme suunnitelmallisuutta ja huolellisuutta, ettei haastateltavien anonymiteetti vaarannu missään vaiheessa tutkimusta tai sen jälkeen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuuteen vaikuttaa muun muassa se kuinka kauan tutkimuksen kanssa työskennellään, koska laadullinen tutkimus nimenomaan haluaa ymmärtää tutkimukseen osallistujaa ja toisen näkökulman ymmärtäminen vaatii aikaa. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–128). Huomasimme tämän omassa tutkimuksessamme, kun aikataulun ylittyessä tuli lisää havaintoja ja pohdintoja aiheesta, mitä olimme työstäneet prosessin ajan. Pidempään kestänyt prosessi vahvisti ymmärrystämme aiheesta. Sopivan ja oikeanlaisen tutkimustavan valinta on myös uskottavuuden kannalta tärkeää. Myös kun aineisto kerätään haastatteluista, niin on pohdittava haastattelun toteutus ja haastateltavien riittävä määrä tutkimuksen kannalta. Kaikilla haastateltavilla oli työkokemusta perinteisestä kotihoidosta, ja he toivat esille paljon samoja asioita. Koska etähoito on vielä suhteellisen uusi asia, ei ollut tutkimuksia mihin verrata tuloksiamme.

Vahvistettavuus on hieman kyseenalainen kriteeri, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija voi päätyä erilaisiin tuloksiin, vaikka käytössä olisikin sama aineisto. Tämän vuoksi on tärkeää kuvailla, miten on päädytty tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tämä on hyväksyttävää, koska silloin tutkittavasta ilmiöstä vain saadaan enemmän informaatiota ja ymmärrystä. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–128). Tästä teimme esimerkin (kuvio 2, sivu 19) näkyviin myös opinnäytetyöhömme, kuinka työstimme analyysia vaihe vaiheelta. Olemme perustelleet itsellemme ja tuoneet perustelumme työhön

näkyviin, kuinka olemme päätyneet tuloksiimme ja johtopäätöksiin, peilaamalla tuloksia saatuun aineistoon. Analyysissa esimerkkien esille tuominen työssämme lisää luotettavuutta, koska silloin lukijan on selkeämpi nähdä, kuinka olemme päätyneet tuloksiimme. Työmme tuotos on esitetty rehellisesti, eikä tuloksia ole vääristelty niitä liioittelemalla tai peittelemällä vaan tutkimustulokset on analysoitu realistisesti parhaan kykymme mukaan. Vahvistettavuus on luotettavuuden kannalta kuitenkin merkittävää työssämme, koska tutkimme melko uutta ja tutkimatonta, ei teorian tiedon etsiminen ollut helppoa ja luotettavien lähteiden etsiminen vei aikaa. Tutkimustulosten kannalta on tärkeää, että on aineistoa pohjalla tukemassa tuloksien oikeudenmukaisuutta ja teoriapohja antaa myös enemmän informaatiota tutkittavasta ilmiöstä.

Reflektiivisyyden tiedostaminen tutkijan suhteesta tutkimukseen on olennaista, eli kuinka tutkija voi omista lähtökohdistaan vaikuttaa tutkimukseen. Siirrettävyyteen on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta, että lukija kykenee arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–128). Omaa suhdettamme tutkimukseemme pohdimme jo aihetta valitessamme, mikä syventyi aihekuvausten kautta ja työsuunnitelmaa työstäessämme. Esimerkiksi haastattelut olivat tutkimuksemme kannalta merkittävä vaihe, mitkä olisivat epäonnistuneena voineet vaikuttaa tuloksiin. Koimme kuitenkin haastattelujen onnistuneen, koska ilmapiiri vaikutti haastatteluissa olevan avoin ja haastateltavat vaikuttivat olevansa motivoituneita kertomaan kokemuksistaan vuorovaikutuksesta meille. Siirrettävyyttäkin ajatellen olemme pyrkineet tuomaan kaiken olennaisen esille tutkimuksettamme. Esimerkiksi toinen kaupunki voisi hyvin hyödyntää tuloksiamme ja viedä tutkimuksen pidemmälle. Onnistuimme saavuttamaan tutkimuksessamme kuitenkin tavoitteemme eli saimme kerättyä ja jäsennettyä tietoa vuorovaikutuksesta etähoidossa.

### 6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on auttanut meitä kehittymään ammatillisesti. Olemme oppineet prosessin hallintaa ja ajankäytön suunnittelua. Tutkimuksen tekeminen oli molemmille uusi asia ja se vaati runsaasti perehtymistä ennen kuin pääsimme konkreettisesti työstämään opinnäytetyötämme. Tiedonhankintataitoimme ovat kehittyneet ja opimme hakemaan tietoa paljon kattavammin, kuin ennen tätä työtä.

Työsuunnitelmaan teimme SWOT-analyysin (taulukko 5), millä arvioimme omia heikkouksiamme ja vahvuuksiamme. Myös näiden asioiden huomioiminen on osa ammatillisuutta ja auttaa meitä kehittymään, kun osaamme tiedostaa työhön vaikuttavat tekijät. Tunnistimme melko hyvin työhön liittyvät heikkoudet ja uhat. Työn tekijöiden asuminen kaukana toisistaan toi omat haasteensa. Emme onnistuneet tapaamaan niin usein kuin olisimme halunneet, joten käytimme jonkin verran zoomia yhteispalavereissa. Teemahaastattelun tekemisen arvoimme heikkoudeksi, koska emme olleet kumpikaan ennen sellaista tehneet. Haastetta oli siinä, osaammeko kysyä oikeanlaisia asioita. Analyysivaiheessa huomasimme, että joitain asioita olisi voinut vielä tarkentaa, mutta haastattelutilanteessa emme olleet näitä asioita huomanneet. Uhkana oli ajankäyttö eli töiden, opiskelujen ja perhe-elämän yhdistäminen opinnäytetyön tekemiseen. Ajan löytäminen opinnäytetyön tekemiselle oli ajoittain todella hankalaa. Tämän huomasimme varsinkin siinä vaiheessa, kun opinnäytetyön tekemistä



kanssamme aloittanut opiskelija joutui jättämään ajankäytöllisistä syistä tällä kertaa opinnäytetyöprojektin kesken suunnitelmavaiheessa. Yhtenä uhkana olimme miettineet lähteiden löytymistä aiheestamme ja tämä osoittautuikin myös melko hankalaksi. Termistö oli hyvin vaihtelevaa, koska ei ole vielä vakiintunutta. Myös englanninkielinen termistö oli vaihtelevaa. Saimme Savonian informaatikolta apua tiedonhankintaan.

TAULUKKO 5. SWOT-analyysi

<p style="text-align: center;"><b>Vahvuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoitoalan työkokemus</li> <li>• kokemus kotihoidosta</li> <li>• kiinnostus virtuaalikotihoitoa kohtaan</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Heikkous</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aikataulut</li> <li>• ei kokemusta etähoitotyöstä</li> <li>• välimatkat (Uurainen – Kuopio)</li> <li>• Teemahaastattelun onnistuminen</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Mahdollisuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oman ammattitaidon/vuorovaikutustaitojen kehittyminen</li> <li>• Yhteistyötaitojen kehittyminen</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Uhka</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajanhallinta (työn ja opiskelun yhdistäminen: riittääkö aikaa opinnäytetyön tekemiselle)</li> <li>• lähteitä ei löydy (esimerkiksi termistö ei ole yhtenäistä)</li> </ul>

Opinnäytetyö on korostanut meille, kuinka tärkeitä yhteistyötaidot ovat. Se vaatii molemminpuolista joustavuutta esimerkiksi ajankäytön suunnittelussa eri elämäntilanteiden vuoksi. Myös avoimuus asioissa on korostunut työtä tehdessä. On helpottavaa, kun toiselle voi sanoa suoraan, jos on jotain mikä vaikuttaa työn tekemiseen. Avoimuutta on myös, kun olemme jakaneet ajatuksiamme työstä. Olemme päässeet hienoon keskusteluun, eikä kumpikaan ole tuominut toisen mielipiteitä vaan asioista on keskusteltu, mikä on ollut hyvin antoisaa monessa suhteessa. Tätä voisi sanoa myös neuvottelutaidoiksi. Kun molemmilla on ollut yhteinen päämäärä, niin yhteistyö on ollut onnistunutta ja työn tekeminen tuottoisaa.

Työsuunnitelma vaiheessa teimme myös aikataulusuunnitelman. Suunnitelma antoi hyvän pohjan ja tavoitteet työmme etenemiselle, mutta huomasimme työn edetessä, ettemme voineet täysin pitää siinä. Suunnittelimme, että työmme olisi valmis tammikuun 2020 loppuun mennessä, mutta aikataulujen yhdistäminen osoittautui työmme kannalta haasteellisemmaksi kuin aluksi ajattelimme. Lopulta teimme työn loppuun rauhassa ilman, että olisimme alkaneet kiirehtiä sen vuoksi, että alkupeäinen suunnitelma ei pitänyt. Kokonaisuutena opinnäytetyön tekeminen on ollut hieno ja opettavainen kokemus.

#### 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti esitämme seuraavat johtopäätökset virtuaalipotihoidon kehittämiseksi:

Vuorovaikutuksen koetaan pääosin onnistuvan hyvin videoyhteyden välityksellä. Asiakkaan kanssa voidaan keskittyä keskustelemaan kasvokkain, kun samaan aikaan ei tehdä muita hoitotyön tehtäviä. Sanattoman viestinnän huomioiminen onnistuu osittain, koska laitteen kautta nähdään hyvin asiakkaan kasvojen ilmeet, mutta muu kehonkieli jää huomioimatta. Hoitajalta vaaditaan verbaalista taitoa, kun mahdollisuus koskettamiseen puuttuu. On haastava välittää empatiaa ja esimerkiksi lohduttaa ilman fyysistä läsnäoloa. Nämä kaksi edellä mainittua asiaa myös kuormittavat hoitajaa virtuaalisyhteydellä tapahtuvassa hoitotyössä. Hoitaja miettii omia kasvojen ilmeitään koska hän tietää, että asiakas kiinnittää niihin koko ajan huomiota. Hoitajat puhuvat myös paljon ja tämä rasittaa ääntä. Näihin seikkoihin on syytä kiinnittää huomiota työssäjaksamisen näkökulmasta, jotta hoitajat saisivat tarvittavaa työn tauotusta työpäivän aikana.

Asiakkaan soveltuvuus virtuaalipotihoidon asiakkaaksi tulee arvioida etukäteen huolellisesti. Asiakkaalla on aina jokin tarve ja tavoite, johon hoitotyön keinoin pyritään vastaamaan. Haastatteluissa kerrottiin asiakkaista, joiden kanssa vuorovaikutus ei ole alun alkaenkaan onnistunut virtuaalisyhteyden kautta. Usein syynä oli ollut asiakkaan pitkälle edennyt muistisairaus. Tiedossamme ei ole miten asiakasvalinta tehdään tällä hetkellä. Olisikin hyvä kehittää arviointitapa, jonka pohjalta voidaan arvioida etukäteen, kenelle virtuaalipotihoido soveltuu. Tämän perusteella kaivataan lisätietoa siitä, millaista toimintakykyä asiakkaalla täytyy olla, jotta hoitotyö voi toteutua etäyhteyden avulla onnistuneesti.

Vuorovaikutus mielenterveysairauksia sairastavien ja päihtyneiden asiakkaiden kanssa koettiin haasteelliseksi. Hoitajat eivät tieneet miten toimia ja mitä sanoa, jos asiakas oli esimerkiksi harhainen tai päihtynyt. Muistisairaiden kanssa työskentely etäyhteyden kautta koettiin haasteelliseksi, jos sairaus oli edennyt pitkälle, mutta tätä ei tuotu esille niin ongelmallisena tilanteena. Hoitajat myös kertoivat, että virtuaalipotihoidolla tulee olla kokemusta muistisairaiden kanssa toimimisesta, mutta he eivät tuoneet esille sitä, että virtuaalipotihoidon työntekijältä vaadittaisiin osaamista päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoitotyöstä. Tämä saattaa kuvastaa sitä, että potihoidossa asiakkaat ovat suurimmaksi osin iäkkäitä ja tätä osaamista hoitajilla myös on. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että virtuaalipotihoidon asiakaskunta on erilaista kuin perinteisessä potihoidossa ja että hoitajat tarvitsisivat koulutusta ja kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä, jotta heillä olisi valmiuksia kohdata näitä asiakkaita.

Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen asiakkaan ja hoitajan välillä nähtiin edistävän hoitotyön toteutumista. Kun asiakas oli hoitajalle tuttu, hän pystyi nopeastikin arvioimaan videoyhteyden välityksellä asiakkaan vointia. Lisäksi jo asiakkaan äänensävyistä tai puhutavasta voitiin tehdä huomioita asiakkaan terveydentilasta, kun hänet tunnettiin hyvin. Tämä on mielestämme tärkeä tieto siitä, että virtuaalipotihoidon laajentuessa on hyvä panostaa hoitosuhteen syntymiseen ja pitää yhden hoitajan

asiaksmäärä kohtuullisena ja asiakkaat samana. Tällä voidaan vaikuttaa myös yhden yhteydenoton keston, kun hoitajan aika ei mene asiakkaaseen tutustumiseen. Hoitajan tuntiessa asiakkaan hänen on myös helpompi keskustella asiakkaalle tärkeistä aiheista. Aikaisemmat tutkimuksen osoittavat asiakkaiden toivovan, että hoitajan kanssa voisi keskustella muistakin kuin hoitoon liittyvistä aiheista.

Tämän tutkimuksen perusteella hoitajalla tulee olla kokemusta perinteisestä kotihoidosta ennen siirtymistä virtuaalikotihoidon työntekijäksi. Tällä hetkellä tämä on varmasti vielä mahdollista, mutta tulevaisuudessa kun hoitajia jää yhä enemmän eläkkeelle ja virtuaalikotihoito on yleistymässä voi yhtälö olla mahdoton. Tässä tilanteessa tulisikin miettiä, miten koulutuksella ja työntekijän perehdytyksellä voitaisiin vastata tähän kokemuksen puutteeseen. Tutkimuksen mukaan hoitajalla pitää olla tietämystä siitä, millaista työ asiakkaan kotona on, kokemusta muistisairaiden hoitamisesta ja tietoa siitä, miten muistisairaiden kanssa tulee toimia esimerkiksi ohjaustilanteessa. Lisäksi tarvitaan käytännön kokemusta lääkehoidosta. Tämä sama huomio tuli haastateltavilta työkokemuksen määrästä riippumatta, eli myös vähemmän aikaa työskennelleet tiedostivat tämän samalla tavalla kuin pitkään työskennelleet.

Tekniikka on kehittynyt kymmenessä vuodessa ja aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna ongelmia tekniikan kanssa on ollut vähemmän. Useimmat hoitajat kertoivat, että asiakkaan ohjaamista haittasi se, että he eivät nähneet samaa kuin asiakas esimerkiksi ohjatessa asiakasta ottamaan ruokaa jääkaapista tai näkivät vain rajatun alueen asiakkaasta eli kasvot. Tulevaisuudessa tekniikka voi tuoda ratkaisun tähän ongelmaan laajemman kuvakulman avulla tai asiakkaalla voisi olla virtuaalilasit, jotta hoitaja näkisi saman kuin asiakas.

Jatkotutkimusaiheiksi esitetään tutkimusta siitä, miten virtuaalikotihoidon asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen onnistumisen etäyhteyden avulla. Vertailevaa tutkimusta tulisi tehdä työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen rakentumisesta virtuaalikotihoidossa verrattuna aikaisempiin tutkimustuloksiin perinteisessä kotihoidossa tapatuvasta vuorovaikutuksen rakentumisesta (Outila ym. 2014). Tulevaisuutta ajatellen on tutkittava, millaista osaamista virtuaalihoitaja tarvitsee kotihoidossa ja miten tätä osaamista voidaan kehittää jo koulutuksen aikana.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AALTO YLIOPISTO JA TIEDON JA INNOVAATIOIDEN TUTKIMUSKESKUS CKIR s.a. Helsingin kotihoiton virtuaalitekniologiahanke, Virtuaalihoitajaksi -loppuraportti [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-04-28.] Saatavissa: <https://www.hel.fi/static/kanslia/Innovaatorahasto/Loppuraportti-Kotihoidon-virtuaalihoitajaksi.pdf>

AALTO, Lea ja KARHU, Hannele 2016. Ikkuna maailmaan. Ikääntyneiden kuvapuhelinpalvelut kotona asumisen tukena. Lapin yliopisto, sosiaalityön e-osaaminen. Pro gradu.

AALTO, Onni 2018. Videoyhteys osana kotihoitoa. Ikääntyneiden näkemyksiä videovälitteisestä vuorovaikutusteknologiasta. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

AHONEN, Heidi 1992. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

AINEISTOHALLINNAN KÄSIKIRJA 2019. Tunnisteellisuus ja anonymisointi [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-08-05.] Saatavissa: <https://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html>

ALAKOSKI, Riitta 2017. Virtuaalinen kotihoito yllätti suosiollaan. Terveys ja talous 3/2017, 22-24.

BOHM, David 2004. On Dialogue. London Routledge.

ETENE 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-04-28.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3081-0>

FORSBERG, Kristina, INTOSALMI, Hennariikka, NORDLUND, Marika ja SUHONEN, Sirpa. 2014. Ikätekniologiasanasto. KÄKÄTE-raportteja 3/2014. Helsinki: Kopio Niini Oy.

HAARAKANGAS, Kauko 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum Oy.

HAHO, Annu 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitaja-lehti. Artikkelit. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-07-28.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>

HAMMAR, Teija, MIELIKÄINEN, Lasse, ALASTALO, Hanna 2018. Teknologia tukee kotihoidon asiakkaan omatoimisuutta ja turvallisuutta – eroja käyttöönotossa maakuntien välillä [verkkajulkaisu.] Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 44/2018. [Viitattu 2019-11-01.] Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137291/URN\\_ISBN\\_978-952-343-252-9.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137291/URN_ISBN_978-952-343-252-9.pdf?sequence=1)

HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2011. TUTKIMUSHAASTATTELU. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

HOLMBERG, Marie, VALMARI, Gudrun ja LUNGREN, Solveig M 2012. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4/2012, 705-712.

KAKKO, Eija 2016-05-31. Virtuaalihoito Lahdessa [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-04-28.] Saatavissa: [https://www.tampere.fi/tiedostot/v/4DneHWpkx/Virtuaalihoito\\_Lahdessa.pdf](https://www.tampere.fi/tiedostot/v/4DneHWpkx/Virtuaalihoito_Lahdessa.pdf)

KAMEI, Tomoko. 2013. Information and Communication Technology for Home Care in the Future. Japan Journal of Nursing Science 12/2013, 154-161.

KANANEN, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Suomen yliopistopaino Oy -Juvenes Print

KANANEN, Jorma 2019. Opinnäytetyön ja Pro Gradun pikaopas. Jyväskylä: PunaMusta Oy.

KUNTAHANKINNAT 2016-03-03. Sopimusnumero KLKH109. [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-12-21.] Saatavissa: <https://kuntahankinnat.fi/ict/visuaalisen-kommunikaation-palveluratkaisu-virtuaaliset-hoivaratkaisut-2016-2024>

KUOPION KAUPUNKI 2018. Virtuaalisen kotikäynnin myöntämisperusteet. [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-08-22.] Saatavissa: <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7556251/10124-2018-1+My%C3%B6nt%C3%A4misperusteet+Virtuaalinen+kotik%C3%A4ynti.pdf/224c5ad7-1966-4808-9fb8-9bf500189e74>

KYLMÄ, Jari ja JUVAKKA, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

KÄMÄRÄINEN, Pauliina 2019-04-15. Palveluohjaaja. [Haastattelu]. Kuopio: Kotihoidon toimitilat.

LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA L980/2012. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-04-04.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>

LÄÄKÄRILIITTO s.a. Lääkärin etiikka [verkkojulkaisu]. Helsingin julistus. [Viitattu 2019-26-08.] Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/>

MARKKANEN, Kristiina 2009-07-07. Sadat omaiset valittavat vuosittain hoitohenkilökunnan käytöksestä. Helsingin sanomat. [Viitattu 2019-12-08.] Saatavissa: <https://www-hs-fi.ezproxy.savonia.fi/kotimaa/art-2000004664272.html>

MOE, Aud, INGSTAD, Kari, BRATAAS, Hildfrid V. 2017. Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. BMC Health Services Research (2017) 17:736

MUKKALA, Leila 2018a. Kotiin vietävät hoitaja- ja lääkärivastaanotot sekä etäkotihoito. Toimiva kotihoito Lappiin. Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen-hanke [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-08-02.] Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/kotiin-vietavat-hoitaja-ja-laakarivastaanotot>

MUKKALA, Leila 2018b. Milloin kuvapuhelinpalvelua kannattaa tarjota kotona asuvalle ikäihmiselle ja erityisesti muistisairaalle? Toimiva kotihoito Lappiin. Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen-hanke [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-08-01.] Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/milloin-etapalvelua-muistisairaalle>

MUKKALA, Leila 2018c. Kotiin annettava tuki muistisairauden diagnosoinnin jälkeiseen lääkehoidon seurantaan kuvapuhelimella. Toimiva kotihoito Lappiin. Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen-hanke [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-08-02.] Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/muistisairaalle-annettava-tuki>

MYLLYMÄKI, Sanna 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoitossa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma.

MÄKISALO-ROPPONEN, Merja 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

MÖNKKÖNEN, Kaarina 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus.

NILSSON, Carina, SKÄR, Lisa, SÖDERBERG, Siv 2009. Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home -a case study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24/2010, 259-265.

OUTILA, Marjo, JUMISKO, Eija ja KETTUNEN, Riitta 2014. Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen -kehysanalyttinen näkökulma. Gerontologia 28 (2014):4, 231-249.

PIETIKÄINEN, Jorma 2013. Teknologian hyväksyminen ja käyttö kotihoidossa: Kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä videoneuvotteluteknologian käytöstä. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu. Tieto- ja palvelutalouden laitos. Pro Gradu-tutkielma.

PUOMILAHTI, Kati 2019-08-22. Virtuaalikotihoidon esimies. [Haastattelu]. Kuopio: Kuopion kaupungin virtuaalikotihoito.

PUOMILAHTI, Kati 2019-12-23. Virtuaalikota hoidon esimies. Täydennys tietoja oppariin [sähköposti- viesti]. Vastaanottaja Emma-Noora Leskinen.

RADHAKRISHNAN, Kavita, XIE, Bo, BERKLEY, Amy, KIM, Miyong 2016. Barriers and facilitators for sustainability of tele-homecare programs: A systematic review. Health Services Research 51:1. February 2016.

RANTALA, Merja 2011. Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteissa. Vaasa: Vaasan yliopisto, sosiaali- ja terveyshallintotiede. Pro gradu -tutkielma.

RIIKONEN, Merja ja PAAVILAINEN, Eija 2018. Kotona asuvan muistisairaana henkilön ja hänen läheistensä teknologiaan liittyvät tarpeet ja toiveet. Gerontologia 32 (2) 2018, 115-131.

ROSVALL, Minna 2019-11-22. Sotaveteraani Eino Nurminen, 95, kotihoidosta osa sujuu virtuaalisesti – Suomessa tehty jo yli miljoona hoitokäyntiä etänä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-12-21.]. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-11046969>

SHEA, Kimberly ja CHAMOFF, Breanna 2012. Telehomecare Communication and Self-Care in Chronic Conditions: Moving Toward a Shared Understanding. Worldviews on Evidence-Based Nursing 2/2012, 109-116.

SILVENNONEN, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

STM s.a. Kotihoito ja kotipalvelut [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-07-12.] Saatavissa: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

TUOMI, Jouni ja SARA-JÄRVI, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

VALVIRA s.a. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-07-12.] Saatavissa: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen\\_terveydenhuollon\\_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut)

VERNERI.NET - Verkkopalvelu kehitysvammaisuudesta 2019. Ikääntymisen määrittely. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-07-28.] Saatavissa: <https://www.verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

VIDEO VISIT s.a. Virtuaalihoito [verkkosivu]. [Viitattu 2019-12-21.] Saatavissa: <https://www.video-visit.fi/virtuaalihoito/>

VIESTINTÄTIETEIDEN LAITOS s.a. Nonverbaalinen viestintä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-12-08.] Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/vuorovaikutus/viestinta/nonverbaalinen.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2005. Fifty-Eight World Health Assembly [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-09-20.] Saatavilla: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf)

VÄISÄNEN, Leena, NIEMELÄ, Mika ja SUUA, Pirkko 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

VÄNSKÄ, Kirsti, LAITINEN-VÄÄNÄNEN, Sirpa, KETTUNEN, Tarja ja MÄKELÄ, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

## LIITE 1: TIEDOTE TUTKITTAVALLE

Tiedote tutkittavalle

Hyvä virtuaalipotihoidon ammattilainen!

Miten olet kokenut vuorovaikutuksen virtuaalipotihoidon asiakkaiden kanssa? Onko eteesi tullut seikkoja, mitkä ovat estäneet vuorovaikutuksen toteutumisen? Mitkä asiat ovat vaikuttaneet hyvän vuorovaikutuksen syntymiseen?

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyöhön liittyen tutkimusta siitä, miten Kuopion virtuaalipotihoidossa on koettu vuorovaikutuksen toteutuminen hoitajan ja asiakkaan välillä. Tutkimus suoritetaan teemahaastatteluna potihoidon toimitiloissa. Teemahaastattelu tarkoittaa sitä, että voit kertoa aiheesta vapaasti tutkijoille. Haastattelu nauhoitetaan, jotta tutkijat voivat myöhemmin koota keskustelussa esille nousseet asiat yhteen. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata virtuaalipotihoidossa työskentelevien kokemuksia vuorovaikutuksesta asiakkaiden kanssa, jotta vuorovaikutusta etäpotihoidossa voitaisiin kehittää.

Haastatteluun osallistumiseen menee aikaan noin puoli tuntia ja siihen saa käyttää työaika. Osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksia käsitellään ainoastaan yhteenvetomuodossa, joten yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa.

Ilmoita halukkuutesi haastatteluun mahdollisimman pian sähköpostilla ..., kuitenkin viimeistään 25.10.2019 mennessä. Osallistumisesi on tärkeää tutkimuksen onnistumiselle.

Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja tutkimuksesta, vastaamme mielellämme.

Yhteistyöterveisin

sairanhoitajaopiskelijat

Arja Hänninen

Emma Leskinen

Savonia ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön ohjaaja

Anu Karhemia

Savonia ammattikorkeakoulu

## LIITE 2: SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUUN

Suostumus opinnäytetyön haastatteluun

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyön haastatteluun, jossa kuvataan virtuaalipotilaiden hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta asiakkaiden kanssa. Olen saanut etukäteen tiedotteen, jossa kerrotaan tutkimuksesta tarkemmin.

Suostun, että haastattelu nauhoitetaan. Haastattelussa kertamani asiat ovat luottamuksellisia ja niitä saa käyttää vain tässä opinnäytetyössä ja siten, ettei niistä voi tunnistaa minua.

Osallistun haastatteluun vapaaehtoisesti ja minulla on oikeus perua halukkuuteni osallistua tutkimukseen ilman perusteltuja syitä.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Arja Hänninen ja Emma-Noora Leskinen  
Sairaanhoidajaopiskelijat  
Savonia ammattikorkeakoulu



## LIITE 3: TAUSTATIETOLOMAKE

Taustatiedot

Työkokemus kotihoidossa

Työkokemus virtuaalikotihoidossa

## LIITE 4: TEEMAAHAASTATTELURUNKO

Teemahaastattelurunko:

### 1. Teema: Kokemukset

- Mieleen jääneitä esimerkkejä?
- Miten kuvailisit vuorovaikutusta asiakkaan kanssa etäyhteydellä?
- Milläläilla erilaista kuin (face-to-face) kotikäynnillä?
- Millä tavoin (miten) huomioit sanattoman vuorovaikutuksen?
- Millaisista asioista keskustellette?

### 2. Teema: Onnistumiset

- Mitkä seikat vaikuttavat onnistumiseen?
- Millaista ammattitaitoa tarvitaan?
- Ohjaustaidot?

### 3. Teema: Esteet/epäonnistumiset

- Mitkä seikat ovat vaikuttaneet epäonnistumiseen tai estäneet vuorovaikutuksen?
- Teknologian ongelmat?
- Asiakkaan toimintakyvyn vaikutus?
- Ajankäyttö?
- Sanattoman vuorovaikutuksen tulkinta videoyhteydellä/ tuleeko ymmärrettäviksi?
- Mahdolliset muut häiriötekijät?

Avoin loppukysymys:

- Onko vielä jotain mitä haluaisitte tuoda esille tästä aiheesta?
- Onko mielessäsi jotain tähän aiheeseen liittyvää, mistä ei ole vielä keskusteltu?