

# HYVINVOINTITEKNOLOGIA OSANA RANUAN JA YLITORNION KOTIHOITOA

Kotihoitohenkilöstön kokemuksia teknologiaosaamisestaan

Toimeksiantaja HyTekla-hanke

Heikka Tarja  
Illikainen Hillevi

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Terveystenhoitaja (AMK)

2015

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma

---

<b>Tekijät</b>	Heikka Tarja Illikainen Hillevi	Vuosi 2015
<b>Ohjaaja</b>	Kaukiainen Sirpa	
<b>Toimeksiantaja</b>	HyTekla-hanke 2013–2014	
<b>Työn nimi</b>	Hyvinvointiteknologia osana Ranuan ja Ylitornion kotihoitoa Kotihoitohenkilöstön kokemuksia teknologiaosaamisestaan	
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	40 + 6	

---

Opinnäytetyömme toimeksiantajan HyTeklan – Hyvinvointiteknologian tuki asiakaslähtöisissä saumattomissa hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuissa -hanke – tavoitteena oli lisätä hyvinvointiteknologian hyödyntämistä terveydenhuollon välineenä Lapissa. Opinnäytetyömme tavoitteena oli hyvinvointiteknologian käytön edistäminen kotihoidossa, jolla voidaan tukea asiakkaiden turvallista kotona asumista sekä itsenäistä selviytymistä että edistää hoitotyön laatua. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaista hyvinvointiteknologiaa on käytössä ikääntyneiden kotihoidossa pitkien etäisyyksien Lapissa Ranualla ja Ylitorniolla sekä millaisena kotihoitohenkilöstö kokee teknologiaosaamisensa.

Teoriaosuus opinnäytetyössämme muodostui hyvinvointiteknologiasta, kotihoidosta ja koulutuksesta. Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen, jonka aineisto kerättiin teemahaastatteluina kesällä 2014. Neljä pitkäaikaista kotihoidon työntekijää haastateltiin Ranuan ja Ylitornion kunnista. Aineiston analysointi suoritettiin sisällönanalyysillä tutkimuskysymysten ohjaamina.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan kotihoidossa on käytössä erilaista hyvinvointiteknologiaa, mutta kaikkia välineitä ja laitteita ei mielletä teknologiaan kuuluviksi. Teknologiaosaaminen koettiin riittäväksi, mutta sen osaamista haluttiin vahvistaa. Myös teknologiakoulutusta ja moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä.

Opinnäytetyöstämme on hyötyä hoitotyön kehittämiseksi, sillä opinnäytetyömme tuloksia voivat hyödyntää Ranuan ja Ylitornion kuntien päättäjät ja hoitotyön esimiehet, kun suunnittelevat teknologian hyödyntämistä kotihoidossa. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää myös hoitotyön koulutuksessa opintojaksoja ja työelämälähtöisiä koulutuksia suunnitellessa.

Avainsanat: hyvinvointiteknologia, kotihoito, koulutus, kvalitatiivinen tutkimus

School of Social Services,  
Health and Sports  
Degree Programme in Nursing

---

<b>Authors</b>	Heikka Tarja Illikainen Hillevi	Year 2015
<b>Supervisor</b>	Sirpa Kaukiainen	
<b>Commissioned by</b>	HyTekla Projekt 2013–2014	
<b>Subject of thesis</b>	Assistive Technology as Part of Home Care in Ranua and Ylitornio Home Care Staff's Experiences of Their Expertise in Assistive Technology aid Devices	
<b>Number of pages</b>	40 + 6	

---

This thesis was commissioned by a project called HyTekla. The aim of the project was to improve assistive technology skills among health care staff and increase the knowledge of the technical aids available. The target of the thesis was to support assistive technology and increase the quality of home care, causing the clients to feel more secure and independent at home. The primary goal was to get a clear view of the assistive technology used in senior home care in Lapland, particularly in the small rural villages called Ranua and Ylitornio where home care services are located far away from the clients. Another task was also to find out how home care staff experienced their know-how in the welfare technology.

This thesis is a qualitative study based on welfare technology, education and home care. The data was collected with the help of thematic interviews in summer 2014. The target group was relatively small consisting of four long-term home care nurses. All the participants were interviewed in Ranua and Ylitornio. The collected material was analysed by using qualitative content analysis with the help of content questions.

The results of the thesis show that various kind of assistive technology is used in home care but not all the equipment and devices are perceived as part of it. The attendants were familiar with the technology used in home care yet willing to educate themselves further. The informants also brought up a wish to amplify co-operation and teamwork with other professions.

The results gained in this thesis can be utilized in the future when producing educational material for health care students. This study gives a great variety of practical advice on applying new assistive technology – not only for nurse students but also for superiors in the field of health care, as well as municipal politicians in Ranua and Ylitornio.

Key words: education, home care, welfare technology, qualitative study

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b> .....	<b>3</b>
<b>3 HYVINVOINTITEKNOLOGIA KOTIHOIDOSSA</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1 HYVINVOINTITEKNOLOGIA</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2 KOTIHOITO</b> .....	<b>7</b>
<b>3.3 TEKNOLOGIAN TUOMAT HAASTEET HOITOTYÖHÖN</b> .....	<b>11</b>
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>14</b>
<b>4.1 TUTKIMUSMENETELMÄ</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2 TUTKIMUSSUUNNITELMA</b> .....	<b>15</b>
<b>4.3 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ</b> .....	<b>16</b>
<b>4.4 TUTKIMUSAINESTON KERUU</b> .....	<b>18</b>
<b>4.5 TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI</b> .....	<b>20</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1 KOTIHOIDOSSA KÄYTÖSSÄ OLEVA TEKNOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>5.2 KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA HYVINVOINTITEKNOLOGIAOSAAMISESTAAN</b> .....	<b>24</b>
<b>6 POHDINTA</b> .....	<b>27</b>
<b>6.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA</b> .....	<b>27</b>
<b>6.2 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOISTA</b> .....	<b>30</b>
<b>6.3 TUTKIMUKSEN EETTISYYS</b> .....	<b>30</b>
<b>6.4 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS</b> .....	<b>31</b>
<b>6.5 OMAN OPPIMISEN ARVIOINTI</b> .....	<b>33</b>
<b>6.6 HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUKSET</b> .....	<b>34</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>35</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>40</b>

## 1 JOHDANTO

Olimme opiskelijoina mukana HyTekla – Hyvinvointiteknologian tuki asiakaslähtöisissä saumattomissa hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuissa -hankkeessa. Hankkeen tavoitteena oli lisätä hyvinvointiteknologian hyödyntämistä terveydenhuollon välineenä Lapissa. Lisäksi hankkeen tavoitteena oli henkilöstön teknologiaosaamisen hyödyntäminen omassa työssään tehokkaasti, organisaation erilaisissa teknologiaan liittyvissä tehtävissä toimiminen ja hyvinvointiteknologian kehittäminen hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuissa aivohalvaus- ja lonkkaleikkauspotilaiden hoidossa. (HyTekla 2013.) Hanke käynnistyi Rovaniemen ammattikorkeakoulussa 1.1.2013 ja jatkui sitten Lapin ammattikorkeakoulussa 31.12.2014 asti. Hankkeessa olivat mukana Lapin keskussairaala ja Lapin kuntoutus Oy Rovaniemeltä sekä Sodankylän kunta.

HyTekla-hankkeessa mukana oleminen ja oma työmme kotihoidossa vaikuttivat siihen, että opinnäytetyömme aiheeksi nousi näkökulma ikääntyvien kotihoitoon. Kotihoidossa työskentely-ympäristömme on harvaan asutuilla alueilla ja sivukyliltä kuntakeskukseen on kymmenien kilometrien matka. Kotihoidolla ja hyvinvointiteknologialla tuetaan asiakkaiden turvallista, omassa kodissa asumista ja arjessa selviytymistä mahdollisimman pitkään. Lisäksi kotihoidossa työympäristö tuo omat haasteensa työhön, sillä siellä työskennellään asiakkaan kotona ja asiakkaan ehdoilla.

Opinnäytetyömme tavoitteena on hyvinvointiteknologian käytön edistäminen kotihoidossa, jolla voidaan tukea asiakkaiden turvallista kotona asumista sekä itsenäistä selviytymistä että edistää hoitotyön laatua. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millaista hyvinvointiteknologiaa on käytössä ikääntyneiden kotihoidossa pitkien etäisyyksien Lapissa Ranualla ja Ylitorniolla sekä millaisena kotihoitohenkilöstö kokee teknologiaosaamisensa.

Hoitotyön näkökulmasta valitsemamme opinnäytetyön aihe sisältää kaikki hoitotieteen keskeiset käsitteet, joita ovat ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyön toiminnot. Vaikka puhutaankin hyvinvointiteknologiasta, kaiken sen keskiössä on kuitenkin ihminen ja hänen terveytensä, jota hoitotyön keinoin toteutetaan kotihoidossa asiakkaan kotona ja siihen liittyvässä ympäristössä. Teknologiasta saatava hyöty parhaimmillaan parantaa kotihoidossa olevien

ikäntyvien elämänlaatua, palvelujen saatavuutta, säästää yhteiskunnan kustannuksia sekä helpottaa kotihoitohenkilöstön työtä (Ikonen 2013, 125). Teknologian vaikutukset tiedostamalla edistetään myös työntekijöiden työssä jaksamista (Raappana – Melkas 2009, 42).

Opinnäytetyömme on hyvin ajankohtainen. Teknologian käyttö lisääntyy yhteiskunnassamme koko ajan, ikääntyvien määrä kasvaa ja kustannukset asettavat rajoituksia palvelujen tuottamiselle. Hyvinvointiteknologian käyttö sosiaali- ja terveysalalla tulee lisääntymään, halusimme tai emme sitä. Teknologisten laitteiden käyttöön perehdyttäminen, käytön opastus ja käytön seuranta jäävät usein kotihoidon työntekijöiden vastuulle, joten heidän teknologiaosaamisensa tulisi olla riittävää (Raappana – Melkas 2009, 31–33). Tutkimusten mukaan olemassa olevan teknologian kattava hyödyntäminen onkin haasteellista koko henkilöstölle ja palvelujärjestelmälle. Monia teknologisia ratkaisuja jää käyttämättä, joten hyvinvointiteknologian käyttöönottoprosesseissa tarvitaan uudenlaisia toimintatapoja. (Tepponen 2011, 103.)

Olemme kiinnostuneet teknologiasta, koska opiskelumme vaatii paljon tietoteknisiä taitoja, joita meillä opiskelun alkaessa ei kovinkaan paljoa ollut. Tietotekniset taitomme ovat yritysten ja erehdysten sekä harjoittelun ja ennen kaikkea oppimishalun myötä kehittyneet kovasti. Teknologia on verrattavissa hoitotieteeseen, sillä molemmat kehittyvät koko ajan. Pysyäkseen kehityksen mukana hoitajan velvollisuus jo sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan on huolehtia jatkuvasta ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä.

## **2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Opinnäytetyömme tavoitteena oli hyvinvointiteknologian käytön edistäminen kotihoidossa, jolla voidaan tukea asiakkaiden turvallista kotona asumista sekä itsenäistä selviytymistä että edistää hoitotyön laatua. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaista hyvinvointiteknologiaa on käytössä ikääntyneiden kotihoidossa pitkien etäisyyksien Lapissa Ranualla ja Ylitornion ja millaisena kotihoitohenkilöstö kokee teknologiaosaamisensa. Hoitotyön kehittämisen kannalta on tärkeää saada hoitajien kokemukset esille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista hyvinvointiteknologiaa Ranuan ja Ylitornion kotihoidossa on tällä hetkellä käytössä?
2. Millaisena Ranuan ja Ylitornion kotihoitohenkilöstö kokee teknologiaosaamisensa?

Saaduista tutkimustuloksista näkisimme olevan hyötyä hoitotyön kehittämisen kannalta monille eri tahoille. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen ja koulutuksen suunnitteluun, jolloin voidaan tukea hyvinvointiteknologian käyttöön ottoa ja mahdollisesti jopa luoda uusia toimintatapoja sen käyttöön ottamisessa. Uusien hyvinvointiteknologian käyttöönottoprosessien avulla voidaan puolestaan auttaa kotihoidon asiakkaiden turvallista kotona asumista ja vaikuttaa työntekijöiden työhyvinvointiin.

### 3 HYVINVOINTITEKNOLOGIA KOTIHOIDOSSA

#### 3.1 Hyvinvointiteknologia

Suomessa hyvinvointiteknologia-sanalle ei ole olemassa vakiintunutta määritelmää, joten sana ymmärretään sosiaali- ja terveysalalla monin eri tavoin ja hyvinvointiteknologiaan suhtautuminen on jonkin verran varauksellista (Ahtiainen – Auranne 2007, 9; Alakärppä 2014, 21). Hyvinvointiteknologiaan liittyvä termistö ei ole yksiselitteinen. Laajimmillaan hyvinvointiteknologia tarkoittaa kaiken käytettävissä olevan teknologian hyödyntämistä arjessa, mikä edesauttaa ihmisen itsenäistä selviytymistä. Ahtiainen ja Auranne (2007, 11) rajaavat hyvinvointiteknologian määritelmää siten, että hyvinvointiteknologiaa ovat tietotekniset ja tekniset ratkaisut, jotka ylläpitävät tai parantavat ihmisen terveyttä, hyvinvointia tai elämänlaatua. Hyvinvointiteknologiasta puhutaan myös termeillä terveysteknologia, geronteknologia tai geroteknologia ja tekniset apuvälineet. Englanninkielisissä lähteissä hyvinvointiteknologiasta käytetään nimiä adaptive equipment, assistive device, assistive technology ja technical aid. (Ahtiainen – Auranne 2007, 10–11.) Kansainvälisissä teoksissa käytetään vain poikkeustapauksissa hyvinvointiteknologian käännoästä "well-being technology" (Alakärppä 2014, 20). Myös termit sosiaalitekniikka ja sosiaalitekknologia ovat käytössä puhuttaessa kotihoidon hyvinvointiteknologiasta (Ikonen 2013, 125).

Hyvinvointiteknologian avulla pyritään joustavuuden lisäämiseen sekä hyvinvointipalveluiden tehokkaampaan tuottamiseen. Sen toivotaan tuovan säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon resursseihin sekä apua tulevaisuuden haasteisiin väestön ikääntyessä, erityisesti kotona asumisen tukemiseen. Hyvinvointiteknologiaa esitellessä se jaetaan kuuteen osa-alueeseen:

- ✓ apuvälineteknologia
- ✓ kommunikaatio- ja informaatioteknologia
- ✓ sosiaaliset teknologia ja turvallisuus
- ✓ terveysteknologia
- ✓ esteetön suunnittelun ja Design for All -ajattelu



✓ ja asiakas- ja potilastietojärjestelmät.

(Ahtiainen – Auranne 2007, 9–11.)

Apuvälineet ovat laitteita ja välineitä, joilla edistetään ihmisen sairauden, vamman tai ikääntymisen takia heikentynyttä toimintakykyä. Apuvälineluokituksista ja standardoinnista Suomessa vastaa Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin kautta löytyy kattava tietokanta palveluista ja organisaatiosta liittyen apuvälineteknologiaan. (Ahtiainen – Auranne 2007, 13.)

Suomessa apuvälinepalveluiden järjestämistä ja niistä vastuussa olevat tahot perustuvat lainsäädäntöön. Palveluun kuuluu apuvälinetarpeen arviointi, sovitukset ja hankinta, käyttöön opastus ja seuranta sekä tarvittava huolto ja korjaus. Terveystieteiden laissa (1326/2010), kansanterveyslaissa (66/1972) sekä erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta (1363/2011) on määritelty apuvälinepalveluiden järjestämisestä. Kunnilla on päävastuu apuvälineiden järjestämisessä. Myös Kela, vakuutus- ja työeläkelaitokset, työhallinto ja Valtionkonttori vastaavat osaltaan apuvälineiden kustannuksista. Usein perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidot järjestävät yhdessä alueellisia apuvälinekeskuksia. Yksilöllinen, moniportainen, monitoimijainen ja yhteistyöhön perustuva asiakkaan tarpeista lähtevä apuvälineprosessi toteutetaan kunnissa sovittujen toimintaperiaatteiden mukaan. (Ikonen 2013, 122–123.)

Kommunikointia ja sosiaalista kanssakäymistä helpottavat apuvälineet kuuluvat kommunikaatio- ja informaatioteknologiaan. Näitä ovat erilaiset lukemisen, kirjoittamisen ja puhelimen käyttöä helpottavat välineet. Ikääntyneiden käyttäjien tarpeiden huomioiminen informaatioteknologiassa on informaatioergonomiaa. (Ahtiainen – Auranne 2007, 14.)

Sosiaalinen teknologia luo turvallisuutta ja lisää itsenäisyyttä. Turvahälytintjärjestelmät ja niihin kiinteästi kuuluvat sosiaaliset palvelut, kuten hoiva, apu ja valvonta, ovat näistä yleisimpiä. Turvapuhelimet erilaisine lisälaitteineen, esimerkiksi kulunvalvonta, savu- ja palohälytint sekä erilaiset turvarannekkeet ovat puolestaan turvalaitteista yleisimpiä. (Ahtiainen –

Auranne 2007, 14.) Ne luovat turvallisuutta, mutta myös tukevat asiakkaan toimintakykyä ja helpottavat itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista ja siten lisäävät mielekästä elämää. Yksinäisyyttä teknologia ei ehkä poista, mutta sitä voidaan lieventää esimerkiksi kuvapuhelimien kautta. (ETENE 2010, 8.)

Terveysteknologioita yksinkertaisimmillaan edustavat erilaiset asiakkaan elintoimintojen seuranta- ja mittauslaitteet, jotka voivat toimia myös internetpohjaisena erilaisine tukijärjestelmineen, kuten eHealth-portaalit. Ne tarjoavat erilaisia terveystalvaeluja, omahoitopalvaeluja sekä terveydenhuoltoon että hyvinvointiin liittyvää tietoa ja tuotteita. Internetpohjaisissa omahoidon järjestelmissä tulee kuitenkin huomioida tietosuoja ja eettisyys. (Ahtiainen – Auranne 2007, 14.)

Hyvinvointiteknologiaan lasketaan kuuluvaksi myös Design for All -ajattelu (DfA). Se on Eurooppalainen vakiintunut käsite, joka tarkoittaa julkisten tilojen kaikille sopivaa ja esteetöntä suunnittelua. Siinä tuotteiden ja tilojen suunnittelun lähtökohtana on, että toimintakyvyltään rajoittuneet ihmiset voivat käyttää niitä. Lisäksi luodaan helppokäyttöisiä tuotteita kaikkien käytettäväksi. (Ahtiainen – Auranne 2007, 16.)

Hyvinvointiteknologian merkittävä osa on asiakas- ja potilastietojärjestelmät, joiden kaksi toiminnallista osiota ovat dokumentit ja viestit. Dokumentteihin kirjataan asiakaskäynnin yhteydessä syntynyttä tietoa. Viesti puolestaan saa aikaan toimenpiteen suorittamisen organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välillä. (Ahtiainen – Auranne 2007, 16–17.) Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin kuuluu tällä hetkellä hyvin ajankohtainen sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä Kansallinen Terveysarkisto (KanTa). Se on yhteinen nimitys kansalaisten, terveydenhuollon ja apteekkien valtakunnallisille tietopalvelujärjestelmille. Kansallisen Terveysarkiston tavoitteena on potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden edistäminen ja tuottavuuden parantaminen terveydenhuollossa. (Kansallinen terveystarkisto.)

Geronteknologia (myös geroteknologia) on yksi hyvinvointiteknologian osa-alue. (Ahtiainen – Auranne 2007, 9.) Sen juuret löytyvät 1990-luvun Hollannista, missä termi otettiin silloin käyttöön. Geronteknologia on kahden sanan yhdistelmä: ”gerontologia”, joka on tieteellistä vanhuuden tutkimista ja

”teknologia”, joka puolestaan on tekniikan ja tuotteiden tutkimista ja kehittelyä. (Kuusi 2001, 52.) Geronteknologiassa yhdistetään ikääntymiseen liittyvien prosessien tutkimustieto ja teknisten tieteiden saavutukset. Saaduilla tuotteilla ja sovellutuksilla tuetaan ikääntyvien ihmisten asumista, sosiaalista osallistumista, terveyttä, turvallisuutta ja viihtymistä. (Topo 2013, 527.)

Geronteknologian lähtökohtana on ajatus ikääntyvän ihmisen voimaannuttaminen valvonnan sijasta, halusta olla toisista riippumaton ja pystyä toimimaan yhteiskunnassa (Kristo – Pekkarinen 2013, 84). Geronteknologia on ikääntyneille suunnattua elämänlaadun, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen tarkoitettua käyttäjälähtöistä hyvinvointiteknologiaa. Teknologisten sovellutusten käyttöön ottamisella pyritään ennaltaehkäisemään terveyden heikkenemisestä johtuvia ongelmia, tukemaan vahvuuksia, kompensoimaan heikkeneviä kykyjä, tukemaan hoitotyötä sekä kehittämään tutkimusta. (Kivelä-Vaapio 2011, 24, 99; Ahtiainen – Auranne 2007, 11–12.)

Geronteknologian sovellutukset voidaan jakaa aktiivisiin ja passiivisiin sovellutuksiin käyttäjän aloitteellisuuden mukaan. Turvapuhelin on hyvä esimerkki aktiivisesta ja kulunvalvonta puolestaan passiivisesta sovelluksesta. Sijoituspaikkansa mukaan geronteknologia jaetaan joko asunnon sisällä tai ulkona käytettäviin sovellutuksiin eli In-house ja Out-house. (Ahtiainen – Auranne 2007, 12.)

### 3.2 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotona tapahtuvaa asiakkaan selviytymistä tukevaa toimintaa, jossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelu eri tukipalveluineen on yhdistetty uudeksi palvelukokonaisuudeksi. Kotihoidon moniammatillinen työyhteisö voi koostua kodinhoitajista, lähihoitajista, perushoitajista, sosionomeista, sosiaaliohjaajista, fysioterapeuteista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista sekä vanhustyön erikoisammattitutkinnon tai geronomin tutkinnon suorittaneista ammattilaisista. Kotihoito-käsite otettiin käyttöön Suomessa 1990-luvun kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integraatiokehityksen myötä, jolloin kunnille tuli mahdolliseksi yhdistää sosiaalihuoltolain (710/1982) mukainen kotipalvelu ja terveydenhuoltolakiin (1326/2010) perustuva kotisairaanhoidon, mikäli sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon palvelut ovat

kunnan tuottamia. Kotihoidon kokeilulait ovat mahdollistaneet kotihoidon myös muissa kunnissa. (Ikonen 2013, 16, 21, 172.) Hallitus antoi eduskunnalle 16.10.2014 esityksen kotihoidon kokeilun jatkamista vielä kahdella vuodella vuoden 2016 loppuun, kunnes lainsäädännön mukaiset sosiaali- ja terveysalueet pääsevät aloittamaan toimintansa vuonna 2017 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a).

Kotihoidolla tuetaan ja autetaan kotona asuvia eri-ikäisiä asiakkaita, joiden toimintakyky on alentunut joko tilapäisesti tai pysyvästi sairauden, vammaisuuden tai toimintakyvyn heikkenemisen myötä. Asiakkaan turvallisen kotona asumisen tukeminen on kotihoidon ensisijainen tavoite. Turvallista kotona asumista edesautetaan palvelutarpeen arvioinnin, ehkäisevien palvelujen, terveyspalvelujen, kotihoidon, lyhytaikaisen laitospalvelun ja omaishoidon tuen avulla. (Ikonen 2013, 15–19.) Hyvinvointiteknologiaa ei tulisi nähdä erillisenä alueena eikä apuvälinepalveluja lisä- ja tukipalveluina vaan osana kotihoidon palvelujärjestelmää (Melkas – Pekkarinen 2014, 217).

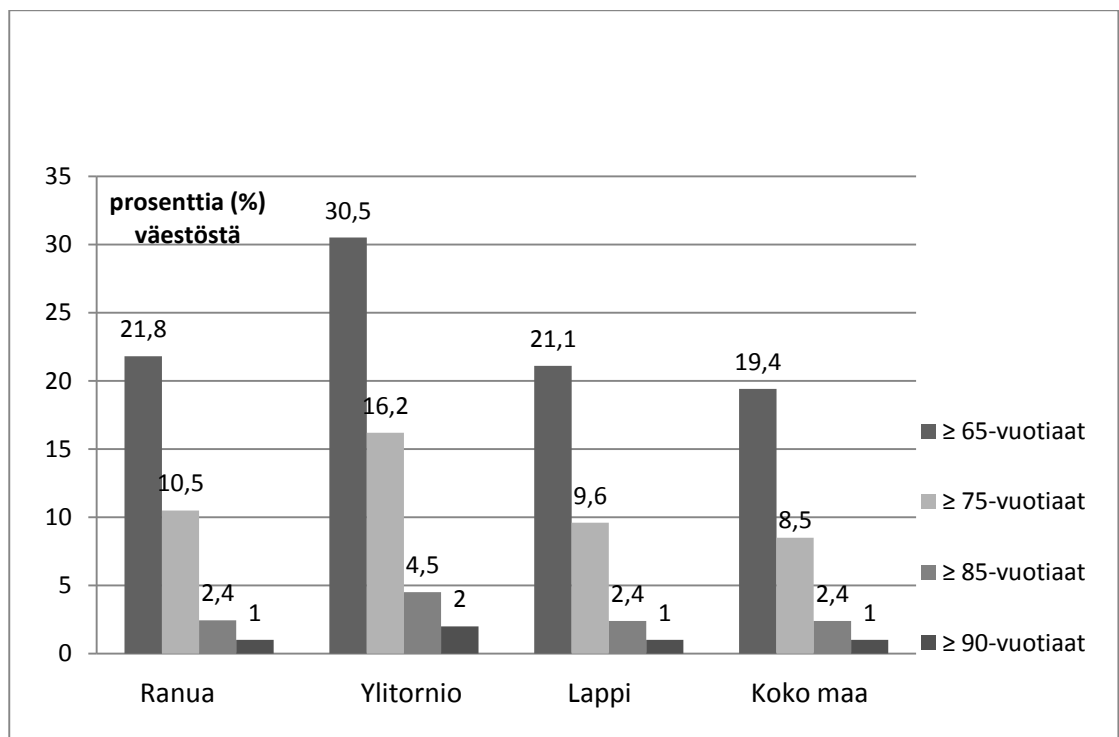
Kotipalvelu on sosiaalihuoltolain (710/1982) 20 §:n ja sosiaalihuoltoasetuksen (307/1983) 9 §:n mukaan kodinhoitajan tai kotiavustajan asiakkaan kotona tapahtuvaa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen tekemistä tai niissä avustamista. Kotipalvelun tukipalveluita ovat ateria-, kylvytys-, vaatehuolto-, siivous-, kuljetus- sekä saattajapalvelut että sosiaalista kanssakäymistä ja turvallisuutta edistävät palvelut, kuten turvapuhelinpalvelut.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 3. luvun 25 §:n mukaan kunnan tulee järjestää alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon. Se on joko tilapäistä tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista säännöllistä asiakkaan kotona, asuinpaikassa tai siihen verrattavassa paikassa tapahtuvaa moniammatillisen tiimin toteuttamaa terveyden ja sairaanhoidon palvelua, jonka tavoitteena on helpottaa asiakkaan sairaalasta kotiutumista, sairaan ihmisen kotona selviytymistä ja tukea kotihoidossa olevan sairaan omaisia. Kotisairaanhoidon ovat asiakkaalle lääkärin määräämät erilaiset sairaanhoidon toimenpiteet ja näytteiden ottamiset, elintoimintojen mittaukset, lääkehoidon toteutuksen seuranta ja valvonta sekä asiakkaan voinnin seuranta että kivun helpottaminen. (Ikonen 2013, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b.)

Määräaikaista tehostettua kotisairaanhoidoa on puolestaan kotisairaalahoido (Ikonen 2013, 17).

Kotisairaanhoidon työntekijät ovat koulutukseltaan pääsääntöisesti sekä sairaanhoitajia että terveydenhoitajia. He tekevät asiakkaan kotona lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia, kuten ottavat näytteitä, toteuttavat lääkehoitoa ja valvovat sen vaikuttavuutta sekä seuraavat asiakkaan vointia. Omaisten tukeminen kuuluu olennaisesti kotisairaanhoidajan työhön. Kotisairaanhoido tekee myös vaativaa sairaanhoidoa, kuten saattohoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c.)

Arviolta 60 % yli 65-vuotiaista viettää itsenäistä elämää, jossain määrin alentunut toimintakyky on noin 30 %:lla ja huonokuntoisiksi luokitellaan joka kymmenes. (Leikas 2008, 14.) Kaikkiällä kehittyneissä maissa ikääntyneen väestön osuus kasvaa. Suomen väestön huoltosuhte kasvaa jyrkemmin kuin useimmissa muissa Euroopan maissa. (FinnSight 2015, 20.) Ikääntymisestä kertovat tilastot Lapin ja koko maan osalta ovat samansuuntaisia. Tähän opinnäytetyöhön tehty tutkimus tehtiin Ranuan ja Ylitornion kunnissa, joissa ikääntyminen poikkeaa toisistaan jonkin verran. Ranualla ikääntyneiden määrä on yhteneväinen Lapin ikääntyneiden kanssa, kun taas Ylitorniolla ikääntyneiden määrä on keskimääräistä suurempi (kuvio 1).



Kuvio 1. Ikääntyneiden suhteellinen osuus alueittain vuonna 2013 (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014a).

Ikärakenteen muuttuessa vanhenemiseen liittyvät sairaudet kuten syöpä, aivotoiminnan häiriöt ja osteoporoosi lisääntyvät. Vastavoimina ikärakenteen muutoksille toimivat lääketieteen, tieto- ja viestintäteknologian ja uusien terveystalvumallien kehittyminen. Näiden avulla voidaan tuottaa terveydenhuoltopalveluita väestölle tehokkaammin. Lisäksi sairauksien ennaltaehkäisyyn panostetaan tulevaisuudessa enemmän. (FinnSight 2015, 20–21.)

Vuosien 2001 ja 2008 Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton antamia ikääntyvien palvelujen kehittämistä koskevia laatusuosituksia on uudistettu vuonna 2013. Kokonaistavoitteena laatusuosituksella on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. Keskeisinä sisältöinä laatusuosituksessa on:

- ✓ osallisuus ja toimijuus
- ✓ asuminen ja elinympäristö
- ✓ mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen
- ✓ oikea palvelu oikeaan aikaan
- ✓ palvelujen rakenne
- ✓ hoidon ja huolenpidon turvaajat ja
- ✓ johtaminen.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 11., 3.)

Ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksen tarkoituksena on sosiaali- ja terveystalvumallien toimintakäytäntöjen uudistamisen tukeminen kunnissa. läkkäiden toimintakykyä tukeva toiminta olisi osa kaikkea palvelua, kuntoutus monialaista ja teknologiaa hyödynnettäisiin monipuolisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 11., 3.) Uhkana voi kuitenkin olla työvoimapula hoitohenkilökunnasta, erityisesti vanhustenhuollossa. Työvoiman saatavuuteen pyritään vastaamaan palkankorotuksilla, mikä puolestaan tulee lisäämään palvelujärjestelmien kustannuksia. Myös ikääntyvien toimintakyvyn aleneminen lisää kustannuksia. (FinnSight 2015, 83.) Heikkilän (2011, 60)

mukaan tarvitaankin uutta teknologiaa henkilökunnan ja asiakkaiden tueksi, jotta tulevaisuudessa voidaan selviytyä lisääntyvästä asiakasmäärästä. Kuitenkaan teknologialla ei saa korvata henkilöstön aliresursoinnista johtuvia ongelmia, vaan työnjohdon tulee tiedostaa työn sisältö ja toimintaympäristö työntekijän roolia ja edellytyksiä unohtamatta (Melkas – Raappana – Rauma – Toikkanen 2007, 60).

Teknologian vaikuttavuudesta turvallisuuteen on näyttöä. Pohjoismaisessa hankkeessa, Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa (2008, 6–7), on tutkittu teknologian hyödyntämistä muistisairauden tukena. Tutkimuksesta käy ilmi, että apuvälineiden käyttäminen voi olla yhteiskunnallisesti taloudellista sekä asiakkaan elämänlaatua parantavaa. Teknologian käytön oletetaan lisääntyvän sosiaali- ja terveydenhuollossa. (ETENE 2010, 3; Finne-Soveri 2012, 41.) Teknologisilla tukipalveluilla on mahdollista tukea ikääntyvien ihmisten kotona asumista sekä samalla saada palveluiden järjestämisessä kustannussäästöjä. Avohuollossa työskentelevien sairaanhoitajien tulee tutkia innovatiivisia ja kustannustehokkaita työskentelytapoja. (Magnusson-Hansson 2005, 656.)

Kotihoidon työnkuva on monipuolistunut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen myötä. Työ on muuttunut päivätyöstä kaksi- ja kolmivuorotyöksi. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä, huonokuntoisia ihmisiä, joilla on monia sairauksia. Työ vaatii kotihoidon työntekijältä laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyön osaamista. Myös se, että kotihoidossa työskennellään pääsääntöisesti yksin, tuo omat haasteensa työhön. (Ikonen 2013, 42, 173.) Sairaanhoitajan eettiset ohjeet kertovat siitä, että hoitajan tulee kehittää ammattitaitoaan ja parantaa hoitotyön laatua (Sairaanhoitajaliitto 2014), joten hoitajan työ vaatii jatkuvaa kouluttautumista.

### 3.3 Teknologian tuomat haasteet hoitotyöhön

Hyvinvointiteknologian käyttöönottamisessa tarvitaan jatkuvaa uuden oppimista kaikilta, joiden käyttöön se tulee. Hoitajien tulee ensin oppia teknologisten laitteiden ja ohjelmien käyttö, jotta he voivat ohjata asiakkaitaan ja heidän omaisiaan teknologian käytössä. Kotihoidon palvelujärjestelmän yksi osa on hyvinvointitekнологia. Se luo henkilöstölle haasteita osaamiseen,

koska teknologisten laitteiden ja välineiden käyttö muuttaa työtapoja. (Melkas – Pekkarinen 2014, 216.)

Katsauksessa suomalaisen työn tulevaisuuteen 2014 -julkaisussa tuodaan esille näkemyksiä siitä, miten maailmanlaajuiset muutosvoimat vaikuttavat Suomen työmarkkinoihin ja työpaikkojen kehitykseen sekä kehittämistarpeisiin. Julkaisussa nousee esille teknologia ja robotisaatio, jotka vaikuttavat tulevaisuudessa työhön yhä enemmän. Tulevaisuudessa nähdään teknologian luovan uusia ja erilaisia työtehtäviä. Oppiminen nousee muutoksen myötä vahvasti esille. Tällä tarkoitetaan ihmisten ammattitaidon päivittämistä tai jopa uuden ammatin hankkimista hyvinkin nopeasti. Esille nousee myös kysymys elinikäisestä oppimisesta ja siitä, että toimiiko se nykyisessä muodossaan. (Pentikäinen 2014, 17–19.)

Elinikäinen oppiminen mielletään tulevaisuudentutkimuksessa – Delphi-tutkimuksessa – prosessiksi, johon kuuluu henkilökohtainen ja ammatillinen elämä. Siksi on tärkeää lisätä elinikäinen oppiminen hoitotyöhön ja hoitotyön opetussuunnitelmiin. Näin voidaan turvata hoitotyön laadukkuus. (Davis – Taylor – Reyes 2014, 441–445.) Merja Kauhanen (2014, 70) kirjoittaa julkaisussa Katsaus suomalaisen työn tulevaisuuteen 2014 suomalaisen työn tulevaisuudesta, että jatkossa kaikille yhtäläisten koulutus- ja kehittymismahdollisuuksien lisäksi työntekijän oma vastuu oppimisestaan ja kehittymisestään on tärkeää. Työurien pidentäminen ja odotettu eliniän piteneminen vaikuttavat siihen, että elinikäinen oppiminen, osaamisen päivittäminen ja kehittämisen merkitys tulevat tulevaisuudessa korostumaan. Jotta hyvinvointiteknologia toimisi hyvänä apuna, tarvitaan eri tahoilta uutta osaamista (Melkas – Pekkarinen 2014, 220). Vastuu koulutuksesta on myös työnantajalla. Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittelee jo sen, että työnantaja huolehtii perehdytyksestä työolosuhteisiin, työvälineisiin sekä turvallisuuteen ja terveyteen liittyvissä asioissa. Ohjausta ja uudelleen koulutusta on lain mukaan annettava tarvittaessa, työtehtävät huomioiden. Perehdyttäminen teknologian käyttöön nähdään myös osana työhyvinvointia. (Raappana – Tiittanen 2014, 191–192.)

Elinikäisen oppimisen mukanaan tuoman haasteen käsittämiseksi on ymmärrettävä, miten ihminen oppii. Tarkoitetaanko oppimisella vain prosessia



ja sen tuotoksena syntyvää uutta tietoa, taitoa, asenteita ja ymmärrystä, vai onko kyse molemmista? Elämän läpi jatkuva oppiminen on osa ihmisen perusolemusta, oppimistarpeet ja mahdollisuudet liittyvät ihminen-ympäristö suhteeseen. Ihmisen ympäristösuhteessa tapahtuneet muutokset luovat myös haasteita oppimiselle. Elämänkaarensa aikana ihmisen on kiinnityttävä moniin eri yhteisöihin. Kaupungistumien ja teknologian kehitys uusine sovelluksineen luovat haasteita erityisesti aikuisten oppimiselle. (Pantzar 2013, 12–13.)

Suuri merkitys oppimisen kannalta on asenteella ja motivaatiolla. Jos ikääntynyt on motivoitunut harjoittelemaan taitojaan, myös arkielämää vaativampi oppiminen onnistuu vielä myöhemmässä vanhuudessakin. Tästä hyvänä esimerkkinä on ikääntyvien yliopistotoiminta. Hyvä minäkuva ja itseluottamus vaikuttavat merkittävästi oppimistuloksiin. (Suutama 2013, 223.) Ikääntymisellä ja kokemuksella on myös hyvät puolensa oppimisen suhteen, sillä silloin ihminen voi kokemuksensa perusteella esimerkiksi arvioida erilaisten uudistusten merkitystä työnsä kannalta (Melkas – Raappana – Rauma – Toikkanen 2007, 52).

Jotta hyvinvointiteknologia tuo hyvinvoinnin kannalta parhaan lopputuloksen, tarvitaan uutta osaamista ja tietoa hyvinvointiteknologiasta, sen käytöstä, käytön opastuksesta ja niiden vaikutusten arvioinnista (Melkas – Pekkarinen 2014, 217). Hyvinvointiteknologian käyttäjäkoulutus lisää käyttäjän ymmärrystä ja voi mahdollisesti helpottaa teknologian käyttöä. Se tulisikin suunnitella käyttäjäryhmän tarpeista käsin, esimerkiksi juuri kotihoitohenkilöstölle (Raappana – Tiittanen 2014, 187–188).

Raappana – Tiittasen (2014, 189) mukaan hoitotyössä käyttäjäkoulutuksen vaiheet voivat olla esimerkiksi seuraavat:

1. Päätös käyttöön otettavasta teknologiasta
2. Käyttäjätason koulutus (hoitohenkilökunta)
3. Jatkuva arviointi.

Näin nähtynä käyttäjäkoulutuksen suunnittelu on oppimistulosten kannalta parasta eli oppiminen nähtäisiin prosessina. Tulevaisuudessa hoitotyössä tulee korostumaan suunnitteluosaaminen, kokonaisuuksien hallintaan liittyvä osaaminen sekä ohjaustaidot. Teknologiaosaaminen ja hoitotyön osaaminen

vaativat monialaista osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. (Raappana – Tiittanen 2014, 193.)

## **4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1 Tutkimusmenetelmä**

Päädyimme opinnäytetyössämme kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen, koska tutkimuksessamme halusimme kuvata kotihoitohenkilöstön kokemuksia hyvinvointiteknologiasta heidän itsensä kertomana. Opinnäytetyössämme selvitimme millaista hyvinvointiteknologiaa kotihoidossa on käytössä sekä millaisena kotihoitohenkilöstö kokee nykyisen hyvinvointiteknologiaosaamisensa.

Ainutlaatuisen ja kokonaisvaltaisen tiedon saanti ihmisten luonnollisessa ja todellisessa miljöössä puoltavat kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvalitatiivinen tutkimus suosii metodeja, joissa tutkittavien ajatukset ja näkökulmat pääsevät esille, jolloin pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita olemassa olevien väittämien todistamisen sijasta. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 137, 161, 164.) Kvalitatiivinen lähestymistapa käyttää yksilöllisiä tutkimusaineiston keruumenetelmiä, joista yleisimmin käytetään haastattelua ja haastatteluista yksilöhaastattelua. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa haastattelija ja haastateltava ovat suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa keskenään, haastattelijan ohjatessa keskustelua. Tutkimustarkoituksessa haastattelu on suunniteltua ja tavoitteellista tiedonkeräämistä, jossa pyritään saamaan haastateltavilta luotettavia tietoja. Haastattelu on joustava tiedonhankintamenetelmä, joten se käy monenlaisiin tarkoituksiin, kun halutaan saada tutkittavasta asiasta syvällistä tietoa, kuulla ihmisten

mielipiteitä, käsityksiä sekä halutaan ymmärtää ihmisten käyttäytymistä. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 164, 204–205, 208, 210; Hirsijärvi – Hurme 2009, 11, 41–42).

Haastattelun käyttöä tiedonhankinnan välineenä kvalitatiivisessa tutkimuksessa puoltaa myös se, että vastaajilla voi olla laajemmin kerrottavaa tutkittavasta ilmiöstä, jolloin haastattelun aikana voidaan pyytää vastaajia selventämään tai syventämään vastauksiaan lisäkysymysten avulla. Lisäksi haastattelun aikainen sanaton viestintä tukee verbaalista viestintää. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 205.) Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehtävän tutkimuksen tärkeä tehtävä on myös olla emansipatorinen eli tutkimuksen pitäisi pystyä lisäämään haastateltavien ymmärrystä asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin. Haastateltavat eivät ole vain tiedon antajina, vaan he myös saavat haastattelusta jotain. (Vilka 2005, 103.)

#### 4.2 Tutkimussuunnitelma

Kotihoidon työntekijöinä olemme hyvinvointiteknologian kanssa tekemisissä päivittäin, joten opinnäytetyön tekeminen hyvinvointiteknologiasta työntekijän näkökulmasta tuntui sekä luonnolliselta, mielenkiintoiselta että erittäin tärkeältä. Opinnäytetyöstämme tulemme hyötymään myös jatkossa, koska tulevana terveydenhuollon ammattilaisina mitä todennäköisimmin jatkamme työtämme kotihoidossa, jolloin olemme vaikuttamassa vanhustyön kehittämiseen. Lisäksi ammattikorkeakoululaissa (351/2003) mainitaan, että tutkimustyön tulee olla ajankohtainen, käytännönläheinen ja työelämälähtöinen, jota valitsemamme opinnäytetyön aihe on.

HyTekla-hankkeessa mukana ollessamme mielenkiintomme heräsi selvittää kotihoidon työntekijöiden kokemuksia hyvinvointiteknologiaosaamistaan. Hyvinvointiteknologiahan on muutakin kuin potilastietojärjestelmät. Näemme, että hyvinvointiteknologian käyttö tulee lisääntymään kotihoidossa tulevaisuudessa koko ajan, joten kotihoitohenkilöstön osaaminen hyvinvointiteknologian hyödyntämisessä sekä asiakkaiden että työntekijöiden kannalta on ensiarvoisen tärkeää. Keskustelimme asiasta opinnäytetyömme ohjaajan ja HyTekla-hankkeen projektipäällikön kanssa ja yhdessä päädyimme tutkittavaan teemaan. Opinnäytetyömme toimeksiantaja HyTelka-hankkeen projektipäällikkö esitti, että tutkimuksessamme kartoitamme myös

tutkimusalueilla käytössä olevaa hyvinvointiteknologiaa hyvinvointiteknologiaosaamisen lisäksi.

Kvalitatiivinen tutkimus ei perustu empiiriseen analyysiin vaan teorian merkitys kvalitatiivisessa tutkimuksessa on välttämätöntä (Tuomi – Sarajärvi 2009, 17–18). Opinnäytetyön ideointivaiheessa haimme tietoa kotihoitoon liittyvästä hyvinvointiteknologiasta. Materiaalia löytyi paljon, mikä kertoo aiheen ajankohtaisuudesta. Useimmat lukemamme tutkimukset kuvaavat hyvinvointiteknologiaa asiakkaan näkökulmasta, mikä on ymmärrettävää, sillä hyvinvointiteknologiasta tulee koitua hyötyä vanhukselle itselleen (Topo 2007, 39).

Opinnäytetyösuunnitelmaa tehdessä materiaaliin ja lähteisiin tutustuessamme ilmiön tutkiminen ja rajaaminen selkiytyivät, että tutkimme aiheita työntekijöiden näkökulmasta. Suhosen, Ahtiaisen ja Siikasen (2007, 27–28) raportissa todetaan, että uudella teknologialla ei ole mahdollisuuksia juurtua käytäntöön, ellei tekniikkaa ja palveluja kehitetä yhtä aikaa. Se edellyttää, että terveys- ja sosiaalialan työntekijät, joilla on realistinen näkemys vanhusten arjesta, ovat mukana teknologioiden käyttäjälähtöisessä kehityksessä. Koulutuksella mahdollistetaan se, että teknologiasta hyötyvät sekä työntekijät että asiakkaat.

Opinnäytetyömme idean hyväksynnän jälkeen teimme kirjallisen tutkimussuunnitelman toteutettavasta opinnäytetyn tutkimuksesta ja siinä käytettävistä tutkimusmenetelmistä. Tutkimussuunnitelma on tärkeä asiapaperi, joka ohjaa työskentelyä ja sillä haetaan tutkimuslupa. Tutkimussuunnitelmaan kirjasimme tutkimusta rajaavan teoreettisen viitekehyksen ja siitä nousevat keskeiset käsitteet. Opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen muodostavat hyvinvointiteknologia, kotihoito ja koulutus. Suunnitteluvaiheessa tulee määritellä työlle tavoitteet ja tarkoitus, joihin tutkimuskysymyksillä etsitään vastaukset (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 177; Vilka 2007, 58–59). Tutkimussuunnitelmassa meillä oli kolme tutkimuskysymystä, mutta analysoinnin jälkeen päädyimme kahteen kysymykseen.

#### 4.3 Tutkimusympäristö

Ranua ja Ylitornio ovat asukasluvultaan pieniä, reilun 4000 asukkaan Lapin kuntia. Kuntien väestöstä taajamissa asuu melkein puolet kunnan asukkaista. (Tilastokeskus 2014a; Tilastokeskus 2014b). Pisimmällään sivukyliltä kunnan keskustaan on matkaa Ranualla yli 60 kilometriä ja Ylitorniolla yli 80 km. Keskussairaalaan kunnan keskustasta on matkaa sadan kilometrin molemmin puolin.

Kotihoidon asiakkaista vuonna 2013 yli 85-vuotiaita oli enemmän Ranualla kuin Ylitorniolla. Yli 85-vuotiaiden osuus vuonna 2013 Ranuan kotihoidon asiakkaista oli 33,7 % ja Ylitorniolla 26,1 %. Samaan aikaan nuorempien kotihoidon asiakkaiden määrä oli Ylitorniolla suurempi kuin Ranualla. Ylitorniolla säännöllisen kotihoidon piirissä oli 15,3 % 75 vuotta täyttäneitä ja Ranualla 13,8 %. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Ranualla ja Ylitorniolla kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi. Kuntien kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, osa on perus- ja kodinhoitajia, lisäksi on muutama hoiva- ja kotiavustaja. Molemmissa kunnissa sairaanhoitajat toimivat hoitotyön asiantuntijoina kotihoidossa ja lähiesimiehenä on joko sairaanhoitaja tai sosiaalialan koulutuksen saanut työntekijä (sosionomi AMK ja geronomi AMK). Lisäksi toisessa kunnassa toimii kaksi virikeohjaaja, jotka työskentelevät myös muiden kuin kotihoidon asiakkaiden kanssa.

Ranuan ja Ylitornion kunnissa kotihoidolla tuetaan asiakkaan omassa kodissa selviytymistä kodinhoitoavun, kotisairaanhoidon, erilaisten tukipalvelujen ja omaishoidon tuen avulla. Kotihoidon asiakkaat voivat saada eri palveluja alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi. Sairaanhoidolliset tehtävät, kuten haavanhoidot ja lääkehoidosta huolehtiminen kuuluvat kotihoitohenkilöstön työnkuvaan henkilökohtaisen hoiva- ja huolenpitotyön lisäksi. Tukipalveluita ovat asiointi-, ateria-, kylvetys-, pyykki- ja turvapuhelinpalvelut. Myös apuvälineiden hankintaan ja kodin muutostöihin liittyvät järjestelyt kuuluvat olennaisesti kotihoidon palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelut, kuten fysioterapia, intervalli- ja kuntoutusjaksot ja päiväkeskustoiminta tukevat kotona selviytymistä. (Ranuan kunta 2014; Ylitornion kunta 2014.)

Kotihoidon asiakkuus alkaa yleensä asiakkaan sairaalasta kotiutumisen yhteydessä, mutta se voi alkaa myös sosiaalitoimen, asiakkaan itsensä tai omaisten yhteydenotosta. Kotihoito perustuu aina asiakkaalle kirjallisesti tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka sisältää palvelutarpeen arvioinnin. Palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvät palvelut suunnitellaan yhdessä asiakkaan, omaisten tai läheisten ja eri yhteistyötahojen kanssa. (Ikonen 2013, 146–147.) Kotihoidon palvelut ovat maksullisia. Säännöllisen kotihoidon maksu määräytyy asiakkaan bruttotulojen ja annettujen palvelutuntien mukaan. Tukipalvelut ja tilapäisen kotisairaanhoidon käynnit ovat kaikille samanhintaisia. Asiakkaiden palvelupäätökset tekee avopalveluiden ohjaaja ja kotihoidon vastaava sairaanhoitaja. (Ranuan kunta 2014; Ylitornion kunta 2014.)

Ranuan ja Ylitornion kotihoito on jaettu useampaan tiimiin. Kotihoidon tiimit muodostuvat joko tehostetuiden palveluasumisten yksiköistä, pienkodeista sekä kirkonkylän alueiden ja kauempana maakunnassa asuvien asiakkaiden muodostamista tiimeistä. Tiimeissä työskennellään joko kaksi- tai kolmivuorotyössä.

#### 4.4 Tutkimusaineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus ei ole tilastollisiin yleistyksiin pyrkiminen vaan ilmiön tai tapahtuman kuvaaminen ja ymmärtäminen. Siksi on tärkeää, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedonantajat valitaan harkitusti ja he ovat tarkoitukseen sopivia. Myös se, että tutkijat tuntevat kohderyhmän, auttaa käsitysten ja kokemusten ymmärtämistä ja siten myös tulkinnan tekoa. (Tuomi – Sarajärvi 2009, 85–86; Vilkkä 2007, 109, 114.)

Aineiston hankintaan käytimme teemahaastattelua, josta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Toimeksiantajamme ja ohjaajan kanssa tarkensimme haastattelurungon kysymyksiä, jotka liittyivät teemoittain tutkimuskysymyksiimme. Teemahaastattelurunko (liite 3) ohjasi haastattelujamme, mutta kysymysten järjestys hieman vaihteli ja lisäksi esitimme tarkentavia kysymyksiä, johon teemahaastattelu antaa mahdollisuuden. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten muoto voi olla vapaa ja niiden järjestys voi vaihdella. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 208.)

Haastateltavien valintaa ohjasi opinnäytetyöntekijöiden pitkä työkokemus Ranuan ja Ylitornion kotihoidossa. Opinnäytetyömme haastatteluihin valikoitui yhteensä neljä (4) 33–56-vuotiasta hoitajaa, joilla kaikilla oli vähintään useamman vuoden työkokemus koko kunnan kotihoidosta. Molemmat opinnäytetyöntekijät haastattelivat yksin kaksi hoitajaa.

Kummallakaan opinnäytetyön tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta nauhoittaen tehdystä haastattelusta. Toinen meistä teki haastattelut omalla älypuhelimellaan ja toinen omasta terveyskeskuksesta lainaan saadulla sanelulaitteella. Puhelimella tehtävä nauhoitus oli uusi kokemus haastattelijalle kuin myös haastateltaville.

Esihaastattelut kuuluvat kiinteästi teemahaastatteluun. Esihaastattelussa varmistetaan kysymysten yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys että testataan haastattelurungon toimivuus ennen varsinaista haastattelua. Haastattelurunkoa ja kysymyksiä voidaan siten vielä korjata, mikäli ne eivät tunnu toimivilta. Esihaastattelut kertovat myös haastattelun keskimääräisen pituuden. Myös varsinaista haastattelu on helpompi tehdä, kun haastattelijat harjaantuu tehtäväänsä esihaastattelujen avulla. (Hirsijärvi – Hurme, 2010, 72–73; Vilkkä 2007, 109.)

Haastattelupyynnön esittämisellä on merkitystä siihen, kuinka haastateltavat suostuvat haastatteluun. Yhteistyön motivointi haastateltavan ja haastattelijan välillä alkaa jo haastattelupyynnön esittämisellä. (Hirsijärvi – Hurme 2009, 84–85.) Otimme tutkimukseemme valitsemiimme hoitajiin henkilökohtaisesti yhteyttä ja kerroimme heille tutkimuksemme tarkoituksesta ja tavoitteista (liite 1) ja kysyimme, voisivatko he suostua tutkimukseemme. Kerroimme heille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja että heillä on vielä myöhemmin mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Haastateltaviksi pyydettyt hoitajat suostuivat jo ensitapaamisella haastatteluun, jolloin sovimme heille sopivan haastatteluajan ja rauhallisen, häiriöttömän haastattelupaikan haastateltaviemme työpaikoilta.

Haastattelujen nauhoittaminen kuuluu teemahaastattelun luonteeseen (Hirsijärvi – Hurme 2007, 92). Aineiston myöhempää analysointia varten haastattelut kannattaa nauhoittaa, jotta haastattelut sujuisivat mahdollisimman luontevasti ilman muistiinpanovälineitä ja haastattelijat pystyvät keskittymään

itse haastatteluun. Lisäksi nauhoittamalla haastattelu sujuu nopeammin. (Hirsijärvi – Hurme 2007, 92.)

Kaikki haastattelut tapahtuivat hoitajien työpaikoilla, tiimeissä, missä kotihoidon työyhteisön kiinteät toimipaikat sijaitsevat. Haastattelut tapahtuivat hoitajien työaikana ja heidän itsensä ilmoittamina ajankohtina. Huoneet, jossa haastattelut toteutettiin, olivat rauhallisia ja oven pystyi sulkemaan, mikä takasi häiriöttömät haastattelut. Myös puhelin, jolla toinen haastattelija nauhoitti haastattelun, laitettiin tilaan, jossa puhelut ohjautuivat vastaajaan. Häiriöttömän työskentelyn varmentamiseksi myös muut puhelimet laitettiin äänettömiksi haastatteluiden ajaksi. Kotihoidon työntekijöille tekemämme esihaastattelut kestivät 25–30 minuuttia ja varsinaiset haastattelut olivat keskimäärin kymmenen minuuttia pidempiä. Haastattelurunkoon emme tehneet muutoksia esihaastatteluiden jälkeen.

#### 4.5 Tutkimustulosten analysointi

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 221). Kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi (Tuomi – Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysissä tutkittava ilmiö käsitteellistetään siten, että tiivistettyä, selkeään ja kirjalliseen muotoon järjestettyä alkuperäistä informaatiota (Tuomi – Sarajärvi 2009, 108–109) voidaan analysoida järjestelmällisesti ja objektiivisesti (Kyngäs – Vanhanen 1999, 3). Vilkka (2005, 139–140) puolestaan määrittelee sisällönanalyysin laadullisen tutkimusmenetelmän metodiksi, missä tutkimusaineistosta etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysi jaetaan yleensä joko induktiiviseen tai deduktiiviseen analyysiin (Tuomi – Sarajärvi 2009, 91, 95). Induktiivinen sisällön analyysi tarkoittaa aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, kun taas teoria ja käsitteet ovat deduktiivisen sisällönanalyysin päättelyn lähtökohtina (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 167).



Tutkimuksessa käytettävien menetelmien ja analyysien valintaa ohjaavat pitkälti tutkimustehtävät ja tehtävänasettelu (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 221). Induktiivisessa sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle päättämällä ennen analyysin tekoa, mistä toiminnan logiikkaa lähdetään etsimään. Sisällönanalyysia voidaan tutkia kommunikaatioprosessina, joka liitetään kommunikaatioteoriaan. Teorialla on lähettäjä ja vastaanottaja, jolloin se on tietojen ja kokemusten vaihtamista. Haastateltavat kertovat omia kokemuksiaan, joita haastattelijat tulkitsevat. Kommunikaation voi liittää sosiaalisuuteen, siihen kuka sanoo, mitä sanoo ja kenelle sanoo. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aikaisemmillä tiedoilla tai teorioilla ei ole merkitystä aineiston analyysin toteutumisen tai lopputuloksen kanssa. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 4.) Lisäksi analysoinnilla pyritään saamaan hajanaisesta laadullisesta aineistosta yhtenäinen kokonaisuus (Tuomi – Sarajärvi 2009, 108).

Opinnäytetyöhöme liittyvät haastattelut teimme 2.7.–23.8.2014 välisenä aikana. Nauhoitetun aineiston muuttamista tutkittavuuden kannalta tarkoituksenmukaiseen muotoon eli sana sanalta puhtaaksi kirjoitetuksi tekstiksi kutsutaan litteroinniksi (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 222). Haastattelujen jälkeen litteroimme haastattelut sisällönanalyysiä varten. Litteroitua tekstiä oli 18 sivua fontilla Arial, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5 kirjoitettuna.

Ennen sisällönanalyysiä perehdyimme litteroituun tekstiin lukemalla sen useaan kertaan läpi. Sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluu tutkimusaineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Kyngäs – Vanhanen 1999, 5; Tuomi – Sarajärvi 2009, 108). Tutkimusaineistoon perehtymisen jälkeen määrittelimme tutkimustehtävien ohjaamina analyysiyksikön, jolla haimme vastauksia tutkimustehtäviin. Analyysiyksikkö tutkimustehtävästä riippuen oli yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus (Tuomi – Sarajärvi 2009, 110).

Tutkimusaineiston redusoinnissa eli pelkistämisessä poimimme aineistoista tutkimuksen kannalta vain olennaiset asiat esille. Aloitimme aineiston analyysin alleviivaamalla litteroidusta tekstistä tutkimustehtäviimme

vastauksia. Käytimme hahmottamisen ja ryhmittelyn helpottamiseksi alleviivauksissa eri värejä. Tämän jälkeen redusoimme aineistosta nostetut alkuperäiset ilmaukset (liite 4, taulukko 3). Redusointi on joko informaation tiivistämistä tai sen pienempiin osiin pilkkomista (Tuomi – Sarajärvi 2009, 109).

Aineiston redusointia seuraa klusterointi eli aineiston ryhmittely. Klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset laitetaan samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavien käsitteiden mukaan eri ryhmiksi eli alakategorioiksi. Samalla aineisto tiivistyy yksittäisistä asioista kohti laajempia käsitteitä. Alakategoriat nimetään sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Analyysi jatkuu samansisältöisten alakategorioiden yhdistämisellä yläkategorioiksi (liite 4, taulukko 4). Aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen alkaa jo pelkistettyjen ilmausten yhdistämisen yhteydessä. Analyysin tekijöiden tulkinta vaikuttaa eri kategorioiden syntymiseen ja niiden yhdistämiseen. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5–7; Tuomi – Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston abstrahointi eli käsitteellistämisessä vertasimme alakategorioita toisiinsa ja samaa teemaa koskevat alakategoriat yhdistimme yläkategorioiksi. Muodostetuille yläkategorioille annoimme sisältöä kuvaavan nimen (liite 4, taulukko 5). Abstrahointia tapahtuu siis osittain jo klusteroinnissa. Kategorioiden muodostamista jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista.

Kategorioiden nimeäminen voi kuitenkin muodostua ongelmalliseksi, jolloin käytetäänkin deduktiivista päättelyä eli kategorioille annetaan nimeksi jo aikaisemmin tuttu sanapari tai käsite. Näin saadaan muodostettua yhdistäviä kategorioita. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5–7.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET**

### **5.1 Kotihoidossa käytössä oleva teknologia**

Opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmeni, että kotihoidossa käytössä oleva hyvinvointiteknologia on pitkälti samanlaista molemmissa tutkimuskunnissa, poikkeuksen tekivät ainoastaan turvahälytinjärjestelmät. Lista käytössä olevista teknologisista laitteista ja apuvälineistä löytyy kokonaisuudessaan tämän opinnäytetyön lopusta olevasta liiteluettelosta (liite 4). Molemmissa kunnissa on käytössä perinteiset turvapuhelimet, mutta toisessa kunnassa on niiden lisäksi myös paikantava turvapuhelin. Hoitajat toivat esille, että erilaiset perinteiset apuvälineet helpottavat ja tukevat asiakkaan itsenäistä suoriutumista kotona ja lisäävät asiakkaiden turvallisuutta.

Haastateltavat kertoivat kotihoidossa olevan käytössä erilaisia liikkumisen apuvälineitä, joita on sekä sisä- että ulkokäytössä olevat rollaattorit, kelkat ja normaali pyörätuoli. Sähkökäyttöisistä apuvälineistä mainittiin sähköpyörätuoli, sähkösätky ja siirtymistä helpottavista apuvälineistä nosturit ja erilaiset kaiteet. Päivittäisten toimintojen apuvälineistä käytössä oli ruokailuvälineitä, lukon avaajia ja erilaisia portatiiveja.

*”..niillähän on liikkumisessa ainakii kaiken näköstä rollaattoria..”  
(H1)*

*”Ihan sähkösätkyä, sähkönosturia, ..sähköpyörätuolia..” (H2)*

Näkemisen ja kuulemisen apuvälineistä mainittiin suurennuslasit ja kuulolaitteet. Kommunikointiin oli käytössä kommunikaattori.

*”..sitten suurennuslasit on..lukemiseen, lasi ja teline mihin saa sitten sen lehen laittaa..” (H1)*

Potilastietojärjestelmät miellettiin hyvinvointiteknologiaan kuuluviksi ja kaikki vastaajat kertoivat niiden käytöstä. Samoin tietokone ja sähköposti mainittiin hyvinvointiteknologiaan kuuluviksi. Kaikki käyttivät työssään matkapuhelinta, joka niin ikään liitettiin hyvinvointiteknologiaan kuuluvaksi. Videoneuvotteluyhteyttä oli käytetty hoitokokouksen pitämiseen.

*”..potilastietojärjestelmä, sähköpostit, muutenki tietokonheen käyttö..” (H4)*

*”..sairaskertomus, kaikki se tieto mitä me tarvitaan siitä asakkaasta löytyy siitä..” (H2)*

*”..videoneuvotteluja on jonkin verran käytetty..hoitokokouski videoneuvottelun kautta..” (H3)*

Erilaiset elintoimintoja mittaavat laitteet olivat haastateltavien mielestä hyvinvointiteknologiaa, kuten automaattiset verenpainemittarit, verensokerimittarit, INR-mittarit ja digitaalinen vaaka.

*”Automaattiset verenpainemittarit.” (H2)*

*”..tämä, niinku nämä Marevan-pikamittarit, voiko nämä laskea niihin..” (H2)*

Turvallisuuteen liittyvää hyvinvointiteknologiaa haastateltavien mukaan olivat turvapuhelimet ja ovihälyttimet sekä turvapuhelimeen liitetty palovaroitin.

Turvapuhelimen kehittyneempi versio, paikantava turvapuhelin, Mindme GPS-lähetin, oli myös käytössä. Yksi vastaajista kertoi hälyttävästä dosetista, mutta laitteen korkean hankintahinnan vuoksi sellaista ei ollut hankittu.

*".. jos asiakkaitten turvallisuutta aattelee niin niillähän on ne turvarannekkeet..meänki täytyy osata käyttää ja asentaa ja testaila että ne toimii.." (H3)*

*"..tavalliset ja nämä Mindme hälyttimet, paikantavat turvapuhelimet..paikantaa missä asiakas liikkuu.." (H2)*

Esteetöntä rakentamista ja kodinmuutostöitä edustivat pyörätuoleilla liikkumista helpottavat luiskat ja rakennettu terassi sekä erilaiset kaiteet.

*"..sitten on näitä porrasliuskoja ja ulkoterassejaki nyt ja siellä on sitten kaiteita kans.." (H1)*

## 5.2 Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia hyvinvointiteknologiaosaamisestaan

Tutkimukseen osallistuneiden kotihoidon hoitajien kokemus omasta hyvinvointiteknologiaosaamisessaan vaihteli sekä yksilöiden välillä että eri hyvinvointiteknologian osa-alueitten käytön osaamisen välillä. Tavallisen matkapuhelimen käyttö koettiin helpoksi, kuten myös eri elintoimintoja mittaavien laitteiden käytön osaamiseen hoitajat olivat tyytyväisiä. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käytön osaamisen kokemisessa oli selvä ero, mikä jakoi vastaajat kahteen eri ryhmään. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käytön osaaminen koettiin joko hyväksi tai puutteelliseksi, jolloin osaaminen koettiin lähinnä pintapuolisena, koska kaikkia ohjelman suomia mahdollisuuksia ei osata hyödyntää työssään. Joku oli sitä mieltä, että asiakas- ja potilastietojärjestelmiä voisi käyttää paremminkin. Haastateltavat toivat esille apuvälineiden käytön osaamisessa olevia puutteita, jolloin niitä osattiin käyttää jonkin verran tai niiden käyttö oli vähäistä. Apuvälineitä oli kuitenkin saatavilla ja niitä oli käyttämättöminä asiakkaiden luona.

*"INR-mittaria harjoiteltiin..se on aika yksinkertainen loppujen lopuksi käyttää." (H3)*

*"..ossaa tietyt asiat, pääasiat käyttää, muttei läheskään kaikkia mitä sielä on, ei ossaa käyttää kunnolla.." (H2)*

*"..paremminkin vois osata..se on niinku semmosta pintapuolista.." (H2)*

*”..nyt on aika hyvä, mutta kantapään kautta on saanu opetella..”  
(H3)*

Osaamisen kokemuksista nousi esille myös koulutukseen liittyviä asioita. Varsinaista koulutustarvetta hyvinvointiteknologian hyödyntämiseksi tällä hetkellä kukaan vastaajista ei kokenut tarvitsevansa, vaan tarve oli lähinnä osaamisen vahvistamiselle. Koettiin, että asiakas- ja potilastietojärjestelmistä olisi enemmän hyötyä, jos niiden käyttöön saisi lisää opastusta ja ohjeistusta. Perehdytystä ohjelmiston käyttöön toivottiin, jotta asiakas- ja potilastietojärjestelmistä saisi kaiken hyödyn. Koulutusta tulisi antaa jonkun muun kuin kokeneemman hoitajan, sillä sitä tapahtui käytännössä jo muutenkin. Ulkopuolinen kouluttaja toisi uusimman tiedon työntekijöille. Henkilökohtaiselle opastukselle ja perehdytykselle oli myös tarvetta, esimerkiksi apuvälineiden käytössä. Fysioterapialta toivottiin opastusta laitteiden käytössä ja tietoa mahdollisista uusista laitteista, joita voisi käyttää kotihoidossa.

*”..tuntuu, että tarvis aina niinku tulee näitä uusia..  
hälytinja järjestelmä, siihen ois kaivannu kyllä..” (H1)*

*”Koulussaki oli vähästä se opetus.” (H2)*

*”..semmonen henkilökohtanen ohjaus kaikista paras..” (H1)*

*”..haluaisin tuohon ..ohjelmaan vielä opastusta, koska siinä on vielä vähän semmosia aukkoja, että täytyy pyytää apua..” (H3)*

*”..kaikki mitä tuota liittyy ainaki tietotekniikkaan...pitäs saaha laajalti lissää opastusta..ja aina ko tulee ..muutoksia, niin niihin pitäs heti perehyttää..” (H4)*

*”Ei kokeneempi hoitaja, .. ne jo käytännössä tekkee sitä, neuvoa nuorempia, uusia työntekijöitä.. ..ois joku ulkopuolinen opettaja, se ois minusta parempi...muistuttas vanhoilleki, että näinhän se meni..” (H2)*

## **6 POHDINTA**

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tässä luvussa tarkastelemme tutkimustuloksia suhteessa teoreettiseen viitekehykseen ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Mielestämme onnistuimme tutkimuksessamme, koska saimme vastaukset tutkimustehtäviin ja analyysivaiheen jälkeen aineistosta nousi esille jatkokysymyksiä. Se, että saimme tutkimustehtäviin vastaukset, kertoo onnistuneesta tutkimusmenetelmän valinnasta. Kvalitatiivinen tutkimus toimi hyvin tutkimuksessa, jossa halutaan kuulla hoitajien henkilökohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä ja jossa ei tavoitella tutkimuksen kannalta yleistettäviä tuloksia (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Myös teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä osoittautui

opinnäytetyössämme oikeaksi valinnaksi. Teemahaastattelu antaa mahdollisuuden tehdä lisäkysymyksiä puolin ja toisin (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 205). Mielestämme teemahaastattelu antoi kattavampia vastauksia, kuin mitä olisimme saaneet lomakekyselyllä. Nimittäin vastaajat kokivat sanan hyvinvointiteknologia vaikeaksi, vaikka avasimme sanan ennen haastatteluja.

HyTekla-hankkeen alussa kartoitettiin hankkeeseen osallistuvien tahojen hoitajien hyvinvointiteknologiaosaamista lähinnä potilastietojärjestelmien käyttöön liittyen. Kartoituksen mukaan hoitajien hyvinvointiteknologian osaamisen taso vaihteli, perehdytystä teknologiaan käyttöön olisi pitänyt olla enemmän ja teknologian osaamisen puute hankaloitti työskentelyä. Kartoituksen mukaan teknologian koettiin kuitenkin helpottavan työskentelyä. Opinnäytetyömme tutkimustulokset ovat samansuuntaisia.

Opinnäytetyössämme ilmeni, että hyvinvointiteknologia on osa kotihoitoa ja kotihoitohenkilöstön arkea, vaikka haastatteluiden alussa vastaajat kokivat sanan hyvinvointiteknologia vieraana ja olivat sanasta hämillään. Tuloksista nousi esille hoitajien kokemus hyvinvointiteknologian käytettävyyden vajavaisuudesta. Saman asian tuovat Suhonen, Ahtiainen ja Siikanen (2007, 28) esille raportissaan, että hyvinvointiteknologia ei juurru käytäntöön, mikäli tekniikkaa ja palveluita ei kehitetä yhtä aikaa. Näinhän ei välttämättä tällä hetkellä enää ole, vaan teknologia on osa arkipäivää kotihoidossa. Puutteita on siis lähinnä ohjauksessa ja laitteiden maksimaalisessa käytettävyydessä. Melkas, Raappana, Rauma ja Toikkanen (2007, 58) puhuvat raportissaan perehdyttämisen tärkeydestä, mutta korostavat, että sen ei tulisi päättyä teknologian käytön ottoon, vaan sen tulisi olla jatkuva prosessi. Myös tämä tuli hyvin esille meidän tutkimuksessa.

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston perusteella hoitajat käyttävät kotihoidossa hyvinvointia tukevia teknologisia laitteita. Haastateltavat nimesivät monia teknologisia laitteita, joita he käyttävät päivittäisessä työssään. Useat laitteet olivat asiakkaan turvallisuutta lisääviä, mutta myös erilaisia mittareita oli käytössä. Sosiaalista kanssakäymistä vahvistavia laitteita kotihoidossa on vähän käytössä. Herää kysymys, miksi? Ehkä omalta osaltaan kotihoidon asiakkaiden alentunut toimintakyky voi vaikuttaa siihen,



että teknologisia laitteita ei oteta käyttöön, kun jo turvapuhelimen käytön oppiminen voi tuottaa ongelmia. Hoitajat eivät ehkä tunne teknologisia laitteita tai heillä ei ole tietoa niistä. Vai onko kyse taloudellisista asioista?

Teknologisten ratkaisujen käyttö tulisi lähteä asiakkaasta ja hänen tarpeistaan, joilla helpotetaan asiakkaan itsenäisyyttä ja turvallisuutta toimintakyvyn heikentyessä (Raappana – Melkas 2009, 9). Asiakkaalle voidaan ehdottaa ja esittää jotain apuvälinettä tai laitteita sairaalasta kotiutuessa, mutta viime kädessä asiakas itse tekee päätöksen sen käyttöön ottamista tai käyttämättä jättämisestä. Teknologisten laitteiden käyttöönottoon vaikuttaa myös kulttuuri ja ympäristö. Maaseudulla on totuttu vaatimattomaan elämään. Kotihoidon apua tarvitessaan ihminen toivoo ihmistä hoitajaksi. Tällöin kokonaisuus voi kuitenkin jäädä näkemättä, sillä oikein kohdennettuna teknologia täydentää palveluita, lisää sekä palveluiden tuottajien että asiakkaiden hyvinvointia eikä suinkaan korvaa ihmistä (Suhonen – Ahtiainen – Siikanen 2007, 28). Kaikkien tulee saada tyydytettyä julkisin varoin järjestetyt perustarpeet, mutta elämänsisältöä rikastuttavien, ihmisen kokonaisvaltaista voimaannuttamista tukevia palveluita ei nähdä suurempaa palveluntarvetta ennaltaehkäisevinä palveluina (Hiltunen 2007, 68). Haastateltavat toivat kuitenkin esille, että kaikki asiakkaan turvallisuutta lisäävä ja kotona asumista tukeva teknologia on tervetullutta. Samoin henkilöstön turvallisuutta ja työtä helpottavat laitteet ovat tärkeitä ja helpottavat työn tekemistä.

Haastatteluissa ilmeni, että kotihoidossa asiakkailla on laitteita, joita ei osata käyttää. Tämän voisi nähdä siten, että moniammatillisen yhteistyön tulisi jalkautua kotihoitoon, mikä olisi kaikkien etu. Mikäli laite on käyttämättömänä asiakkaan luona, tulisi selvittää onko sen käytölle edellytyksiä vai onko parempi viedä koko laite pois ja kohdentaa laite sitä tarvitsevalle. Teknologiaa ei tule ottaa käyttöön vain teknologian vuoksi, vaan sen käyttö tulee lähteä aina tarpeen määrittelystä ja sen käytölle tulee asettaa tavoitteet (Raappana – Melkas 2009, 13).

Tämän opinnäytetyön perusteella pitkien etäisyyksien Lapissa kotihoidossa käytössä oleva hyvinvointitekhnologia on lähinnä perusapuvälineitä. Turvapuhelin lisälaitteineen koettiin asiakkaan kannalta tärkeimmäksi turvallisuutta tuovaksi laitteeksi ja sähkösäätöinen sänky helpotti sekä

asiakkaan että hoitajan arkea. Myös rollaattorin merkitys korostui asiakkaan itsenäisyyttä lisäävänä ja omatoimisuutta tukevana apuvälineenä. Pitemmälle vietyä teknologiaa edustavia laitteita ei juuri ollut käytössä, mutta kaikenlaiset kotona asumista tukevat ja turvallisuutta lisäävät apuvälineet koettiin tervetulleiksi. Myös henkilökunnan työssä jaksamista tukevia ja helpottavia laitteita ja välineitä toivottiin lisää.

Opinnäytetyössämme ilmeni, että kotihoidon hoitajat kokivat hyvinvointiteknologiaosaamisensa melko hyväksi, eiväthän he muutoin pystyisi tekemään päivittäisiä töitään. Toisaalta vastauksista nousi esille, että hoitajilla on halu kehittää hyvinvointiteknologiaosaamistaan. Siihen voitaisiin vaikuttaa perusteellisemmalla koulutuksella jo käytössä oleviin välineisiin ja laitteisiin sekä niiden käytön kertaamiseen. Opinnäytetyössä tuli esille myös se, että ammatillisessa koulutuksessa teknologiakoulutus koettiin vähäisenä. Kuitenkin kotihoidon työntekijä on avainasemassa mietittäessä asiakkaan kotona selviytymistä ja hänen turvallisuutta. Haastatteluihin osallistuneiden hoitajien mielestä myös moniammatillisen yhteistyön merkitys korostui, sillä silloin hyvinvointiteknologiasta saataisiin paras mahdollinen hyöty. Myös Auranne ja Sydänmaa (2007, 73) tuovat artikkelissaan esille yhteistyön lisäämisen teknologian käyttäjien, kehittäjien, sosiaali- ja terveystalouden työntekijöiden ja alan kouluttajien välillä. Teknologisten laitteiden koulutukseen ja perehdytykseen olisi myös kiinnitettävä riittävästi huomiota. Kouluttajan on tunnistettava koulutettavien taito- ja tietotaso ja valmius oppimiseen (Raappana – Tiittanen 2014, 187). Motivaatiolla on suuri merkitys teknologian käyttöön otossa kotihoidossa (Melkas – Raappana – Rauma – Toikkanen 2007, 56).

## 6.2 Yhteenveto tutkimustuloksista

1. Kotihoidossa on käytössä hyvin monenlaisia apuvälineitä ja mittareita, joita ei kuitenkaan välttämättä mielletä teknologisiksi laitteiksi.
2. Kotihoitohenkilöstön kokemus osaamisestaan on riittävää, mutta osaamisen vahvistamista toivottiin.
3. Ammatillisessa koulutuksessa tulisi lisätä teknologiakoulutusta.
4. Moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä.

## 6.3 Tutkimuksen eettisyys

Ihmistieteessä tutkimuksen jokaiseen vaiheeseen liittyy eettisiä ratkaisuja, jotka tulee huomioida koko opinnäytetyöprosessin ajan. Jo itse tutkimusaiheen valinta oli eettinen kysymys – miksi valitaan tutkittava aihe ja kenen ehdoilla. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 24; Sairaanhoidajaliitto 1996; Tuomi – Sarajärvi 2007, 129.) Tutkimuksessa noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä. Pidimme mielessä sairaanhoitajien eettiset ohjeet tutkimusprosessin eri vaiheissa. Esimerkiksi tutkimustehtävien muotoilussa huomiomme, ettemme arvioi hoitajien osaamista vaan halusimme tietää heidän kokemuksiaan hyvinvointiteknologia käytöstä.

Tutkimuksen tekeminen on luvanvaraista työtä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 85). Haimme tutkimustamme varten tarvittavat luvat. Toimeksiantajaltamme HyTekla-hankkeelta haimme toimeksiantosopimuksen (liite 5) ja tutkimuskuntien, Ranuan (liite 6) ja Ylitornion (liite 6) perusturvajohtajilta haastatteluluvat.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys. Se tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista siten, että tutkimuksessa käytetään tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankintakanavia ja noudatetaan eettisesti kestäviä tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös vilpitöntä ja rehellistä toimintaa toisia tukijoita kohtaan. Suunnittelimme, toteutimme ja raportoimme työmme laadukkaasti sekä sen tekemisessä noudatimme avoimuutta ja kontrolloitavuutta, esimerkiksi merkitsimme lähdemerkinnät eksaktisti ja kuvasimme tutkimuksen toteutuksen seikkaperäisesti. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 24; Vilkkä 2005, 29–35.)

Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen lähtökohta. Haastatteluluvan saatuaamme otimme yhteyttä haastateltaviimme henkilökohtaisesti ja kerroimme heille tutkimuksestamme (liite 1) ja sen tarkoituksesta. Kerroimme heille myös mahdollisuuden kieltäytyä haastattelusta. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, joten haastateltavat saivat itse päättää siihen osallistumisestaan. Jokaisen haastateltavan kanssa sovimme juuri hänelle sopivan haastatteluajankohdan ja he itse esittivät haastattelupaikan. Kirjallinen suostumus jäi meillä pyytämättä haastateltavilta ennen haastattelua. Jokaisen haastattelun alussa kävimme läpi haastatteluun

liittyvät asiat: kuinka haastattelu nauhoitetaan ja nauhat säilytetään, ettei sivulliset pääse niitä kuuntelemaan, miten nauhoitusten sisältö analysoidaan, ettei kenenkään henkilöllisyys tule niistä esille ja kuinka aineisto tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 25.) Äänitallenteet säilytimme kotona lukitussa laatikossa niin, ettei sivulliset päässeet niitä kuulemaan ja puhelimesta olevat nauhoitukset olivat salaisen suojakoodin takana, ettei kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä päässyt niitä kuuntelemaan. Opinnäytetyön tutkimuksen valmistuttua nauhoitukset purettiin sanelukoneen kaseteilta ja puhelimesta nauhoitukset deletoitiin sekä välimuisti tyhjennettiin. Litteroidut tekstit hävitimme kotona polttamalla.

Haastateltavien tunnistettavuuden estämiseksi emme tutkimustuloksissa tuoneet esille yksittäisten vastaajien ikää emmekä sukupuolta, vaikka esitietolomakkeissa niitä tiedustelimme, koska haastateltavia oli vähän (N=4). Tulosten luotettavuuden kannalta kyseisten asioiden esille tuomisella ei olisi ollut merkitystä. Mikäli haastateltavia olisi ollut enemmän, kyseisiä tietoja olisi voinut käyttää tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa jokainen vastaaja kertoi oman kokemuksensa aiheesta, joten vastauksia ei voi yhdistää laajempaan kotihoidon henkilöstön joukkoon.

#### 6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustoiminta pyrkii välttämään virheiden syntymistä ja siksi koko tutkimusprosessin ajan tulee tehdä arviointia. Erilaisilla mittaus- ja tutkimustavoilla voidaan arvioida tutkimusten luotettavuutta. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2013, 231.) Tutkimuksen toteuttaminen ja luotettavuus eivät ole toisistaan erillään olevia tapahtumia kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkijat tekevät omat ratkaisunsa ja valintansa kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Usein tutkijat ovat osa tutkittavaa yhteisöä, mikä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on syytä huomioida ottamalla tutkijoiden puolueettomuusnäkökulma huomioon. Tutkijoiden arvot kuitenkin ohjaavat tutkimusta, vaikkakin tutkimuksen tulisi olla arvovapaata. (Vilka 2005, 158–160.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereinä käytetään tutkimuksen uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Opinnäytetyömme uskottavuudesta kertoo

se, että olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyömme eri vaiheet ja tulokset selkeästi sekä ymmärrettävästi. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet alkuperäisiä lainauksia, kuitenkin niin että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa. Esimerkiksi sisällönanalyysin kuvasimme vaihe vaiheelta sekä sanallisesti että taulukkoina, jolloin analyysin eri vaiheet ovat seurattavissa. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää sen siirrettävyys toiseen kontekstiin tarkan tutkimuskuvauksella perusteella. Tutkimustulosten kuvauksissa haastateltavien tunnistettavuus ei tule esille. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Riippuvuudesta kertoo se, että työn tekijöinä tiedostimme asemamme opinnäytetyössä. Olemme kertoneet lähtökohtamme tekijöinä työssämme, arvioineet omaa vaikuttavuuttamme aineistoon ja tutkimusprosessiin. Opinnäytetyömme tulokset ovat aineistolähtöisiä, mikä kertoo opinnäytetyön todeksi vahvistettavuudesta (Janhonen – Nikkonen 2001, 259). Vahvistettavuudella tarkoitetaan saman tutkimuksen toistamista toisen tutkijan toimesta. Toinen tutkija voi kuitenkin päätyä toisenlaiseen lopputulokseen, mikä voi tehdä siitä ongelmallisen. Luotettavuutta se ei kuitenkaan välttämättä vähennä, vaan se voi lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Opinnäytetyömme luotettavuuteen halusimme vaikuttaa sillä, että käyttämämme lähteet olivat monipuoliset ja tuoreet. Haastattelut teimme omilla työpaikoillamme, joten meidän oli helppo löytää tutusta työympäristöstä haastateltavat, joilla oli kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien asiantuntijuus tukee luotettavan tutkimustiedon saantia (Vilka 2005, 114). Mielestämme valitsemamme menetelmä eli kvalitatiivinen tutkimus toimi hyvin tutkimuksessamme, jossa halusimme kuulla hoitajien henkilökohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä ja jossa emme tavoitelleet tutkimuksen kannalta yleistettäviä tuloksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 110).

## 6.5 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyöprosessi on kaikkienensa ollut hyvin haastava. Ymmärryksemme opinnäytetyön merkityksestä on selkeytynyt opinnäytetyötä tehdessä. Ammattikorkeakoululain (351/2003) neljännen pykälän mukaan ammattikorkeakoulututkintoon johtavien tukintojen yhtenä tavoitteena on luoda

edellytykset opiskelijalle kehittää ammattitaitoaan ja elinikäistä oppimista. Ammattikorkeakoulututkintoon johtaviin opintoihin kuuluvan opinnäytetyön tarkoitus on kehittää opiskelijan asiantuntemusta, jotta hän voi toimia työelämässä oman alansa asiantuntijatehtävissä.

Opinnäytetyöprosessi opetti meille suunnitelmallisuuden ja pitkäjänteisyyden merkityksen tärkeyden. Kaikki alkoi teoriaopintojen myötä ideapaperin työstämisellä. Aiheeseen perehtymisen myötä tutustuimme hyvin laajalti hyvinvointiteknologiaan. Myös opinnäytetyön tekemisen teoriaosuuteen paneuduimme kirjoittamiseen aina kieliopista lähtien.

Opinnäytetyössämme määrittelimme työllemme tavoitteet, jotka näkyvät kokonaisuudessaan kolmannessa luvussa. Kyseisten tavoitteiden saavuttamisesta kerroimme jo aiemmin, joten emme käy niitä enää tässä läpi. Toki meidän pitkäaikaisten kotihoidon työntekijöiden tietämyksemme teknologiaosaamisesta lisääntyi tämän työn myötä. Kuitenkin tärkeämpi merkitys on sillä, että koimme saavuttaneemme suuremman tavoitteen, kun ymmärsimme opinnäytetyön syvemmän ja todellisen merkityksen, mikä avautui ja kristallisoitui meille tulevaisuuden tärkeäksi työkaluksi. Nimittäin, opinnäytetyöprosessi opetti projektityössä vaadittavaa suunnitelmallisuutta, aikatauluttamista ja sovitusta asioista kiinni pitämistä. Yhteistyö vaatii kykyä kuulla, mitä toinen sanoo ja silloin onnistunut vuorovaikutus laajentaa näkemyksiä ja kompromissien teko sujuu jouhevasti. On annettava tilaa myös toisen ajatuksille. Kaikkia näitä asioita tarvitaan työelämässä eikä näiden merkitystä voi olla ohittamatta. Näitä asioita meidän tulee hallita terveydenhuollon ammattilaisina, jotta pystymme tuottamaan laadukasta ja kehittyvää hoitotyötä. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt ymmärrystä vuorovaikutuksen merkityksestä. Parityönä tehtävä opinnäytetyö on mielestämme paras keino tehdä laadukas ja kehittävä opinnäytetyö.

Hankkeessa mukana ollessamme olemme perehtyneet hanketyöskentelyyn, joka on yksi tämän päivän työmuoto. Se on tiimityöskentelyä kuten hoitotyö. Hanketyöskentelyn kautta olemme saaneet laajemman kuvan hankkeista ja hankkeissa mukana olevista yhteistyötahoista sekä näin saaneet ymmärrystä hoitotyön kehittämiseksi. Kuten teoriaosuudessa olemme kuvanneet elinikäistä oppimista ja koulutuksen merkitystä, se koskettaa meitä konkreettisesti.

Pitkästä työkokemuksesta huolimatta meillä on riittänyt innostusta ja motivaatiota uusien asioiden oppimiselle.

## 6.6 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

Tässä opinnäytetyössä kuvasimme käytössä olevaa hyvinvointiteknologiaa ja hyvinvointiteknologiaosaamista kahden kunnan neljän kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Lisäksi opinnäytetyössä tuli esille asioita, kuinka hyvinvointiteknologian hyödynnettävyyttä voisi lisätä. Tutkimustulosta voivat kuntien kotihoidosta vastaavat työntekijät hyödyntää, kun suunnittelevat uusia hyvinvointiteknologisia laitteita kotihoitoon ja millaista koulutusta laitteiden käyttöönotto ja maksimaalinen käyttö edellyttävät henkilökunnalta. Koulu voi hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia suunnitellessaan opetusohjelmia hoitotyön koulutukseen sekä mahdollisiin työelämän lisä- ja täydennyskoulutuksiin.

Jatkotutkimusehdotuksia:

1. Kuinka hyödyntää hyvinvointiteknologian antamat mahdollisuudet maksimaalisesti?
2. Hyvinvointiteknologia yksinäisen omaishoitajan tukena

Lisäksi haastatteluista nousi esille kotihoitohenkilöstön tarve tunnistaa kriittisesti sairas potilas. Siihen toivottiin saatavan lisäkoulutusta.

## LÄHTEET

Ahtiainen, M. – Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologian määrittely ja yleisesittely. – Teoksessa Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? (toim. L. Suhonen ja T. Siikanen), 9–20. Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Osoitteessa [http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknologia\\_sosiaali\\_ja\\_terveysalalla\\_hyoty\\_vai\\_haitta\\_.pdf](http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknologia_sosiaali_ja_terveysalalla_hyoty_vai_haitta_.pdf). 20.1.2014.

- Alakärppä, I. 2014. Teknologiasta käytäntöihin. Käytäntöteoreettinen malli hyvinvointiteknologian hyväksyttävyyden arviointiin. Lapin yliopisto: Taiteiden tiedekunta. Osoitteessa <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/94683/Alak%c3%a4rp%c3%a4ActaE137.pdfA.pdf?sequence=4>. 4.4.2014.
- Ammattikorkeakoululaki 9.5.2003/351. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>. 13.12.2014.
- Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. 2008. Stakes. Gummerus. Osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75229/M267.pdf?sequence=1>. 18.4.2014.
- Auranne, K. – Sydänmaa, V. 2007. Hyvinvointiteknologia käytännössä – kenen ehdoilla toimitaan? – Teoksessa Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? (toim. L. Suhonen ja T. Siikanen), 73–81. Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Osoitteessa [http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknologia\\_sosiaali\\_ja\\_terveysalalla\\_hyoty\\_vai\\_haitta\\_.pdf](http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknologia_sosiaali_ja_terveysalalla_hyoty_vai_haitta_.pdf). 20.1.2014.
- Davis, L. – Taylor, H. – Reyes, S. 2014. Lifelong learning in nursing: A Delphi study. Nurse Education Today. Vol 34/3, 441–445. Osoitteessa [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(13\)00139-1/abstract](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(13)00139-1/abstract). 2.11.2014.
- ETENE 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. ETENE-julkaisuja 30. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki. Osoitteessa [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41970&name=DLFE-1504.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=41970&name=DLFE-1504.pdf). 23.10.2014.
- Finne-Soveri, H. 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. Raportti 31/2012. Helsinki. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. Osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80409/b4046c29-61fe-497c-a226-f517bd40f2bb.pdf?sequence=1>. 19.3.2014.
- FinnSight 2015. Tieteen teknologian ja yhteiskunnan näkymät. Terveydenhuoltojärjestelmä uudistuspaineissa. Suomen akatemia ja Tekes. Osoitteessa <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Finnsighttiivistelm%C3%A4.pdf> 8.3.2014.
- Heikkilä, A. 2011. Teknologia kotona tapahtuvan hoidon tukena. Teoksessa. Myller, H. (toim). KOTIHOITO 24h. Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Pohjois-karjalan ammattikorkeakoulu. Sarja C:43.



- Hiltunen, P. 2007. Hyvinvointiteknologia kiinnostaa kuntatilaajia. – Teoksessa Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? (toim. L. Suhonen ja T. Siikanen), 63–72. Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Osoitteessa [http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknologia sosiaali ja terveysalalla\\_hyoty vai haitta .pdf](http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknologia_sosiaali_ja_terveysalalla_hyoty_vai_haitta_.pdf). 20.1.2014.
- Hirsijärvi, S. – Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Guadepus Helsinki University Press.
- Hirsijärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15–17., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- HyTekla 2013. Osoitteessa <https://www.eura2007.fi/rrtiepa/projekti.php?projektkoodi=S12245>. 11.11.2014.
- Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Janhonen, S. – Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. – Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansallinen Terveysarkisto. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Osoitteessa [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6915.pdf). 9.10.2014.
- Kauhanen, M. 2014. Yksilön näkökulma: työmarkkina-aseman muutokset. – Teoksessa Katsaus suomalaisen työn tulevaisuuteen (toim. L. Pentikäinen), 63–73. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys. 2014:30. Osoitteessa [http://www.tem.fi/files/40889/30\\_2014\\_TEM\\_katsaus\\_suomalaisen\\_tyon\\_tulevaisuuteen\\_25082014.pdf](http://www.tem.fi/files/40889/30_2014_TEM_katsaus_suomalaisen_tyon_tulevaisuuteen_25082014.pdf). 30.11.2014.
- Kristo, A. – Pekkarinen, S. 2013. Elämäntäyteistä teknologiaa – kahden pilottikokeilun tarkastelua. Gerontologia 2/13, 73–86.
- Kivelä, S-L. – Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.
- Kuusi, O. 2001. Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Geronteknologia-arvioinnin loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 7/2001. Helsinki: Edita. osoitteessa [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=ereki](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=ereki)

[&\\${BASE}=ereki&\\${THWIDS}=0.2/1413814262\\_336232&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](#). 20.10.2014.

- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol 11, no 1/99, 3–12.
- Leikas, J. 2008. Ikääntyvät, teknologia ja etiikka. Osoitteessa <http://www.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2008/W110.pdf>. 20.2.2014.
- Magnusson, L. – Hanson, E. 2005. Nursing and health care management and policy. Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *Journal of Advanced Nursing* 51 (6). Osoitteessa [http://bada.hb.se/bitstream/2320/6018/1/Supporting%20frail%20old-er%20people%20and%20their%20family%20carer%20via%20ICT\\_cost%20analys.pdf?origin=publication\\_detail](http://bada.hb.se/bitstream/2320/6018/1/Supporting%20frail%20old-er%20people%20and%20their%20family%20carer%20via%20ICT_cost%20analys.pdf?origin=publication_detail). 12.2.2014.
- Melkas, H. – Pekkarinen, S. 2014. Hyvinvointitekniologia. – Teoksessa *Ikäteknologia* (toim. J. Leikas), 209–224. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Melkas, H. – Raappana, A. – Rauma, M. – Toikkanen, T. 2007. Teknologian käytön sudenkuopat sosiaali- ja terveysalalla. – Teoksessa *Hyvinvointitekniologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta?* (toim. L. Suhonen ja T. Siikanen), 50–63. Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Osoitteessa [http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointitekniologia\\_sosiaali\\_ja\\_terveysalalla\\_hyoty\\_vai\\_haitta.pdf](http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointitekniologia_sosiaali_ja_terveysalalla_hyoty_vai_haitta.pdf). 20.1.2014.
- Panzar, E. 2013. Elinikäinen oppiminen aikuisuuden näkökulmasta. Teoksessa Hakala, J. – Kiviniemi, K. 2013. *Vuorovaikutuksen jännitteitä ja oppimisen säröjä. Aikuispedagogiikan haasteiden äärellä*. Jyväskylän yliopisto.
- Pentikäinen, L. 2014. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 30/2014. Työ ja yrittäjyys. Osoitteessa [https://www.tem.fi/files/40889/30\\_2014\\_TEM\\_katsaus\\_suomalaisen\\_tyon\\_tulevaisuuteen\\_25082014.pdf](https://www.tem.fi/files/40889/30_2014_TEM_katsaus_suomalaisen_tyon_tulevaisuuteen_25082014.pdf). 25.10.2014.
- Raappana, A. – Melkas, H. 2009. Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluissa. Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Lahti: Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Osoitteessa <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/59191/isbn%209789522148650.pdf?sequence=5>. 27.3.2014.
- Raappana, A. – Tiittanen, H. 2014. Ikäteknologian käyttöönottoon liittyvä käyttäjäkoulutus. – Teoksessa *Ikäteknologia*. (toim. J. Leikas), 187–195. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

- Ranuan kunta 2014. Kotihoito ja kotisairaanhoido. Osoitteessa <http://www.ranua.fi/Etusivu/Palveluhakemisto/Perhe--ja-sosiaalipalvelut/Vanhuspalvelut/Kotihoito-ja-kotisairaanhoido>. 10.11.2014.
- Sairaanhoidajaliitto 1996. Osoitteessa [https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo\\_ja\\_hoitoty\\_o/sairaanhoidajan\\_tyo/sairaanhoidajan\\_eettiset\\_ohjeet/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitoty_o/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/). 24.1.2014.
- Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>. 20.11.2014.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. 30.11.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Osoitteessa [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf). 20.2.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a. Tiedote 221/2014 Kotihoidon kokeilua jatketaan vuoden 2016 loppuun. Osoitteessa <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1893881#fi>. 20.10.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b. Sosiaali- ja terveystalvetut. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Osoitteessa [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveystalvetut/sosiaalipalvelut/koti\\_palvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvetut/sosiaalipalvelut/koti_palvelut). 2.5.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c. Sosiaali- ja terveystalvetut. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Osoitteessa [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveystalvetut/terveystalvetut/kotisairaanhoido](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvetut/terveystalvetut/kotisairaanhoido). 20.10.2014.
- Suhonen, L. – Ahtiainen, M. – Siikanen, T. 2007. Hyvinvointiteknotologia sosiaali- ja terveystalan koulutuksessa. – Teoksessa Hyvinvointiteknotologia terveyst- ja sosiaalialalla – hyöty vai haitta? (toim. L. Suhonen ja T. Siikanen), 21–40. Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Osoitteessa [http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknotologia\\_sosiaali\\_ja\\_terveystalalla\\_hyoty\\_vai\\_haitta\\_.pdf](http://www.lamk.fi/tki-toiminta/projektit/paattyneet-projektit/Documents/hyvinvointiteknotologia_sosiaali_ja_terveystalalla_hyoty_vai_haitta_.pdf). 20.1.2014.
- Suutama, T. 2013. Muisti ja oppiminen. – Teoksessa Gerontologia (toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä ja T. Rantanen), 216–226. Helsinki: Duodecim.

- Tepponen, M. Teknologiasta tukea ikäihmisten arkeen. – Teoksessa SOTE-ENNAKOINTI – sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi (toim. M-L, Vesterinen), 99–105. Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 3. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä.
- Terveydenhoitolaki 30.12.2010/1326. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. 30.11.2014.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Osoitteessa <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=3&currentEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8c961c9111204432e8f25f2acbad8f831&indCount=6&yearCount=1>. 30.10.2014.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Osoitteessa <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=3&currentEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8c961c9111204432e8f25f2acbad8f831&indCount=2&yearCount=1>. 10.12.2014.
- Tikkanen, T. 2013. Elinikäinen oppiminen – kohti aktiivista vanhuutta. – Teoksessa Gerontologia (toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä ja T. Rantanen), 509–525. Helsinki: Duodecim.
- Tilastokeskus 2014a. Osoitteessa <http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/683.html>. 30.10.2014.
- Tilastokeskus 2014b. Osoitteessa <http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/976.html>. 30.10.2014.
- Topo, P. 2013. Teknologia. – Teoksessa Gerontologia (toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä ja T. Rantanen), 526–533. Helsinki: Duodecim.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738 Osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> 29.12.2014
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. – Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Ylitornion kunta 2014. Kotihoito. Osoitteessa  
<http://www.ylitornio.fi/palvelut/perusturvatoimi/vanhuspalvelut/kotihoito.html>. 13.12.2014.

## **LIITTEET**

Kirje haastatteluun osallistuville	Liite 1
Taustatiedot	Liite 2
Teemahaastattelurunko	Liite 3
Sisällönanalyysi	Liite 4
Opinnäytetyön toimeksiantosopimus	Liite 5
Opinnäytetyön haastattelulupa	Liite 6

Hyvä kotihoidon työntekijä

Liite1

Olemme Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita ja teemme tutkimusta opinnäytetyötämme varten. Tarkoituksemme on tutkia Ranuan ja Ylitornion kotihoidon henkilöstön hyvinvointiteknologiaosaamista ja hyvinvointiteknologian käytön mahdollisia

kehittämistarpeita. Opinnäytetyömme on osa koululla olevaa HYTelka-hanketta (HYTekla – hyvinvointiteknologian tuki saumattomissa hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuissa). Hankkeen tavoitteena on kehittää hyvinvointiteknologian hyödyntämistä terveydenhuollon välineenä Lapissa.

Tutkimusta varten haluamme haastatella kotihoidon henkilöstä. Varaa haastattelua varten tunti aikaa ja rauhallinen paikka työpaikaltasi. Haastattelut nauhoitamme ja litteroimme analysointia varten. Nauhat hävitetään aineiston käsittelyn jälkeen ja kenenkään henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksessa. Tutkimuksen on tarkoitus olla valmis helmikuussa 2015.

Yhteistyöterveisin

Hillevi Illikainen

Tarja Heikka

Taustatiedot

Liite 2

1. Ikä

2. Sukupuoli

3. Ammattinimike

4. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työssäsi?

Teemahaastattelurunko

Liite 3

1. Millaista hyvinvointiteknologiaa käytät työssäsi?



2. Millaista perehdytystä/koulutusta olet saanut hyvinvointiteknologian käyttöön?
3. Kuvaile oman hyvinvointiteknologiaosaamistasi.
4. Millaista koulutusta koet tarvitsevasi hyvinvointiteknologian käytössä?
5. Miten hyvinvointiteknologian käyttö vaikuttaa työhösi?
6. Millaista tietoa mielestäsi tarvitaan hyvinvointiteknologian käytössä?

## SISÄLLÖNANALYYSI

Liite 4 1(5)

TAULUKKO 1. Kotihoidossa käytössä olevat apuvälineet ja laitteet.

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>
kommunikaattori	puheen tuottamista tukeva apuväline	keskustelua helpottava väline
turvapuhelin		

palohälytyn	turvallisuuatua tukevat apuvälineet	turvahälytysjärjestelmät
ovihälytyn		
Mindme- paikantava turvapuhelin		
kuulokoje	kuulemista tukeva apuväline	kuulokojeet
tietokone	tiedonhaun ja tallentamisen apuvälineet	tietokoneet
läppäri		
sähköposti		
Mediatri	asiakas- ja potilastietojärjestelmät	
Pegasos		
kännykkä	yhteydenpitovälin	puhelimet
kelkka	liikkumista mahdollistavat apuvälineet	kävelyapuvälineet
rollaattori		
pyörätuolit	käsi- ja sähkökäyttöiset liikkumista tukevat apuvälineet	pyörätuolit
sähköpyörätuolit		
luikulakana		
kaiteet	siirtymistä tukevat apuvälineet	siirtymisvälineet
pyörähdyslauta		
porrasliuskat		
sähkönosturi	sähkökäyttöinen siirtymistä helpottava apuväline	henkilönostolaite
sähkösätky	nukkumista helpottava apuväline	sängyt
korokkeet	huonekalujen korkeudensäädön apuvälineet	huonekalujen lisävarusteet
kaiteet	tuen ottamisen apuvälineet	tukeutumisvälineet
wc- tukikaiteet		
lukon avaaja	lukon avaamista helpottava apuväline	ovenavaajat
portatiivi kaiteilla ja ilman kaidetta	erittämistä tukevat apuvälineet	wc- apuvälineet
vaaka	painon seurannan väline	henkilövaa'at
verenpainemittari	verenpaineenseurannan väline	kokeen otto välineet
INR- mittari	verinäytteitä mittaavat laitteet	
verensokerimittari		
dosetti	lääkeannostelijat	lääkeannostelun apuvälineet
hälyttävä dosetti		
ruokailuvälineet	ateriointia helpottavat välineet	syömisen ja juomisen apuvälineet

TAULUKKO 2. Kotihoidossa käytössä olevat laitteet ja apuvälineet 2(5)

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
keskustelua helpottava väline		

turvahälytysjärjestelmät	kommunikointi ja havaitsemisen apuvälineet	Kotihoidossa käytössä olevat hyvinvointia tukevat laitteet ja välineet
kuulokoje		
tietokoneet		
puhelimet		
kävelyapuvälineet	liikkumisvälineet	
pyörätuolit		
siirtymisen välineet		
henkilönostolaite		
sängyt	asuntojen ja muiden tilojen varusteet ja lisälaitteet	
huonekalujen lisävarusteet		
tukeutumismateriaalit		
ovenavaajat	henkilökohtaisen hoidon välineet	
wc- apuvälineet		
henkilövaivat		
kokeenotto välineet	hoitovälineet	
lääkeannostelun välineet		
syömisen ja juomisen välineet	kodinhoitovälineet	

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston redusoinnista.

3(5)

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>
"paremmin vois osata"	Halu osata paremmin
"pääasiat käyttää, mutta ei läheskään"	Pääasioiden hallinta

kaikkia”	
”se on semmosta pintapuolista”	Pintapuolinen osaaminen
”ei ehdi perehtymään niin syvällisesti kuin haluaisi”	Halu perehtyä syvällisemmin

TAULUKKO 4. Esimerkki aineiston klusteroinnista.

4(5)

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
Halu osata paremmin	Hoitajien halu kehittyä hyvinvointiteknologian	
Pääasioiden hallinta		

Osaaminen pinnallista	käytön osaamisessa	Hoitajien kokemuksia hyvinvointi- teknologia- osaamisestaan
Osaaminen helpottaa työtä	Hoitajien halu kehittyä hyvinvointitekniologian käytössä	
Ajanpuute estää osaamisen vahvistamisen		
Luottaa osaamiseensa	Hoitajien kokemus omasta hyvinvointitekniologia- osaamisestaan	

TAULUKKO 5. Esimerkki aineiston abstrahoinnista.

5(5)

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Hoitajien halu kehittyä hyvinvointiteknologian osaamisessa	Hoitajien kokemuksia hyvinvointiteknologian käytön osaamisessa	Hyvinvointi- teknologia- osaaminen kotihoitossa
Hoitajien kokemus omasta hyvinvointiteknologiaosaamisestaan		
ATK- taitojen ja kirjaamisen vahvistaminen	Hoitajien kokemus hyvinvointiteknologiaan liittyvistä koulutustarpeista	
Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käytön kertaus		

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainostaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (osm, yritys) Lapin ammattikorkeakoulu / AHTeula -hanke Yhteyshenkilö (yhteystiedot, puhelin, sähköposti) Outi Sorikeli Työn aihe Käsittelytekniikan kehittäminen ja tutkimusinteknologian soveltaminen Lapin		
<b>Tekijä</b>	Nimi (osm, yritys)	Opettajanimero	
	Kotiosoite	Asuinnumero	Pysäytinpaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Suoritettava taitinto	Ryhmittynyt	
<b>Lapin AMK</b>	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja)	Tehtävänimike	
	Toimipaikka ja osoite	Käytönaika	
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>			
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämät ohjeet ja neuvot. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttisuhteissa työssä.		
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetoimintamallin mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansittu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkistaan sähköisessä muodossa Thesis-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tiivistettuna että sähköisessä muodossa.		
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen ehdot noudattamalla ammattikorkeakoulun omaat oikeudet säilyvät voimassa.		
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhdessä keksijöistä. Mahdollisista keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen ohjeita. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tuloksesta takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuollet ovat vastuussa toisiltaan sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
<b>Lisäksi sovitaan</b>			
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulevan luottamustietoon sisältyvistä tiedoista. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettäviä tietoja. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisällöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>	
<b>Toimeksiantaja</b>	Rei 27/5/14	Outi Sorikeli	
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 27.5.2014	Taru Heikkinen, Minni Heikkinen	
<b>Lapin AMK</b>	27.5.2014	Jouko Kauppinen	

**LAPIN AMK**<sup>7</sup>  
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN HAASTATELULUPA-ANOMUS

Vastaanottaja: Baruan kunta / perustuksia

Päiväys: 2 / 6 2014

1. Opinnäytetyön luvan anojat	Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma; sairaanhoitaja / terveydenhoitaja Opiskelijat: Helikka Tarja, Illikainen Hillevi
2. Opinnäytetyön aihe	Kotihoitohenkilöstön hyvinvointiteknologiaosaaminen Lapissa
3. Opinnäytetyön tarkoitus	Selvittää kotihoidossa käytössä olevaa hyvinvointiteknologiaa sekä kotihoitohenkilöstön hyvinvointiteknologiaosaamista.
4. Opinnäytetyön kohderyhmä	Kotihoitohenkilöstö
5. Aineistonkeruumenetelmä	Haastattelu
6. Aineiston keruun arvioitu ajankohta	Kesä 2014
7. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Kevät 2015
8. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksyminen	27 / 5 2014 <i>Sirpa Kauklainen</i> Sirpa Kauklainen / Ohjaaja
9. Opinnäytetyön tekijät puh.numero ja sähköpostiosoite	Helikka Tarja Illikainen Hillevi

Tutkimuskohteen esimiehen / esimiesten lausunto

Hyväksytty anomuksen mukaisena X

Hyväksytty korjauksin \_\_\_\_\_

Hylätty \_\_\_\_\_

Päiväys 2 / 6 2014

Allekirjoitukset Helena Pekkala - Vilhunen  
HELENA PEKKALA - VILHUNEN



**OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELULUPA-ANOMUS**

Vastaanottaja: Ylitornion kunta / perusterveydenhuolto

Päiväys: 4 / 6 2014

1. Opinnäytetyön luvan anojat	Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma; sairaanhoitaja / terveydenhoitaja Opiskelijat: Heikka Tarja, Illikainen Hillevi
2. Opinnäytetyön aihe	Kotihoitohenkilöstön hyvinvointitekniikkaosaaminen Lapissa
3. Opinnäytetyön tarkoitus	Selvittää kotihoitossa käytössä olevaa hyvinvointitekniikkaa sekä kotihoitohenkilöstön hyvinvointitekniikkaosaamista.
4. Opinnäytetyön kohderyhmä	Kotihoitohenkilöstö
5. Aineistonkeruumenetelmä	Haastattelu
6. Aineiston keruu arvioitu ajankohta	Kesä 2014
7. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Kevät 2015
8. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksyminen	27 / 5 2014  Sirpa Kaukiainen / Ohjaaja
9. Opinnäytetyön tekijät puh.numero ja sähköpostiosoite	Heikka Tarja Illikainen Hillevi

Tutkimuskohteen esimiehen / esimiesten lausunto

Hyväksytty anomuksen mukaisena

Hyväksytty korjauksin

Hylätty

Päiväys 17 / 6 2014

Allekirjoitukset 

Sirpa Kaukiainen  
perusterveydenhuolto  
Ylitornion kunta

