



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Netta Ritari e1601256

ALVAR-PALVELU KOTIHOIDOSSA

Teknologia osana asiakkaan kohtaamista ja kuntoutumista Vaasan
kaupungin kotihoidossa

Ylempi AMK-tutkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
2019

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Netta Ritari
Opinnäytetyön nimi	Alvar-palvelu kotihoidossa - Teknologia osana asiakkaan kohtaamista ja kuntoutumista Vaasan kaupungin kotihoi- dossa
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	115 + 2 liitettä
Ohjaaja	Hannele Laaksonen

Suomen väestörakenne on ikääntymässä. Tavoitteena on, että iäkäs väestö voisi asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Tämän tavoitteen toteutumiseksi on investoitava terveen ja toimintakykyisen vanhuuden edistämiseen sekä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. Iäkkäiden palveluissa teknologiaa voidaan hyödyntää osana asiakkaiden omahoitoa, omaishoitajien tukea sekä henkilöstön työtehtäviä. Vaasan kaupungin kotihoito on ottanut digitaaliset palvelut osaksi ikääntyneiden hoitoa ja hyvinvointia. Alvar-palvelumallissa asiakkaille asennetaan kotiin tabletti, jonka välityksellä tehdään asiakkaan luo kotihoidon käynti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kotihoidon Alvar-palvelun toimintaa ja hoitajien työnkuvaa sekä kerätä tietoa uudesta toiminnasta. Tarkoituksena oli tarkastella hoitajien kokemuksia ja kartoittaa heidän mielipiteitään siitä minkälaisia kehittämistarpeita toiminnalla mahdollisesti on. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää toimintaa tulevaisuutta varten. Tutkimus oli kvalitatiivinen teemahaastattelututkimus. Haastateltavina oli kuusi Alvar-palvelussa toimivaa hoitajaa. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan teknologian käyttöönotto Vaasan kaupungin kotihoi-
dossa on vaikuttanut positiivisesti hoitohenkilökuntaan ja hoitotyön laatuun. Asiakkaat ovat teknologian välityksellä saaneet kotiinsa kaikkia kuntoutuksen muotoja ja heidän hyvinvointinsa on kaikilla osa-alueilla lisääntynyt. Asiakkaiden kohtaaminen teknologian välityksellä koettiin laadukkaaksi, asiakaslähtöiseksi ja autonomiaa kunnioittavaksi. Havainnointiin teknologian välityksellä koettiin liittyvän haasteita. Kehitettävää olisi palvelun laajuudessa ja sujuvuudessa. Henkilöstöön liittyviä kehityskohteita olivat työtilat, henkilökunnan vähyys ja työvuorot sekä koti-
hoi-
dossa olevat ennakoasenteet, muutosvastarinta ja informaationkulun ongelmat. Tutkimustuloksista voidaan nähdä, millaisia vaikutuksia teknologian käyttöönotolla on ollut hoitohenkilökunnalle ja asiakkaille. Tuloksia voidaan hyödyntää, kun suunnitellaan palvelun kehittämistä.

Avainsanat teknologia, hoitotyö, kehittäminen, kuntouttava työote

ABSTRACT

Author	Netta Ritari
Title	Alvar- Service in Homecare – Technology as a Part of Encountering the Client and Rehabilitation in Homecare in Vaasa
Year	2018
Language	Finnish
Pages	115 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Hannele Laaksonen

The population structure in Finland is ageing. The goal is that elderly people can live in their own homes as long as possible. In order to reach this goal, investments must be done to promote health and the elderly people's ability to function. There should also be more and different forms of rehabilitation. In elderly care technology can be utilised as part of clients' self care, as a support for carers and also in different work tasks. Homecare in Vaasa has taken technology as part of the care and welfare of elderly. In Alvar-service tablet computers will be installed to the home care clients' home and this computer will be used to carry out the home care visit with the client.

The purpose of this research was to research the Alvar-service in homecare and job description of nurses working there, as well as to collect information about this new form of service. The purpose was to describe nurses' experiences and to find out what kind of development needs there are according to them. The aim was to the service for the future. The research was a qualitative theme interview. The interviewees were six nurses working in Alvar service. The research material was analysed using the qualitative content analysis method.

According to results, technology has had positive outcomes to employees and to the quality of homecare. By using technology, the clients have received all forms of rehabilitation in their own homes and their wellbeing has increased in all areas. Encountering of the clients through technology was experienced to be high quality, client-oriented and also respectful of the clients' autonomy. There were some challenges related to observation the clients through technology. The scope and fluency of the services should be developed. Other development needs related to the personnel include the facilities, the small number of employees, work shifts, prejudices, resistance towards change and problems in communication. The results show how technology has affected the employees and the clients. The research results can be utilised when planning the developing of the service.

Keywords Technology, nursing, developing, rehabilitative approach

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	10
2	OPINNÄTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	13
3	TUTKIMUSKONTEKSTINA KOTIHOITO	14
	3.1 Kotihoidon palvelut ikääntyville.....	16
	3.2 Hoitajien toimenkuva kotihoidossa.....	19
	3.3 Kotihoito Vaasan kaupungissa.....	22
4	TEKNOLOGIA KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TOTEUTUKSESSA.	25
	4.1 Kuntouttava työote iäkkäiden kotihoidossa	25
	4.1.1 Kuntouttavan työotteen erityispiirteitä.....	30
	4.1.2 Asiakkaan kohtaaminen ja havainnointi iäkkäiden kuntouttavassa hoitotyössä	33
	4.2 Teknologia ikääntyneiden kotihoidossa.....	37
	4.3 Alvar-palvelu Vaasan kaupungin kotihoidossa	42
5	TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO	44
	5.1 Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta.....	44
	5.2 Tutkimusote	45
	5.3 Tutkimusaineiston keruu ja kuvaus	46
	5.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	48
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	53
	6.1 Teknologian avulla toteutettavan hoitotyön vaikutukset kotihoitoon.....	53
	6.1.1 Teknologian vaikutukset kotihoidon hoitajiin	54
	6.1.2 Teknologian vaikutukset kotihoidon työn laatuun.....	58
	6.2 Asiakkaiden kuntoutuminen teknologian välityksellä.....	61
	6.2.1 Fyysisen kuntoutuksen tukeminen	62
	6.2.2 Psyykkisen kuntoutuksen tukeminen	64
	6.2.3 Sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen	67

6.3	Asiakkaiden kohtaaminen ja havainnointi teknologian välityksellä.....	69
6.3.1	Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt.....	70
6.3.2	Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteet.....	72
6.3.3	Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavat tekijät.....	74
6.4	Palvelun kehittämiskohteet	76
6.4.1	Palvelun laajuuden kehittäminen	77
6.4.2	Palvelun sujuvuuden kehittäminen	78
6.4.3	Henkilöstöön liittyvä kehittäminen	81
7	POHDINTA.....	84
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	84
7.1.1	Teknologian vaikutukset hoitohenkilökuntaan ja hoitotyön laatuun.....	84
7.1.2	Asiakkaiden fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kuntoutus teknologian avulla.....	87
7.1.3	Asiakkaiden havainnointi ja kohtaaminen teknologian välityksellä.....	91
7.1.4	Alvar-palvelun kehityskohteet	94
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	98
7.3	Tutkimuksen eettisyys	101
7.4	Jatkotutkimusehdotuksia.....	104
	LÄHTEET.....	107

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

- Kuvio 1.** Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden lukumäärien ikävakioitu ja suhteellinen osuus ikäryhmittäin sukupuolen mukaan vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi on 2001. s. 18
- Kuvio 2.** Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmitäisten osuuksien kehitys vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi 2001. s. 19
- Kuvio 3.** Ympäri vuorokautisen hoidon ikävakioitu kehitys ja suhteellisten osuuksien kehitys sukupuolen mukaan. Ympäri vuorokautiseen hoitoon on laskettu mukaan tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveystieteiden vuodeosastohoito. Vertailuvuosi 2001. s.19
- Taulukko 1.** Esimerkki aineiston redusoinnista. s.49
- Taulukko 2.** Esimerkki aineiston ryhmittelystä alakategorioihin. s.50
- Taulukko 3.** Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä yläkategorioihin. s.51
- Taulukko 4.** Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain s.52
- Taulukko 5.** Muutoksien työnkuvassa alaluokat. s.53
- Taulukko 6.** Hoitajalta vaadittavien kompetenssien alaluokat s.54
- Taulukko 7.** Työhyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden alaluokat. s.55
- Taulukko 8.** Teknologian tuomien mahdollisuuksien alaluokat. s.57
- Taulukko 9.** Hoitotyön laadun paranemisen alaluokat. s.58
- Taulukko 10.** Kotihoitoa helpottavien tekijöiden alaluokat. s.58
- Taulukko 11.** Toisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain. s.60

Taulukko 12. Omatoimisuuden tukemisen alaluokat.	s.61
Taulukko 13. Toimintakyvyn paranemisen alaluokat.	s.62
Taulukko 14. Elämänlaadun tukemisen alaluokat.	s.63
Taulukko 15. Autonomian vahvistumisen alaluokat.	s.64
Taulukko 16. Psykkisen hyvinvoinnin tukemisen alaluokat.	s.65
Taulukko 17. Sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisen alaluokat.	s.66
Taulukko 18. Sosiaalisuuden lisääntymisen alaluokat.	s.67
Taulukko 19. Kolmannen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.	s.68
Taulukko 20. Autonomian kunnioittamisen alaluokat.	s.69
Taulukko 21. Asiakaslähtöisyyden alaluokat.	s.70
Taulukko 22. Laadukkaan vuorovaikutuksen alaluokat.	s.71
Taulukko 23. Fyysisen läsnäolon puutteen alaluokat.	s.72
Taulukko 24. Havainnoinnin erilaisuuden alaluokat.	s.72
Taulukko 25. Laadukkaan kirjaamisen alaluokat.	s.73
Taulukko 26. Hoitajan ammattitaidon merkityksen alaluokat.	s.74
Taulukko 27. Neljännen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.	s.75
Taulukko 28. Asiakasryhmien kehityskohteiden alaluokat.	s.76
Taulukko 29. Palvelun sisällön kehityskohteiden alaluokat.	s.77
Taulukko 30. Toimintaan liittyvien kehityskohteiden alaluokat.	s.78

Taulukko 31. Käytäntöön liittyvien kehityskohteiden alaluokat.	s.78
Taulukko 32. Teknisten kehityskohteiden alaluokat.	s.79
Taulukko 33. Työtiloihin liittyvien kehityskohteiden alaluokat.	s.80
Taulukko 34. Henkilöstöön liittyvien kehityskohteiden alaluokat.	s.81
Taulukko 35. Kotihoidossa olevien kehityskohteiden alaluokat.	s.81

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Teemahaastattelu-runko**LIITE 2.** Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan toimintaan ja painotuksiin vaikuttavat yhteiskunnalliset muutokset ja sosiaali- ja terveystaloudelliset linjaukset. Kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna kehittämispaineita aiheuttaa kansansairauksien lisääntyminen ja väestön ikääntyminen. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 14; Lönnroos 2008, 278.) Tällä hetkellä yli 65-vuotiaita suomen väestöstä on reilu miljoona. Lähes miljoona heistä elää arkeaan itsenäisesti ja säännöllisen palvelun piirissä on 150 000 ikääntynyttä. Säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea saa 95 000 henkilöä ja loput, reilu 50 000 säännöllisen palvelun piirissä olevista on tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai perusterveyden huollon pitkäaikaishoidossa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 10-11.)

Vuonna 2050 Suomen väestöstä yksi neljäsosa on täyttänyt 65 vuotta ja 80 vuotta täyttäneiden osuus tulee olemaan 11 %. Tämä osuus on kaksinkertainen nykytilaan verrattuna. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016; Tilastokeskus 2018.) Yhteiskunnan ikääntyminen koskee koko väestörakenteen muutosta, eikä pelkästään ikääntyneiden määrän nousua. Ennusteiden mukaan etenkin vanhimmissa ikäluokissa iäkkäiden määrä kasvaa voimakkaasti, kun taas lasten ja työikäisen väestön määrä laskee. Tämän seurauksena yhteiskunnan tulee mukautua entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Iäkkäät tarvitsevat entistä enemmän yksilöllisesti räätälöityjä palveluita, jotka tukevat ja mahdollistavat iäkkään omatoimisuuden ja turvaavat terveen vanhuuden. Tämä on tärkeimpiä varautumistoimia miten väestön ikääntymiseen voidaan vastata. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 10-13.)

Väestön ikääntyminen edellyttää myös palvelurakenteiden muuttamista. Nykyisenkaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen ei ole taloudellisesti kestävällä pohjalla. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 10-11.) Suomessa on käynnistynyt sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus, joka tunnetaan yleisesti nimellä sote-uudistus. Sote-uudistuksen ta-

voitteena on paremmin saatavilla olevat, laadukkaat ja yhdenmukaiset palvelut kaikille kansalaisille. Sote-uudistusta tarvitaan, jotta pystytään vastaamaan ikääntyvän Suomen palveluntarpeeseen ja sen myötä sosiaali- ja terveystaloudessa tullaan ottamaan käyttöön parhaimmat ja tehokkaimmat toimintatavat. (Valtioneuvosto 2018.) Sote-uudistuksen käynnistyessä on yhä vahvemmin tuotu esille kansalaisten aktiivista roolia oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Yhtenä keskeisenä palvelumuotona tässä tulevat olemaan digitaaliset palvelut. Digitaalisia palveluita ovat laajalti ottaneet käyttöönsä jo kärkihankkeiden edelläkävijäalueet. (Ahonen, Kinnunen, Kouri, Liljamo & Saranto 2016.)

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 26) mukaan iäkkäiden palveluissa teknologiaa voidaan hyödyntää muun muassa osana asiakkaiden omahoitoa, omaishoitajien tukea sekä hoitohenkilöstön työtehtäviä. Tavoitteena on, että iäkäs väestö voisi asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi on investoitava terveen ja toimintakykyisen vanhuuden edistämiseen sekä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Ilvosen (2009, 333&342) mukaan yhteiskunnallisessa keskustelussa nostetaan aika ajoin esille näkemyksiä resurssipulasta ja hoidon huonosta laadusta iäkkäiden hoidossa. Usein puhutaan aliresursoidusta vanhustenhoidosta ja taloudellista tilanteesta. Aina ei kuitenkaan ole kyse vain resurssien lisäämisestä, vaan epäkohtia voidaan korjata myös kehittämistoiminnalla. Tätä kehittämistyötä voidaan tehdä monissa käytännön tilanteissa lähellä iäkästä asiakasta. Hyvin onnistunut kehitystoiminta tukee myös henkilökunnan työhyvinvointia. (Ilvonen 2009, 333&342.)

Teknologian avulla on mahdollista parantaa kotona asuvien pitkäaikaissairaiden hoitoa ja huolenpitoa. Tämän vuoksi on tärkeää lisätä tietoisuutta teknologian mahdollisuuksista. Nykyaikana asiakkaiden kotiin kyetään tuottamaan apuvälineitä ja teknologiaa, jonka turvin huonokuntoinenkin yksilö kykenee elämään kodissaan koko elämänsä aivojen toimintakyvyn sen salliessa. Hoitotyössä käytettävää teknologiaa ovat esimerkiksi teknologian avulla toteutettu hoito ja huolenpito, sähköiset

potilastietojärjestelmät ja teknologian avulla toteutettu kommunikaatio. Teknologiaa ei tule kuitenkaan nähdä hoidon korvaajana, vaan pikemminkin sen täydentäjänä ja tukijana. (Nilsson 2017, 86-88.)

Vaasan kaupungin kotihoito on ottanut digitaliset palvelut osaksi ikääntyneiden hoitoa ja hyvinvointia. Tämä palvelu on saanut nimen Alvar-kuvapuhelinpalvelu (myöhemmin Alvar-palvelu). Alvar-palvelumallissa asiakkaille asennetaan kotiin tabletti, jonka välityksellä tehdään asiakkaan luo kotihoidon käynti. Nämä käynnit korvaavat hoitajan fyysisen läsnäolon. Esimerkiksi päivälääkkeidenotto voidaan suorittaa kuvapuhelimen välityksellä, jolloin hoitajaa ei fyysisesti paikalle tarvita. Päivän kaikkia kotihoidon käyntejä ei kuitenkaan tulla korvaamaan teknologian välityksellä tapahtuvalla käynnillä. Toiminta aloitettiin henkilökunnan tiedottamisesta ja perehdyttämisestä Alvar-palvelun toimintaan. Syksyllä 2017 aloitettiin kartoitus Vaasan kaupungin kotihoidon asiakkaista, joille oli tarkoituksena aloittaa kuvapuhelinhoitajapalvelu.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kotihoidon Alvar-palvelun toimintaa ja hoitajien työnkuvaa, sekä kerätä tietoa tästä uudesta toiminnasta. Tarkoituksena on tarkastella hoitajien kokemuksia kyseisestä toiminnasta ja kartoittaa heidän mielipiteitään siitä, minkälaisia kehittämistarpeita toiminnalla mahdollisesti on. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toimintaa tulevaisuutta varten. Haastatteleamalla juuri toiminnassa mukana olevia hoitajia saadaan käytännön tietoa toiminnasta ja sen mahdollisista kehittämistarpeista. Haastatteluista saatavan tiedon pohjalta voidaan saada myös ideoita tulevaisuutta varten toiminnan laajentamisen kannalta. Toimintaa on mahdollista laajentaa aloituksen jälkeen huomattavasti. On tärkeää kerätä kokemuksia ja kehittämisideoita toiminnasta heti alussa, jotta toiminta saadaan mahdollisimman tehokkaasti käyntiin. Tulevaisuudessa teknologian hyödyntäminen hoitotyössä on entistä suuremmassa asemassa.

2 OPINNÄTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kotihoidon Alvar-palvelun toimintaa ja hoitajien työnkuvaa. Tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia kyseisestä toiminnasta ja heidän mielipiteitään siitä minkälaisia kehittämistarpeita toiminnalla mahdollisesti on. Palvelun arvioiminen toiminnan alkuvaiheessa on tärkeää, jotta toimintaa voidaan joustavasti kehittää

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla toimintaa voidaan kehittää tulevaisuutta varten. Haastattelemalla juuri toiminnassa mukana olevia hoitajia saadaan käytännön tietoa toiminnasta ja sen mahdollisista kehittämistarpeista. Haastatteluista saatavan tiedon pohjalta voidaan saada myös ideoita tulevaisuutta varten toiminnan mahdolliseen laajentamiseen.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten teknologia muuttaa kotihoidon toimintaa?
2. Miten käynnistetty toiminta tukee asiakkaan fyysistä-, psyykkistä- ja sosiaalista kuntoutumista?
3. Miten teknologian välityksellä tapahtuva hoitotyö vaikuttaa asiakkaan havainnointiin ja kohtaamiseen?
4. Miten toimintaa voitaisiin kehittää ja laajentaa?

3 TUTKIMUSKONTEKSTINA KOTIHOITO

Kotihoidon ja -palveluiden lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on tarkoitus tukea kotona selviytymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Kotipalvelulla tarkoitetaan toimintaa, jossa asiakasta avustetaan tai hänen puolestaan suoritetaan hoitoon ja huolenpitoon, asumiseen, toimintakyvyn ylläpitämiseen, asiointiin sekä muihin päivittäisiin elämään kuuluvia toimintoja tai tehtäviä (L1301/2014).

Avun tarve voi johtua esimerkiksi sairaudesta tai alentuneesta toimintakyvystä. Kotipalvelua voivat saada ikääntyneet, vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut, sekä lapsiperheet, jos se on välttämättömää lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Kotipalvelua täydentämässä ovat erilaiset tukipalvelut, jotka usein ovatkin ensimmäisiä palveluita joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalveluja ovat muun muassa ateriapalvelu, kauppapalvelu ja kuljetuspalvelu. Kunta voi tuottaa tukipalvelut itse tai ostaa ne yksityiseltä palveluntuottajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kotipalvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen. Palvelut voivat olla joko kunnan tuottamia tai kunnan yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta ostopalveluina hankittuja. Asiakkaan on mahdollista hankkia kotihoitopalveluita myös suoraan yksityiseltä palveluntuottajalta omakustanteisesti. (Ikonen 2015, 18.) Useimmissa kunnissa palveluja saa myös iltaisin ja viikonloppuisin sekä nykyään myös yöpartiot ovat melko yleisiä. Kotipalvelun maksut määräytyvät sen mukaan onko palvelu tilapäistä vai onko avuntarve jatkuvaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kuntien tulee järjestää myös alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidon voi olla tilapäistä tai asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista moniammatillisesti toteutettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua, joka tapahtuu potilaan asuinpaikassa. Hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet, joita kotisairaanhoidossa käytetään, sisältyvät hoitoon.

(L30.12.2010/1326.) Kotisairaanhoidon tarkoituksena tukea sairaan henkilön kotona selviytymistä tai sairaalasta kotiutumista sekä tukea henkilön omaisia kotihoivossa. Kotisairaanhoidon ovat kaikki sairaanhoidolliset toimenpiteet, jotka suoritetaan asiakkaan kotona, kuten näytteidenotto, erilaiset mittaukset, haavanhoidot ja asiakkaan lääkityksen- ja voinnin seuraaminen. (Ikäihmisen kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017, 3.)

Sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu ja terveydenhuoltolakiin perustuva kotisairaanhoido on kunnan mahdollista yhdistää yhtenäiseksi kotihoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa niin, että hän voi asua kotona turvallisesti mahdollisimman pitkään (Ikonen 2015, 15-18.) Kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella yhdessä asiakkaan kanssa laadittavaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Sen toteutumista seurataan ja sitä tarkastetaan palvelutarpeen muuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018; Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 79.)

Kotihoidossa palvelunohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä ja sen tulee korostaa asiakkaan etua (Ikonen 2015, 68). Zechnerin ja Valokiven (2009, 154) mukaan hoivan ja avun tarpeen ilmetessä on tärkeää, että asiakas kykenee ilmaisemaan muille, että hänen toimintakykynsä on jollain tavalla heikko ja, että hänellä on hoivan tarve. Hoivantarpeesta keskustellaan yleensä läheisten ja eri palveluissa työskentelevien kanssa. Asiakkaan kannalta tämä saattaa olla ristiriitainen tilanne, koska harva on innokas tai halukas keskustelemaan omista vajavaisuuksistaan. Ikonen (2015, 69) mukaan palveluohjaus on kokonaisvaltainen prosessi, jonka tavoitteena on asiakkaan kokonaistilanteen edistäminen. Asiakkaan kokonaistilanne arvioidaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Oikea-aikaisen ja huolellisen tarpeiden arvioinnin ja suunnittelun avulla asiakas saa määrältään ja laadultaan juuri sellaista palvelua, jota hän sillä hetkellä tarvitsee. (Ikonen 2015, 69.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) kotihoidon laskennan mukaan marraskuussa 2017 säännöllisen kotihoidon asiakkaana oli 73 804 henkilöä. Kotihoidonlaskentatiedot kerätään kunnallisista ja yksityisten palveluntuottajien asiakkaista. Laskenta tehdään asiakkaista, joilla 30.11. on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma, tai he saavat muuten säännöllisesti kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai päiväsaaralpalvelua niin, että heidän luo on tehty vähintään yksi käynti marraskuun jokaisella viikolla. Omaishoidontukea saavat asiakkaat otetaan mukaan laskentaan, vaikka he eivät saisikaan palveluita kotiin. Laskentaan otetaan mukaan myös asiakkaat, jotka käyvät marraskuussa vähintään kerran viikossa vanhusten hoidollisessa päivähoitossa. Päiväkeskustoimintaa eikä sen antamaa viriketoimintaa oteta mukaan laskentaan. Laskennan ulkopuolelle jätetään asiakkaat, jotka ovat laskentapäivänä laitoshoidossa tai palveluasumisessa, vaikka heillä olisikin voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

3.1 Kotihoidon palvelut ikääntyville

Kotihoito on iäkkäiden yleisin sosiaalipalvelu (Kelo ym. 2015, 83). Valtakunnallisena tavoitteena on, että iäkkäiden palvelut järjestettäisiin ensisijaisesti niin, että asiakas saisi ne kotiin tai ne olisivat kotoa käsin saavutettavissa. Laitoshoitoon turvaututaan vain, jos muut vaihtoehdot eivät ole mahdollisia ja silloinkin se pyritään suunnittelemaan määräaikaiseksi. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tulee palvelujärjestelmässä olla tarjolla riittävästi asiakkaiden tarpeisiin vastaavia vaihtoehtoja. Tämä tarkoittaa muun muassa kotihoitoon panostamista, kotikuntoutusta ja kotisairaalaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17.)

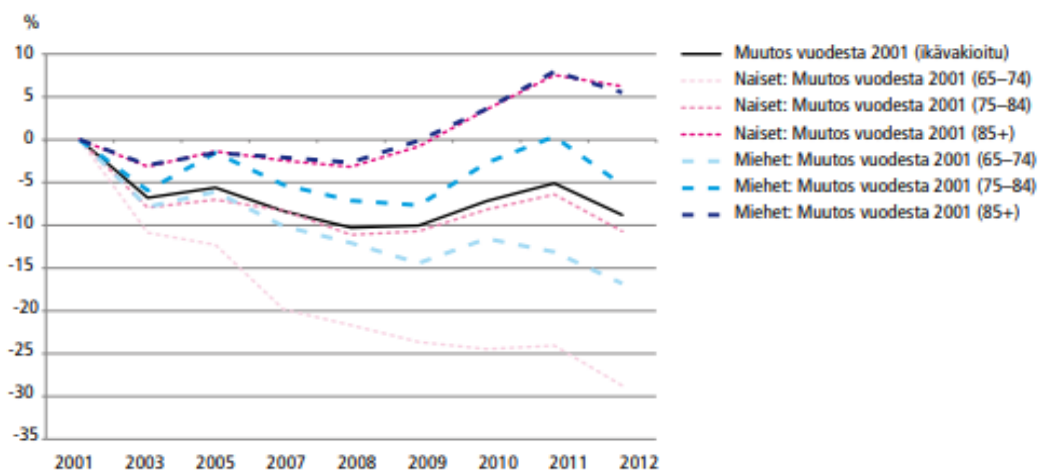
Öreslandin (2017, 94) mukaan kotihoidon perimmäisenä tavoitteena onkin hidastaa tai estää iäkkäiden pitkäsaikais- tai akuuttiin laitoshoidon joutumista. Tämä luo paljon paineita ja vaatimuksia kotihoitoon. Valta (2008, 107) toteaa väitöskirjassaan, että iäkkäiden hyvän kognitiivisen tilan ylläpito turvaa itsenäistä suoriutumista kotona. Erilaiset sairaudet, vaivat tai lääkkeiden runsaus eivät ole este kotona asumiselle ja suoriutumiselle. Oleellisia tekijöitä kotona itsenäisen suoriutumisen kannalta ovat myös läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö sekä henkiset voimavarat.

Gustavssonin ym. (2011, 731) mukaan etenkin kognitiivisilla häiriöillä on vaikutusta yksilön päivittäisiin toimintoihin ja tämä lisää yksilön hoidon tarvetta. Yleisin kognitiivinen häiriö ikääntyneillä on Alzheimerin tauti. Turjamaa (2014, 49) esittää tutkimuksessaan, että jotta iäkkäiden kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään voitaisiin parhaalla mahdollisella tavalla tukea, tulee kotihoidon ammattilaisten tunnistaa asiakkaiden yksilölliset tarpeet. Asiakkaiden oma näkökulma tulee ottaa huomioon palveluita ja hoitoa suunniteltaessa. Hoidon tulee olla yksilöllisesti suunniteltua ja sen tulee ottaa huomioon asiakkaan voimavarat ja näkemykset, sekä hänen sosiaaliset suhteensa. (Gustavsson ym. 2011, 731.)

Vuoden 2013 heinäkuussa tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, joka tunnetaan myös nimellä vanhuspalvelulaki (L28.12.2012/980). Tämä laki antaa selvän suunnan iäkkäiden henkilöiden palveluiden parantamiselle. Lain tavoitteena on kuntien palvelurakenteiden muokkaus niin, että iäkkäiden henkilöiden hoito ja huolenpito voitaisiin toteuttaa suurimmaksi osaksi henkilön kotona tai kodinomaisessa asuinympäristössä. (Kelo ym. 2015, 76; Noro & Alastalo 2014, 7.) Nykyään kotihoidossa annetaan ympärivuorokautista hoitoa ja ikääntyneitä hoidetaan kotona elämänsä loppuun saakka. Perinteisen laitoshoidon sijaan yhä enemmän myös ikääntyneiden saattohoito toteutetaan kotihoidossa tai palveluasumisessa. (Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö 2017, 15.)

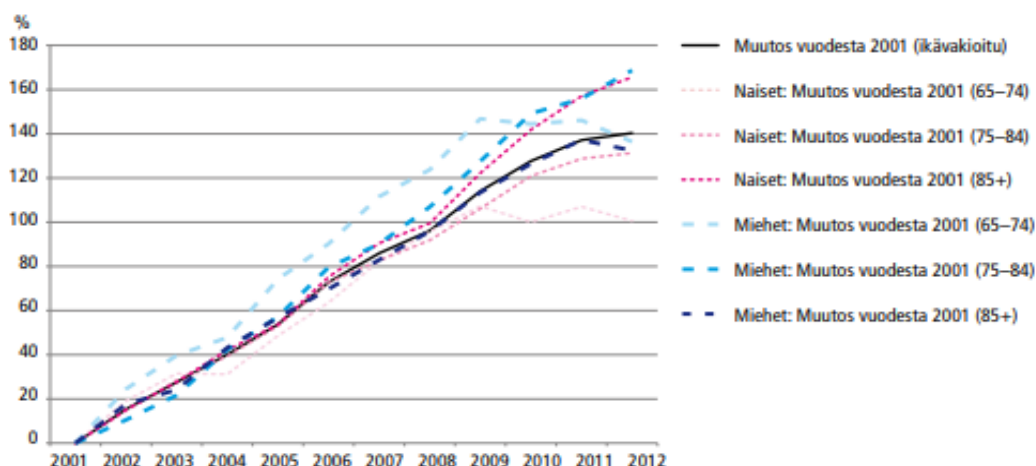
Kelon ym. (2015, 77) mukaan Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on pystytty osoittamaan ikääntyneiden sosiaalipalveluihin panostamisella olevan vähentävä merkitys terveystalvveluiden käyttöön ja kustannuksiin. Siksi ikääntyneiden palveluihin pyritäänkin panostamaan yhä enemmän, esimerkiksi nykyisen hallituksen yksi kärkihankkeista on ”kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa”. Hankeen tavoitteena ovat yhdenvertaiset, hyvin järjestetyt ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. Kärkihankkeen toimeenpanoon on myönnetty valtionavustusta kahdeksalle alueelliselle kokeilulle, jotka toteutetaan vuosina 2016-2018. Hankkeissa luodaan koti- ja omaishoitoon malleja, joita voidaan ottaa valtakunnalliseen käyttöön. (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2018.)

Säännöllisen kotipalvelun piirissä olevissa ikäryhmissä ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä on asiakas määrässä tapahtunut sekä lisääntymistä että vähenemistä. Etenkin yli 85-vuotiailla asiakkailla kotihoidon tarve on lisääntynyt. 65-74-vuotiaiden osuus kotihoidon asiakkaista on taas reippaasti vähentynyt sukupuoleen katsomatta. Jos väestön ikääntymisen vaikutus poistetaan palveluiden määrien kehityksestä, on säännöllinen kotihoito ja tukipalvelut vähentyneet (Kuvio 1.). Säännöllisen palveluiden piirissä olevien asiakasmäärien väheneminen ei kuitenkaan suoraan kerro toimintatapojen muuttumisesta, vaan se voi kertoa hoitoon pääsy kriteerien tiukentumisesta. (Noro, Mäkelä, Jussmäki & Finne-Soveri 2014, 19&28-29.)

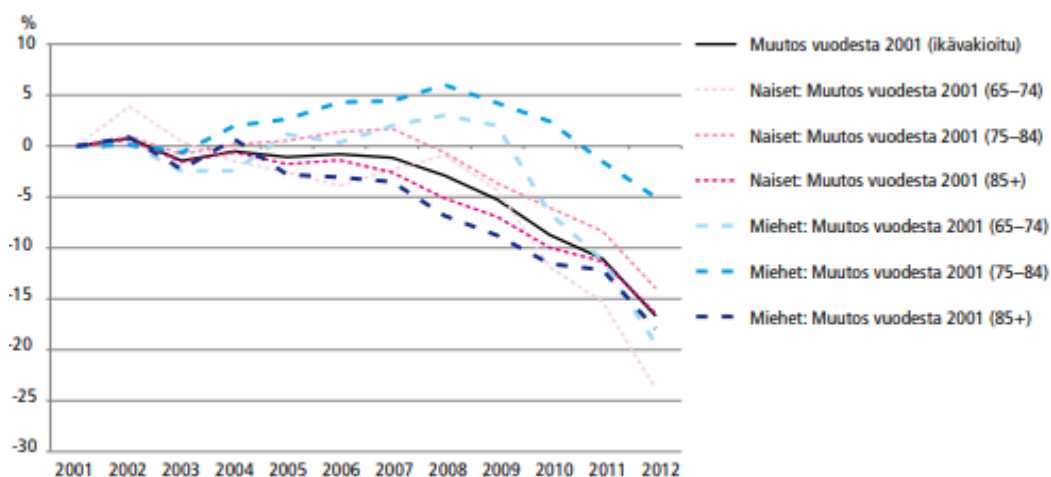


Kuvio 1. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden lukumäärien ikävakioitu ja suhteellinen osuus ikäryhmittäin sukupuolen mukaan vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi on 2001. (Noro ym. 2014, 24.)

Tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt huomattavasti (Kuvio 2.) ja samaan aikaan ympärivuorokautinen hoito, eli laitoshoido, on vähentynyt (Kuvio 3.) (Noro ym. 2014, 28). Laitoshoidoa on korvattu runsaasti tehostetulle palveluasumiselle. Ero tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon välillä on pieni, käytännössä nämä kaksi palvelua toisistaan erottavat vain asiakasmaksujen perusteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15.) Kotihoitopainotteisen ikäpolitiikan näkökulmasta arvioiden ikävakioitu muutos osoittaa, että suunta on ollut oikea laitoshoidon vähenemisen kannalta. Kuitenkin myös tavoiteltavat palvelut, säännöllinen kotihoito ja tukipalvelut, ovat vähentyneet. (Noro ym. 2014, 29.)



Kuvio 2. Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmittäisten osuuksien kehitys vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi 2001. (Noro ym. 2014, 25.)



Kuvio 3. Ympäri vuorokautisen hoidon ikävakioidun kehitys ja suhteellisten osuuksien kehitys sukupuolen mukaan. Ympäri vuorokautiseen hoitoon on laskettu mukaan tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastoito. Vertailuvuosi 2001. (Noro ym. 2014, 26.)

3.2 Hoitajien toimenkuva kotihoidossa

Ajatus siitä, että iäkkään ihmisen on sairaanakin parasta asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista, on yleisesti hyväksytty niin iäkkäiden ja heidän omaistensa, kuin suuren yleisön ja poliitikkojenkin johdosta (Jylhä, Forma, Aaltonen,

Raitanen & Rissanen 2008, 125). Kun iäkkäitä tuetaan asumaan kotona mahdollisimman pitkään, on kotihoidossa yhä enemmän asiakkaita, jotka tarvitsevat kokonaisvaltaisempaa ja vaativampaa hoitoa. Tämä luo haasteita kotihoidolle. Kotihoidon työntekijöiltä odotetaan laajaa osaamista ja asiantuntemusta muun muassa lääkehoidosta ja eri sairauksista. (Perälä, Hammar & Rissanen 2008, 189.) Hyvä sosiaali- ja terveystalouden laatu ja kohtuullisten kustannukset ovat tulevaisuudessa todennäköisesti yhä enemmän riippuvaisia henkilöstön osaamisesta ja oikeasta henkilörakenteesta (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 2017, 18).

Kotihoidossa hoitajan työnkuva koostuu pääasiassa itsenäisesti tehtävistä kotikäynneistä asiakkaiden luo. Työ on kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. Hoito perustuu yhdessä tiimin ja asiakkaan kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry 2018.) Jodefssonin ja Ljungin (2017, 32&37) sekä Kelon ym (2015, 85) mukaan kotihoidon tiimissä sairaanhoitajan rooli on olla tiiminvetäjä. Sairaanhoitaja jakaa alueensa asiakkaat lähihoitajille ja yhdessä kotihoidon ohjaajan kanssa varmistaa palveluiden laadun.

Rolfin (2016, 82) mukaan kotihoidon työntekijöiden toimenkuvaan kuuluu asiakkaan päivittäisten toimien hoitaminen yhdessä asiakkaan kanssa tai hänen puolestaan. Näitä ovat muun muassa hygienianhoito, ravitsemuksesta huolehtiminen ja lääkehoito. Turjamaa (2014, 49) toteaa väitöskirjassaan, että päivittäisissä toiminnoissa hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, että he työskentelevät yhdessä asiakkaan kanssa eikä hänen puolestaan. Turjamaan mukaan kotihoidossa on havaittavissa toimenpide keskeisyyttä, sekä asiakkaan fyysisiin tarpeisiin vastaamista. Suurempi huomio tulisi keskittää voimavarojen käyttöön. (Turjamaa 2014, 49.)

Koti on paikka, jossa asiakkaalla on oikeus olla oma itsensä, tuntea olonsa turvallisiksi ja noudattaa omia rutiineitaan. Koti mielletään parhaaksi paikaksi saada hoitoa, koska tuttu ympäristö ylläpitää päivittäistä aktiivisuutta, kohottaa itseluottamusta ja suojelee koskemattomuutta. Asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja omaa

tahtoa tulee kunnioittaa. Tähän kuuluu se, että varmistetaan ja vahvistetaan asiakkaan kykyä ja mahdollisuuksia tehdä päätöksiä ja toimia itsenäisesti. (Holmberg, Valmari & Lundberg 2012, 705.)

Holmberg, Valmari ja Lundberg (2012, 705) ovat tutkineet kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta itsemääräämisoikeuden ja kunnioituksen näkökulmasta. Heidän mukaansa hoitajan mennessä kotikäynnille asiakkaan luo, sisältyy siihen molemminpuolisia odotuksia. Hoidettavan arvokkuuden säilymiseksi tulee hoitajan osoittaa kunnioitusta asiakkaan koskemattomuutta, loukkaamattomuutta ja autonomiaa kohtaan. (Holmberg ym. 2012, 705.)

Ikääntyneiden hoitotyössä vaaditaan moniammatillista osaamista ja hyvää yhteistyötä eri tahojen kanssa (Kelo ym. 2015, 2820.) Ikääntymisen hoitamiseen liittyvät ammatilliset osa-alueet voidaan jakaa neljään osaan, jotka ovat substanssiosaaminen, työyhteisöosaaminen, kehittämisosaaminen ja kehittymisosaaminen. Substanssiosaaminen on hoitotyön ydinosaamista, joka vaaditaan ammatissa toimimiseen. Iäkkäiden hoidossa vaaditaan laajaa tieto- ja taitopohjaa, joka perustuu gerontologiaan ja hoitotieteeseen, sekä vanhenemisprosessien ymmärtämiseen. Keskeistä ovat myös muun muassa vuorovaikutus- ja eettinen osaaminen. (Kelo ym. 2015, 282.) Kotihoidossa toimiva hoitaja tarvitsee hyviä vuorovaikutustaitoja, sekä kykyä kohdata asiakas hänen omassa kodissaan (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry 2018).

Työyhteisöosaaminen sisältää sekä organisaation sisäiset yhteistyötaidot, että asiakasosaamisen. Nämä sisältävät muun muassa taidon työskennellä moniammatillisissa tiimeissä ja asiakaspalvelutaitoja. Kehittämisosaaminen on kykyä tunnistaa kehittämiskohteita sekä taitoa soveltaa tietoja käytännön toimien kehittämiseksi. Kehittymisosaaminen sisältää motivaation ja kiinnostuksen oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen ja valmiuden jatkuvaan oppimiseen. (Kelo ym. 2015, 282.)

Itsenäisen työnkuvan vuoksi kotihoidossa vaaditaan päätöksentekotaitoa, mutta tukea saa kuitenkin muilta tiimin jäseniltä (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer

ry 2018). Tiimin ja sen tuen tärkeys on huomattava. Esimerkiksi Noguchi-Watanabelin, Yamamoto-Mitanin ja Takain (2016, 4-7) tutkimustulokset korostavat sekä kollegoiden, että esimiesten tuen tärkeyttä kotihoidon työntekijöille. Kotihoidon työntekijät kokivat tärkeäksi sen, että he saivat tehdä itsenäisiä päätöksiä mutta päätösten tukena oli kokeneempi kollega, sekä tiedon siitä, että pahan paikan tullessa he saavat tukea kollegoilta. Tämä lisäsi työntekijöiden työmotivaatioita ja ammatillista kasvua. (Noguchi-Watanabelin ym. 2016, 4-7.)

3.3 Kotihoito Vaasan kaupungissa

Vaasan kaupungilla kotihoidon palvelualueeseen kuuluvat alueellinen kotipalvelu, kotisairaanhoido, omaishoido sekä kotona asumista tukevat palvelut. Kotihoidon palvelualueella on yksi johtaja. Alueellinen kotipalvelu on Vaasan kaupungissa jaettu seitsemään alueeseen. Nämä seitsemän aluetta on edelleen jaettu yhteensä 22 tiimiin. Jokaisella tiimillä on oma nimetty sairaanhoitaja, jonka lisäksi siihen kuuluu alueen suuruudesta riippuen noin 10-15 lähihoitajaa. Jokaisella alueella toimii myös fysio- ja toimintaterapeutti. (Vaasan kaupunki 2018.) Asiakkaan palvelut perustuvat henkilökohtaiseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Palveluntarpeen arviointi on aina asiakaslähtöistä ja sen lähtökohtana on asiakkaan omat päätökset hänen elämäänsä koskevissa valinnoissa. (Vaasan kotihoidon palvelukuvaus 2016.) Kun avun tarve on jatkunut 3-6 viikkoa, voidaan asiakkuus siirtää säännöllisen kotihoidon piiriin (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2018).

Kotipalvelulla tarkoitetaan suunnitelmallista ja kokonaisvaltaista perushoitoa, huolenpitoa sekä jokapäiväiseen elämään liittyvää hoitoa ja palveluita. Tämä sisältää muun muassa asiakkaan lääkehuollon, hygienian hoidon ja ruokailuissa avustamisen. Vaasan kaupungilla kotipalvelua pystytään järjestämään ympärivuorokautisesti. (Vaasan kaupunki 2018.) Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistaminen ja organisaatiossa työskentelevien ammattiryhmien oikeudet osallistua hoitotyöhön määritellään lääkehoitosuunnitelmassa (Vaasan kotihoidon palvelukuvaus 2016). Kotisairaanhoidon palveluita myönnetään henkilölle, joka sairautensa tai toimintakykynsä alentumisen vuoksi eivät voi käyttää muita avoterveydenhuollon ja sai-

raanhoidon palveluita (Vaasan kaupunki 2018). Terveys- ja sairaanhoito toteutetaan asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti (Vaasan kotihoidon palvelukuvaus 2016).

Tukipalveluina annetaan ateria-, kauppa-, kylvetys-, kuljetus- ja turvapalveluita. Asiakkaat voivat käydä aterioimassa palvelukeskuksissa tai aterioita voidaan lähettää asiakkaiden kotiin. Kylvetyspalvelu järjestetään Tammikartanon ja Ruukinkartanon palvelukeskuksissa, palveluun sisältyvät kuljetukset. Kotipalvelun kautta asiakkailla on mahdollisuus hakea myös turvapuhelinta. (Vaasan kaupunki 2018.) Kotipalvelun tehtäviin kuuluu myös päivittäinen asiakkaan kodin siisteyden ylläpito. Siistimistä myönnetään kuitenkin vain asiakkaille, joilla on päivittäiset hoiva-avut käytössä. Pelkkää kodinhoitoa ei myönnetä, vaan tällöin asiakas ohjataan käyttämään yksityisten palvelun tuottajien palveluita. (Vaasan kotihoidon palvelukuvaus 2016.) Kotihoito pyrkii jatkuvaan kehitykseen. Iäkkään väestön kasvaessa kotihoitossa käytetään myös teknologiaa osana kotihoitoa. Alvar-kuvapuhelinpalvelu on yksi kotihoidon muodoista. (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2018.) Alvarpalvelu esitellään tarkemmin luvussa 4.2.1.

Vaasan kaupungin kotihoito toteuttaa palveluitaan asiakaslähtöisestä ja kuntouttavalla työotteella, joka edistää asiakkaitten toimintakykyä. Asiakkaiden itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämän hallintaa tuetaan. (Vaasan kotihoidon palvelukuvaus 2016.) Kotihoidon tarkoituksena on tarjota asiakkailleen mahdollisuus viettää täysipainoista elämää omassa kodissaan, sekä antaa yksilön tarpeita vastaava tukea ja hoitoa ympärivuorokautisesti tilapäisen tai pitkäaikaisen avuntarpeen mukaan. Kotihoidon arvoperustana ovat ihmisarvon kunnioittaminen, asiakaslähtöisyys turvallisuus, oikeudenmukaisuus, osallisuus ja vaikuttavuus. Kotihoidossa kunnioitetaan asiakkaiden yksityisyyttä, henkilökohtaisia elämänarvoja ja elämäntähtämyksiä. (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2018.)

Vaasan kaupungin kotihoitossa korostetaan kuntouttavaa työtä ja asiakkaita kannustetaan käyttämään omia voimavarojaan kotona selviytymisessä. Kotihoidon asiakkaan kotikuntoutus perustuu asiakkaalle tehtyyn RAI-arviointiin. Asiakkaalle voidaan aloittaa määräaikainen kotikuntoutusjakso, jos hänen arvioidaan hyötyvän

aktiivisesta kuntoutuksesta. Kotihoidon kuntoutuksen tavoitteena on edistää asiakkaiden toimintakykyä sekä parantaa ja ylläpitää heidän elämänlaatuaan ja mahdollisuuksiaan asua kotona. (Kotihoidon omaevalvontasuunnitelma 2018.)

Kotihoitoon kuuluu myös kotiuttamistiimi, jonka tavoitteena on varmistaa, että asiakas kotiutuu mahdollisimman nopeasti, turvallisesti ja sujuvasti esimerkiksi sairaalasta tai päivystyksestä. Tavoitteena on myös hoitoketjun toimivuuden parantaminen yhteistyössä asiakkaiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Kotiuttamistiimiin ohjautuvat erityisesti asiakkaat, jotka tarvitsevat tehostettua kuntoutusta pysyäkseen siirtymään kotiin sairaalasta. Kotiuttamistiimi vastaanottaa myös kotihoidon asiakkaita, joiden arvioidaan hyötyvän intensiivisestä kuntoutusjaksosta kotona ja sen myötä pärjäävänsä ilman kotihoitoa tai vähäisemmällä kotihoidon resursseilla. (Kotihoidon omaevalvontasuunnitelma 2018.)

4 TEKNOLOGIA KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TOTEUTUKSESSA

Teknologian käyttöönottoa pyritään tukemaan terveydenhuollossa (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 386). Käsitteenä hyvinvointitekniologia on erittäin laaja. Yleisesti käsite sisältää tietotekniset ja teknologiset ratkaisut, joilla edistetään ja ylläpidetään terveyttä, hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista. (Kelo ym. 2015, 87.) Ikääntyneiden kohdalla uudenlaisen teknologian hyödyntämisen lähtökohtana tulee olla iäkään henkilön omatoimisuuden sekä itsemääräämisoikeuden tukeminen ja lisääminen (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 26).

Ikääntyneille suunnattua teknologiaa eli geroteknologiaa voidaan hyödyntää osana iäkkäiden fyysistä ja psyykkistä kuntoutusta sekä sen avulla voidaan tukea iäkkäiden toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä kotona (Mäki 2011, 5). Kurki, Lounainen, Laitinen, Puotinen, Vantanen, Eskelinen, Soikkeli & Sarmas (2015, 63) toteavat tutkimus- ja kehittämishankkeensa loppuraportissa, että teknologian hyödyntäminen kuntoutuksessa vahvisti tutkimukseen osallistuneiden toimijuutta. Teknologian merkitys ja arvo perustuivat siihen, että se mahdollisti itsenäisen, ajasta ja paikasta riippumattoman harjoittelun kotona. Pikkaraisen ym. (2013, 91) mukaan avomallinen kuntoutus mahdollistaa asiakkaan kotona asumisen ja normaalin arkielämän kuntoutusprosessin rinnalla. Ideaalitulanteessa kuntoutuksessa esille tulevat ja harjoiteltavat asiat siirtyvät aktiiviseen käyttöön jokapäiväisessä elämässä asiakkaan kotiympäristössä. (Pikkarainen ym. 2013, 91.)

4.1 Kuntouttava työote iäkkäiden kotihoidossa

Ratkaisemmin sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeeseen vaikuttavat ikääntyneen väestön toimintakyky ja terveys kuin ikääntyneiden lisääntynyt määrä sinänsä (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 13). Väestörakenteen vanheneamiseen liittyvistä haasteista on mahdotonta selviytyä pelkästään passiivisten hoito- palveluiden lisäämisellä. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että iäkkäiden itsenäisen

toimintakyvyn ylläpitämiseen panostetaan. (Lönnroos 2008, 278.) Hyvä psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky auttavat selviytymään itsenäisesti arjesta vanhuudessa. Toimintakyvyn kehityksen seurata onkin entistä tärkeämpää, kun väestö ikääntyy. Tämän seurannan pohjalta arvioidaan palveluita ja suunnataan voimavaroja. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Sainion, Koskisen, Sihvosen, Martelin & Aroma (2014, 40) mukaan ainakin osa väestön vanhenemisesta johtuvasta avun- ja hoidon tarpeen lisääntymisestä kompensoituu toimintakyvyn paranemisella. Toimintakyvyn koheneminen on merkittävä voimavara yhteiskunnan sosiaaliselle- ja taloudelliselle kestävyydelle, sillä se luo edellytyksiä sille, että yhä useampi ikääntynyt pystyisi asumaan kotonaan itsenäisesti. Iäkkäiden toimintakykyä pystytään edistämään muun muassa sairauksien ja tapaturmien ehkäisyllä, hyvällä hoidolla, oikea-alaisella kuntouttamisella ja iäkkäiden toimeliaisuuden ja aktiivisuuden edistämällä. Sainio ym. 2014, 40.)

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (L28.12.2012/980) mukaan kuntien on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua suunnitelma toimenpiteistä, joilla iäkkäiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Tässä suunnitelmassa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelmassa tulee olla myös toimenpiteet, joilla iäkkäiden tarvitsemat palvelut omaishoito järjestetään ja miten palveluita kehitetään. Pikkaraisen, Luoman, Vaaran, Salmelaisen ja Röbergin (2013, 302) mukaan kyseinen laki on kuntoutusmyönteinen. Tämä tulee esiin muun muassa lain toimintakykyä, osallisuutta ja hyvinvointia korostavista kohdista. Laissa painotetaan myös asumisen turvallisuutta ja esteettömyyttä, palveluntarpeen kokonaisvaltaista arviointia ja sen seuranta. (Röberg 2013.)

Murto, Sainio, Pentala, Koskela, Luoma, Koponen, Kaikkonen & Koskinen (2016) ovat tehneet alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH), jossa he ovat tutkineet lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista vaikutuksia (L28.12.2012/980) ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja koettuun palvelutarpeeseen 63 vuotta täyttäneiden suomalaisten

keskuudessa. Noron ja Alastalon (2014, 7) mukaan tulokset osoittavat ikääntyneen väestön terveyden ja hyvinvoinnin kohentuneen. Kuitenkin toimintarajoitteet ikääntyneiden keskuudessa ovat edelleen yleisiä. Ikävakioidut luvut osoittavat, että kotihoito, laitoshoido ja tukipalvelut ovat vähentyneet. Vaikka muutos onkin hyvä, silti palveluiden tarve tulevaisuudessa kasvaa, koska kääntyneiden henkilöiden lukumäärä kasvaa. (Noron & Alastalo 2014, 7.)

Kuntouttava työote ja toimintakykyä ylläpitävä työtapu kuuluvat ikääntyneiden hoitoon niin koti- kuin laitoshoidossakin. Ammattilaisten tulee kyetä muun muassa erilaisten toimintakykymittareiden avulla arvioimaan iäkkään toimintakykyä ja kuntoutustarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19.) Kuntoutuksen tukeminen on lähihoitajien ja muiden hoitoalan ammattilaisten työskentelytapu. (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 11). Sosiaali- ja terveysministeriön (2017, 18) julkaisussa painotetaan sitä, että erityisesti kotihoidossa on tunnistettava ikääntyneen omat voimavarat ja niitä tulee hyödyntää. Suvikkaan, Laurellin ja Nordmanin (2011, 61-62) mukaan kotihoidon kuntoutuksen tehtävälueita ovat asiakkaan arjessa selviämisen mahdollistaminen tukemalla asiakkaan omatoimisuutta, sekä kuntoutuksen jatkuvuudesta huolehtimalla. Kun tavoitellaan itsenäistä toimintakykyä tai sen palautumista, on koti ihmisen tärkein toimintaympäristö. (Suvikas ym. 2011, 61-62.)

Kun pyritään tukemaan iäkkäiden itsenäistä selviytymistä arjessa, on huomio kiinnitetty paljolti vaivojen korjaamiseen ja välttämiseen sekä sairauksiin. Yksi olennainen osa ikääntyneiden hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja tukemisessä on kuitenkin myös mielenterveyden edistäminen ja vahvistaminen. (Kelo ym. 2015, 106.) Hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli mielenterveyden tukemisessä (Erdner & Magnusson 2017, 199). Hyvä mielenterveys auttaa ikääntyneitä elämään laadukasta ja aktiivista elämää, mikä parantaa myös fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Kelo ym. 2015, 106). Psyykkisesti huonosti voivat ikääntyneet ovat passiivisempia, mikä vaikuttaa negatiivisesti ikääntyneen aktiivisuuteen ja terveyteen. (Erdner & Magnusson 2017, 199).

Kuntoutumisen tukemisessa ovat pääroolissa asiakkaan toimintakyvyn paranemiseen ja ylläpitämiseen liittyvät tarpeet ja toiveet, ei niinkään asiakkaan hoiva. (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 11.) Kelon ym. (2015, 78) mukaan ikääntyneillä hoivan, hoidon ja kuntoutuksen välillä ei ole selvää rajaa, vaan ne kulkevat rinnakkain. Kuntoutumisen tukemisessa hoitotyössä, tapahtui se missä toimintaympäristössä hyvänsä, ydintoimintoja ovat voimavaralähtöisyys, toimintakyvyn arviointi, kuntoutusprosessin tunteminen, monialainen yhteistyö ja dialogitaidot (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 118).

Hartikaisen ja Lönnroosin (2008, 13) mukaan ihmisten erilaisuus korostuu iän myötä. Tämä erilaisuus näkyy sekä fyysisessä, että henkisessä toimintakyvyssä. Esimerkiksi toinen henkilö ikäluokastaan liikkuu vielä aktiivisesti, kun taas toinen tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Iäkäs on geriatrisessa työssä oman hoitonsa ja kuntoutuksena subjekti. Hänen näkemyksensä ohjaavat koko hoito- ja kuntoutusprosessia. Asiakas arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja tämän arvion pohjalta rakennetaan yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöity hoito ja kuntoutus. Lönnroosin (2008, 278) mukaan iäkkään kuntoutusprosessin suunnittelu ja tavoitteisen asettaminen pohjaavat geriatriseen arviointiin.

Kotihoidon antama, asiakkaan kotona tapahtuva hoito ei ole sinänsä vielä kuntoutusta. Asiakkaan kotona toteutettava päivittäisten toimintojen tukeminen on kuntouttavaa silloin, kun toimintaa ohjaa siihen laadittu kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmalla taataan se, että kaikki työskentelevät saman päämäärän suuntaisesti. Kuntoutussuunnitelmaan voidaan sisällyttää erilaisia arjessa selviytymistä tukevia toimintoja, jotka auttavat ja tulevat kuntoutumisen kaikkia muotoja: fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista. Kotikuntoutuksessa keskitytään asiakkaan arkeen ja pyritään siihen, että hän selviää mahdollisimman itsenäisesti. (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 61-62.) Myös asiakkaat, jotka eivät ole ennen olleet avun tarpeessa voivat saada kotiinsa kotikuntoutusta esimerkiksi lonkkaleikkauksen tai aivohalvauksen jälkeen. Kotikuntoutus tiimiin kuuluvat esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitajia. Intensiivisen kotikuntoutuksen tavoitteena on, että asiakas kuntoutuu omatoimiseksi niin, että hän ei kotikuntoutuksen jälkeen tarvitse kotihoidon apua. (Bökberg & Drevenhorn 2017, 69.)

Hoitajan ajattelu- ja työskentelytapa vaikuttavat hyvin paljon kuntoutumisen etene- miseen ja edistymiseen. Hoitaja voi toimillaan mahdollistaa ja edistää kuntoutu- mista tai ohittaa kuntoutujan tarpeet. (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 122.) Pik- karaisen ym. (2013, 303) IKKU-hankkeen loppuraportin mukaan kotihoitoon tarvi- taan laaja-alaista ja moniammatillista kuntoutusosaamista, sekä konkreettista kun- toutustyötä tekeviä ammattilaisia kotihoidon henkilökunnan rinnalle. Iäkkäille tulee tarjota nopeasti ja joustavasti muun muassa kotiutusvaiheissa moniammatillista ge- rontologista kuntoutusta. (Pikkarainen ym. 2013, 303.)

Vermeulen, Neyens, van Rossum, Spreeuwenberg ja de Witte (2011, 8-11) ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijöistä, jotka tutkimusten mukaan voidaan yhdistää heikkokuntoisuuteen ikääntyneillä, jotka asuvat kotona. Suurem- massa riskissä päivittäisiin toimintakyvyn vaikeuksiin ovat henkilöt, joilla liikunta- kyky on alentunut, tasapaino on heikko, jalkojen liikkuvuudessa on ongelmia ja käden puristusvoima on heikentynyt. Tutkimusten mukaan osa heikkokuntoisuutta ennustavista tekijöistä on yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä. Tehokkaimmin käynnissä oleva toimintakyvyn lasku voi- daan pysäyttää, kun keskitytään lyhyellä aikavälillä ennustaviin tekijöihin. Lyhy- ellä tähtäimellä kävelynopeuden lasku, tasapaino vaikeudet ja fyysisen toimintaky- vyn lasku ennustavat palvelutarvetta. Parhaiten kuntoutuksesta hyötyvä kohde- ryhmä on henkilöt, joilla näitä tekijöitä esiintyy, siksi kuntoutusta tulisi kohdentaa heille. (Vermeulen ym. 2011.)

Koskisen, Pitkälän ja Saarenheimon (2008, 548) mukaan gerontologisen kuntou- tuksen tarkoituksena on tukea ikääntyneiden ihmisten itsenäistä elämää, omatoimi- suutta ja elämänlaatua. Sillä pyritään ikääntyneen sairauksista ja vammoista huoli- matta ylläpitämään ja palauttamaan hänen paras mahdollinen toimintakykynsä. Ke- husmaa (2014, 79) on tutkimuksessaan havainnut, että kuntoutuksen vaikuttavuus- teen kuntoutujan arjessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kuntoutuksen positiiviset vaikutukset tulisi saada osaksi kuntoutujan arkea, jolloin tällä voisi olla posi- tiivista vaikutusta iäkkäiden palveluiden tarpeeseen. Tämän vuoksi kuntoutus olisi hyvä toteuttaa osana ikääntyneen arkea ja jokapäiväistä elämää. (Kehusmaa 2014, 79.)

Moniammatillisen gerontologisen kuntoutuksen tulee tapahtua yhteistyössä itse kuntoutujan ja hänen läheistensä, sekä eri ammattilaisten ja palveluntarjoajien kesken. Kuntoutuspalveluita voi olla suunnittelemassa, toteuttamassa ja kehittämässä myös kolmannen sektorin toimijat. Ideaalitulanteessa kokonaisvaltaisesti suunniteltu kuntoutus tapahtuu yksilö- ja ryhmämuotoisena kuntoutuksena ikääntyneen kotikunnassa ja kotona erilaisten verkostojen kanssa yhteistyössä. Tällöin organisaatioiden rajat ylittyvät ja yhteistyö mahdollistuu. Tämä vahvistaa myös hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista. Tällä saavutetaan sisällöllisiä ja taloudellisia hyötyjä, mutta suurin hyödyn saaja on kuitenkin ikääntynyt itse. (Pikkarainen ym. 2013, 303-304.)

Luoma, Vaara, Röberg, Munkkila ja Mäki (2013, 245-246) toteavat IKKU-tutkimuksessaan, että gerontologinen kuntoutus parantaa iäkkäiden toimintakykyä ja heidän kokemaansa elämänlaatua. Positiivisia vaikutuksia sillä oli elämänlaadun fyysiseen ja psyykkiseen sekä ympäristöön liittyvässä ulottuvuudessa. Elämänlaadun positiivisia vaikutuksia oli muun muassa hallinnan tunteen paranemisena, sekä ahdistuneisuuden ja turvattomuuden tunteen vähenemisenä. Tutkittavat kokivat selviävänsä paremmin arkisissa toiminnoissaan ja heidän luottamuksena omiin kykyihinsä lisääntyi. (Luoma ym. 2013.)

4.1.1 Kuntouttavan työotteen erityispiirteitä

Kuntoutus on perinteisesti mielletty toimenpiteiksi, jotka tähtäävät vammasta, sairaudesta tai viasta johtuvan toimintavajeen korjaamiseen, ennaltaehkäisyyn tai lieventämiseen (Lönnros 2008, 279). Kuntoutumisen tukeminen on kuitenkin hyvin kokonaisvaltaista työtä. Ohjaamisessa on tärkeää motivoida asiakasta toiminaan itse. Hoitajalle haasteellista saattaa olla oman avun mitoittaminen siten, ettei auta asiakasta liikaa vaan kannustaa häntä oma-aloitteisuuteen. On tärkeää toimia voimavaroalähtöisesti, asiakkaan tulee saada hyödyntää omia voimavarojaan mahdollisimman paljon. Positiivisen palautteen merkitys ohjaamisessa on suuri. Positiivisella palautteella asiakkaan itseluottamus kasvaa ja usko omiin mahdollisuuksiin vahvistuu. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 184-186.)

Kuntouttavassa työotteessa hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta näkemään tulevaisuuden mahdollisuuksia toiminnan vajeesta huolimatta toimintakykyä tuke-
malla, apuvälineiden käyttöä ohjaamalla ja tietoa antamalla. Asiakasta avustetaan,
mutta hänen puolestaan ei tehdä asioita, joista hän selviää itsenäisesti hoitajan avus-
tuksella. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan hoitajan työtappaa hoito- ja kuntou-
tustyössä sekä sen moninaisissa tilanteissa. Kuntouttavalla työotteella pyritään pa-
rantamaan asiakkaan toimintakykyä ja auttamaan häntä ottamaan kaikki kykynsä
käyttöön. (Kari ym. 2013, 9-10.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyk-
siä selviytyä jokapäiväisen elämän toiminnoista ja asioista, jotka ovat hänelle mer-
kityksellisiä ja välttämättömiä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Valta
(2008, 25-26) toteaa väitöskirjassaan, että lähes kaikissa tutkimuksissa osana toi-
mintakyvyn määrittelyyn kuuluu päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen. Päivit-
täisen suoriutumisen lisäksi toimintakyvyn käsitteeseen on liitetty yksilön kognitiiv-
iset toiminnot ja eri tunnetiloihin liittyvät tekijät sekä sosiaaliset ja ympäristölliset
tekijät. Kaikkia näitä ei voi mitata toiminnallisilla käsitteillä, mutta silti ne ovat
merkittäviä toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. (Valta 2008, 25-26.)

Toimintakyky voidaan nähdä myös yläkäsitteenä. Tämä yläkäsite sisältää kehon
fyysiset toiminnot ja rakenteet, sekä yksilön suoritukset ja osallistumisen. Toimin-
takyky jaotellaan usein fyysiseen-, psyykkiseen- ja sosiaaliseen toimintakykyyn.
Tämän lisäksi psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky voidaan vielä erottaa toi-
sistaan. (Valta 2008, 26.) Toimintakyvystä puhuttaessa törmää usein lyhenteeseen
ICF. Maailman terveysjärjestö on julkaissut ICF-luokituksen, jolla kuvataan yksi-
lön toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä yhtenäisellä, kansainvälisesti so-
vitulla kielellä ja viitekehyksellä (englanniksi international classification of func-
tioning, disability and health). Sen avulla voidaan kuvata yksilön toiminnallista ter-
veyttä ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. (World health organization 2002,
2; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakes 2004, 3.)

ICF-luokitus kuvaa, miten vamman ja sairauden vaikutukset heijastuvat yksilön elämään. Luokituksessa toimintakyky ja toimintarajoitteet nähdään moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana. Tämä tila koostuu yksilön terveydentilan sekä hänen ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. (World health organization 2002, 2; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus Stakes 2004, 3.) ICF-viitekehys mahdollistaa kuntoutuksen tarkastelun kokonaisvaltaisesti niin, että otetaan huomioon sekä lääketieteelliset että sosiaaliset näkökohdat (Salminen & Mäki 2013, 286).

Tavallisesti sairaanhoito on keskittynyt diagnoosien määrittämiseen ja ongelmiin. Terveys on tyypillisesti nähty epäterveyden ja toimintakyvyn ongelmien näkökulmasta. Viime aikoina kuitenkin ajattelu on kääntynyt pääläelle. Terveys ja toimintakyky nähdään yhä enemmän voimavaroina. (Lindfors 2017, 109.) Diagnoosit pelkästään eivät ennusta yksilön palveluntarvetta tai tarvittavaa hoidon tasoa. Myöskään sairaus tai sen puute eivät kerro tarpeeksi yksilön rajoitteista tai esimerkiksi hänen suoritustasostaan. Jos käytetään pelkästään lääketieteellistä luokitusta tai diagnooseja, ei saada tarvittavaa tietoa terveydenhuollon suunnitteluun ja hallintaan. Tällöin puuttuu tieto toimintakyvystä ja -rajoitteista. ICF-luokitus mahdollistaa tämän tiedon keräämisen yhtenäisellä ja kansainvälisesti vertailukelpoisella tavalla (World health organization 2002, 4.) Valtan (2008, 26) mukaan kansainvälisen ICF-luokituksen odotetaan tarjoavan käsitteellistä selkeyttä toimintakyvyn käsitteen määrittämiseen.

ICF-luokitus mahdollistaa ikääntyneen elämäntilanteen, terveyden ja toimijuuden tarkastelun. Ikääntyneen toimintakyvyn arvioissa, tukemisessa ja edistämässä tulee ottaa huomioon hänen erilaiset ympäristö- ja yksilötekijänsä. Ympäristön turvallisuus ja esteettömyys edistävät itsenäistä kotona asumista ja omatoimisuutta. Kotona asuminen lisää ikääntyneen autonomisuutta. Se mahdollistaa hänen oman elämäntapansa ja -tyylinsä toteutumisen. Kuntoutumisen lähtökohdaksi tulee nostaa ikääntyneen yksilölliset, ympäristölliset ja verkostolliset voimavarat. (Pikkarainen ym. 2013, 303.)

4.1.2 Asiakkaan kohtaaminen ja havainnointi iäkkäiden kuntouttavassa hoitotyössä

Keskeinen hoitotyötä ohjaava eettinen lähtökohta on potilaan oikeudet. Vuonna 1992 voimaantullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista on lainsäädännöllinen peruste potilaan oikeuksille. Lain mukaan potilailla on oikeus saada laadultaan hyvää ja asianmukaista hoitoa. Laki takaa myös potilaiden tiedonsaantioikeuden sekä oikeuden osallistua päätöksentekoon, joka koskee hänen hoitoaan. Lain nojalla potilaalla on myös oikeus tarvittaessa potilasasiamiehen apuun. (Kangasniemi, Länsiniemi-Antikainen, Halkoaho & Pietilä 2012, 114; L17.8.1992/785.)

Kohtaamisen taito on kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattien tärkeimpiä osaamisvaatimuksia. Aito kohtaaminen on kuitenkin asia, jossa kukaan ei voi olla täysin valmis. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 7.) Potilaan ja hoitohenkilökunnansuhde perustuu luottamukselliseen vuorovaikutukseen. Muista inhimillisistä vuorovaikutussuhteista se poikkeaa sen vuoksi, että hoitavat henkilöt joutuvat käsittelemään ihmisten arkaluontoisia asioita ja puuttumaan niihin. Erityistä tilanteessa on myös se, että apua hakevan ja tarvitsevan välillä on valtasuhde. Kyvyttömyys selvittää itsenäisesti päivittäisistä toiminoista tekee potilaasta haavoittuvan ja muista riippuvaisen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012,14.) Keskeinen taito hoitotyössä on hoitohenkilökunnan kyky kyetä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunta kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että sanatonta viestintää. Sanattomaan viestintään kuuluvat esimerkiksi eleet, ilmeet ja äänensävy. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Hoitotyön tulee olla aina asiakaslähtöistä. Hoitotyön keskipisteessä on asiakas ja tarvittavat hoidolliset palvelut ja muu hoito järjestetään hänen tarpeidensa mukaan. (Hyttinen 2009, 46.) Potilaiden kohtaamisessa hoitotyössä korostuu hyvin usein autonomia. Autonomiasta käytetään yleisesti myös nimitystä itsemääräämisoikeus. Autonomian ylläpitäminen hoitotyössä onkin erityisen tärkeää. Omien mielipiteiden esiin saaminen auttaa ihmistä säilyttämään ihmisyytensä ja itsetuntonsa vaikeissakin tilanteissa. Valtaosa potilasasiamiehille tehdyistä yhteydenotoista kos-

keekin potilaiden saamaa kohtelua ja erityisesti tunnetta siitä, että heidän valintojaan ei ole arvostettu tai heidän mielipiteitään ei ole kuunneltu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 137-141.) Ihmisarvon mukaan ikääntyneellä ihmisellä on oikeus omaan elämäänsä, joka sisältää itsemääräämisoikeuden sekä oikeuden yksityisyyteen ja integriteettiin (Sarvimäki 2009, 29).

Iäkkäillä ihmisillä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat suuresti mahdolliset vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin vaikeudet. Palvelun tyypistä riippumatta itsemääräämisoikeuden toteutuminen on yhteydessä kognition vajauteen ja epävakaaseen terveydentilaan. Näin ollen hoitohenkilökunta joutuu havainnoimaan ja osin arvaamaan asiakkaiden toiveita, jos sanat ovat hukassa esimerkiksi muistisairauden myötä. (Finne-Soveri, Heikkilä, Andersson, Andreassen, Hammar, Asikainen, Mäkelä & Noro 2014, 170.) Itsemääräämisoikeuden tulisi säilyä ikääntyneellä niin pitkään kuin se on mahdollista (Eloranta & Punkanen 2008, 34).

Kuntouttavassa lähihoitotyössä kunnioitetaan asiakkaan vapautta, autonomiaa, elämänhallintaa, yksilöllisyyttä sekä valinnan mahdollisuuksia. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että kuntoutuja on itse osallisena sekä kuntoutuksen suunnittelussa että sen eri vaiheissa. Erityisen tärkeää on, että kuntoutuja on itse mukana määrittelemässä kuntoutuksen tavoitteet. Keskeinen tavoite kuntoutusprosessissa on se, että kuntoutuja kykenee asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita, toteuttaa omaa arkeansa ja mennä elämässä eteenpäin. Kuntouttava lähihoitotyö tukee kuntoutujan voimavaroja ja tähtää asiakkaan mahdollisimman laajaan omatoimisuuteen ja autonomiaan (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 25&120; Pikkarainen 2013, 145.)

Ikääntyneiden omatoimisuutta tulee kunnioittaa ja omatoimisuuden periaatteen tulee olla aina keskeinen periaate ikääntyntä hoidettaessa. Iäkstä tulee mahdollisimman hyvin tukea tekemään asioita itse. Omatoimisuuden periaate ei kuitenkaan saa muodostua esteeksi hoidon antamiselle. Iäkkäillä monet sairaudet rajoittavat ikääntyneen elämää ja tekemisiä. Tämän vuoksi hoitohenkilökunta joutuu usein turvautumaan sopeuttavaan ja auttavaan hoidon periaatteeseen. Hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli tukiessa ikääntyntä hyväksymään se, että hän tarvitsee apua. (Eloranta & Punkanen 2008, 35.)

Leino-Kilpin ja Välimäen (2012, 146-147) mukaan tärkeä osa potilaiden kohtaamisesta on myös yksityisyys, joka onkin yksilön perusoikeuksia. Yksityisyyden kunnioittaminen on hoitotyössä tärkeää potilaan fyysiselle, psyykkiselle, emotionaalille ja hengelliselle hyvinvoinnille. Yksityisyys ja sen kokeminen ovat henkilökohtaisia asioita ja eri ihmisillä on erilaisia yksityisyyden tarpeita. Yksityisyys on käsitteenä moniulotteinen. Se jaetaan usein neljään eri osaan, ne ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja tiedollinen koskemattomuus. Nämä osat eivät ole täysin itsenäisiä, vaan niissä on samoja asioita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 146-147.)

Fyysinen yksityisyys sisältää ihmisen fyysisen ja ruumiillisen koskemattomuuden. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että toista ihmistä ei saa lähestyä tai koskettaa ilman hänen lupaansa. Mäkisalo-Ropposen (2011, 178) mukaan potilaana ollessa joutuu usein ottamaan hoitohenkilökunnalta vastaan sellaista kosketusta, johon ei terveenä suostuisi. Tämän vuoksi potilaan integriteetin ja intimitietin suojaaminen on ihmisarvon säilymisen kannalta erittäin tärkeää. Hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä ja sen tulee perustua kunnioitukseen, sekä sen tulee tapahtua aina muiden asukkaiden tai potilaiden katseilta ulottumattomissa (Sarvimäki 2009, 37).

Psyykkisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen henkistä koskemattomuutta. Jokaisella ihmisellä on oikeus päättää, kuinka lähellä hän on henkisesti muita ihmisiä ja kuinka paljon ja mitä asioita hän jakaa muiden kanssa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 151.) Jokaisella on oikeus omiin ajatuksiinsa, tunteisiinsa ja vakaumukseensa. (Sarvimäki 2009, 37). Sosiaalinen yksityisyys ilmenee siten, että ihmisellä on oikeus säädellä sosiaalisten suhteidensa määrää (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 151). Sarvimäen (2009, 38) mukaan hoitohenkilökunta voi tukea asiakkaan tai potilaan ihmissuhteita mahdollistamalla yhteydenpidon omaisiin ja läheisiin. Tavoitteena on, että ihmissuhteet säilyisivät mahdollisimman ehjinä. Täytyy kuitenkin muistaa, että joskus ihmisillä on tarve vetäytyä, jolloin yksinolo on potilaan tai asiakkaan tietoinen valinta.

Tiedolliseen yksityisyyteen kuuluu potilastietojen luottamuksellisuus. Potilastietojen salassapidon merkitys on hyvin tiedotettu terveydenhuollossa. Suomessa potilastietojen yksityisyyden suoja turvataan lainsäädännöllä. Salassapidon rikkominen

tai jos potilaasta paljastetaan häntä koskevaa henkilökohtaista tietoa, loukkaa hänen tiedollista yksityisyyttään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 147-151.)

Geriatrisessa arvioinnissa potilasta havainnoidaan perusteellisesti ja havainnointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Huomioitavia asioita ovat muun muassa fyysiset tekijät, esimerkiksi kävely, mahdollinen vapina sekä jäykkyys. Aistitoimintoihin ja kommunikaation onnistumiseen tulee kiinnittää huomiota. Tärkeä havainnoin kohde on myös yhteistyön sujuminen sekä mahdolliset viitteet muisti- ja mieliala-ongelmista. Geriatrisen arvioinnin hyötyjä ovat muun muassa eliniän pidentyminen, laitoshoidon joutumisen lykkääntyminen ja parantunut arkipäiväinen selviytyminen. (Karppi & Nuotio, 2008, 19&27-28.)

Geriatrinen osaaminen on vaikuttava tekijä ikääntyneiden hyvän hoidon toteutumisessa. Hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää vanhenemismuutokset ja niiden oireenkuvat. Hoito ja kuntoutus tulee mieltää laaja-alaiseksi ja iäkkään elämä tulee nähdä kokonaisuutena sosiaalisine viitekehyksineen. Geriatrisessa hoidossa hoidon kohteena on ikääntynyt kokonaisuutena fyysisineen ja psyykkisineen vaivoineen. Geriatrinen työ etenee monimuotoisesta arvioinnista yksilöllisesti suunniteltuun hoitoon ja kuntoutukseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12.)

Hyvän hoidon toteutumiseen ei riitä pelkkä tietämys ikääntymisestä ja sen mukanaan tuomista sairauksista. Siihen tarvitaan myös arvostavaa ja kunnioittavaa suhtautumista ikääntyneeseen, sekä iäkkäiden kokemuksia ja elämää kunnioittava asenne. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 13.) Iäkkään henkilön kunnioittaminen ja hänen mielipiteensä huomioonottaminen kuuluu hoitohenkilökunnan laaja-alaiseen ammattitaitoon. Iäkkäällä henkilöllä ja tarvittaessa hänen omaiselleen tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 18.) Kaikessa hoitotyössä hoitoalan ammattilaiselta vaaditaan korkeaa eettistä osaamista, mutta vanhustyössä etiikalla on ihan oma vaatimustasonsa (Eloranta & Punkkanen 2008, 34.)

Ikääntyneillä elämänlaadun eri ulottuvuuksien tarkastelussa korostuu ikääntyneiden kokemukset hallinnan tunteen säilymisestä. Hoitohenkilökunnan onkin tärkeää olla tietoinen ikääntyneen yksilöllisistä tarpeista elämänlaadun vahvistamiseksi.

(Luoma 2009, 87.) Yleensä gerontologisen hoitotyön tavoitteiden taustalta löytyviä arvoja ovat muun muassa autonomia, omatoimisuus ja yhteisöllisyys. Nämä arvot heijastuvat toimintaan. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä arvot ja eettiset periaatteet saavat omia vivahteita ja se voi tuoda niiden soveltamiseen lisähaasteita. Haasteellista voi olla esimerkiksi etenevä muistisairaus, lähestyvän kuoleman kohtaaminen tai ikääntyneen ihmisen läheisten huoli (Sarvimäki 2009, 30.)

4.2 Teknologia ikääntyneiden kotihoidossa

Nykyisellä palvelujärjestelmällä ja teknologian avulla asiakkaan kotiin kyetään tuottamaan apuvälineitä ja teknologiaa, jonka turvin huonokuntoinenkin yksilö kykenee elämään kodissaan koko elämänsä aivojen toimintakyvyn sen salliessa. Tämän vuoksi on tärkeää lisätä tietoisuutta teknologian mahdollisuuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 9; Nilsson 2017, 88.) Mikkolan (2014, 71) mukaan voi olla, että tulevaisuudessa moni nykyinen palveluntuottaja joutuu väistymään automaation tieltä tuottavuussyistä.

Geroteknologia voi olla aktiivista tai passiivista. Passiivinen geroteknologia ei vaadi käyttäjältään aloitteellisuutta, vaan se perustuu pitkälti esimerkiksi monitorointiin ja kontrollointiin. Aktiivinen geroteknologia tukee aktiivisesti käyttäjän toimintaa esimerkiksi muistuttamalla häntä asioista tai ohjaamalla päivittäisissä toiminnoissa. Geroteknologia voidaan jakaa myös sisällä ja ulkona käytettävään teknologiaan. Sisällä käytettävää on esimerkiksi erilaiset puhelimet ja ulkona käytettävää esimerkiksi etäohjattavat ovet. (Kelo ym. 2015, 87.)

Teknologisten ratkaisujen investoinnit voivat tuntua aluksi suurilta, mutta niistä saatava hyöty realisoituu vasta ajan kuluessa, kun henkilöstön määrällinen tarve vähenee. Suosituksena on, että teknologian mahdollisuuksia hyödynnetään entistä laajemmin asiakkaiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi sekä henkilöstöresurssien uudelleen kohdistamiseksi. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 26.) Nilssonin (2017, 77-78&86) mukaan hoitotyössä käytettävää teknologiaa ovat esimerkiksi teknologian avulla toteutettu hoito ja huolenpito, sähköiset potilastietojärjestelmät ja teknologian

avulla toteutettu kommunikaatio. Teknologiaa ei tule kuitenkaan nähdä hoidon korvaajana, vaan pikemminkin sen täydentäjänä ja tukijana.

Vanhusten pitkäaikaishoidon lähihoitajien työtehtävistä ainakin 20 prosenttia voitaisiin tehdä teknologiaa ja robotiikkaa hyödyntämällä, tämä sisältää esimerkiksi lääkkeiden koneellisen jakelun ja tarvikkeiden kuljettamisen. Laskelma perustuu tutkimustietoon markkinoilla olevista ja sinne tulevista robotiikan ja teknologin sovelluksista. Arvio siitä, miten sovellukset muuttavat hoitohenkilökunnan työaika perustuu tutkimuskirjallisuuteen. Nykyisin hoitotyöntekijän viisipäiväisestä työvii-kosta välitöntä potilastyötä on alle kolme päivää. Tämä pystyttäisiin jo olemassa olevan teknologian avulla nostamaan neljään päivään. (Kangasniemi & Andersson 2016, 26; Sosiaali ja terveysministeriö 2017, 26.)

Vapautuva työaika voitaisiin kohdentaa aiempaa enemmän välittömään potilastyöhön, joka vaatii asiantuntijuutta ja jota ei voida koneilla toteuttaa. Sairaan- ja lähihoitajien työtehtävien osittainen korvaaminen ei kuitenkaan todennäköisesti johtaisi hoitotyöntekijöiden määrän vähenemiseen, koska väestön ikärakenteen vanhentuminen lisää työvoiman tarvetta sosiaali- ja terveysalalla. Parhaimmillaan hoitotyön resurssien kohdistaminen johtaisi siihen, että sekä hoidolliset tulokset että työn taloudellisuus ja tehokkuus paranisivat. (Kangasniemi & Andersson 2016, 26.) Teknologian avulla voidaan helpottaa myös kotihoidon työtaakkaa. Mäen (2011, 5) mukaan teknologialla voidaan tukea hoivatyötä ikääntyneen kotona. Teknologiaa voidaan hyödyntää ikääntyvän kotona asuvan henkilön hoidossa siten, että kotihoidon henkilökunnan tai omaishoitajan rutiinityötä helpotetaan, jolloin jää aikaa vuorovaikutukseen ja vanhusten yksilöllisiin tarpeisiin vastaamiseen.

Teknologian käyttöönottoon terveydenhuollossa liittyy kuitenkin myös paljon eettisiä näkökulmia. Uuden teknologian käyttöönotto vaatiikin aina pohdintaa. Informaatio- ja kommunikaatioteknologia tarjoaa tulevaisuudessa sekä uusia mahdollisuuksia että haasteita terveydenhuoltoon. Informaatio- ja kommunikaatioteknologia tulisi terveydenhuollossa kehittää kriittisen arvioinnin ja näyttöön perustuvan jatkuvan parantamisen avulla. Teknologian hyötyjä ja haittoja pohdittaessa tulisi

pohtia tulosten, vaikuttavuuden ja kustannusten rinnalla aina myös eettisiä näkökantoja. (Nilsson 2017, 83; Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 386-388.) Kelo ym. (2015, 94) ovat myös sitä mieltä, että teknologian käyttöön otossa on syytä pohtia arvoihin ja eettisiin periaatteisiin liittyviä kysymyksiä. Käyttöönoton lähtökohtana tulee olla ikääntyneen yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus.

Geroteknologialla on iäkkään kotona asumisessa ja arjen tukemisessa useita eri rooleja. Sen avulla voidaan vastata iän mukanaan tuomiin haasteisiin kuten aistien, havaitsemisen ja hienomotoriikan heikentymiseen sekä liikuntakyvyn ja lihaskunnan heikkenemiseen. (Mäki 2011, 6.) Teknologisia ratkaisuja, joilla lisätään asiakkaiden hyvinvointia, ovat muun muassa toimintakykyä aktivoivat sovellukset, video-puheluyhteydet ja lääkemuistutusrannekkeet (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 26). Mäen (2011, 5) mukaan geroteknologialla voidaan lisätä kotona asuvan iäkkään turvallisuutta ja turvallisuudentunnetta. Teknologian avulla terveydentilaa voidaan seurata jatkuvasti ja apu saadaan tarvittaessa paikalle. Elon (2009, 106) mukaan ympäristönäkökulmasta geroteknologialla voidaan tukea ympäristön esteettömyyttä tuomalla erilaiset palvelut verkon kautta kotiin.

Geroteknologialla voidaan lisätä ikääntyneen kotona asuvan henkilön osallistumista, vuorovaikutusta ja virikkeellisyttä. Sen avulla voidaan ehkäistä tai poistaa haittoja, joita aiheutuu ikääntyneelle ympäristön virikkeettömyydestä tai sosiaalisesta eristäytyneisyydestä. (Mäki 2011, 5.) Teknologia lisää mahdollisuuksia uudlaiseen yhteydenpitoon iäkkään henkilön ja hänen lähipiirinsä sekä hoitoa ja palveluita tarjoavien tahojen kanssa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 26). Näin ollen geroteknologialla voidaan luoda uudenlainen foorumi hoitohenkilökunnan ja omaisten välille (Mäki 2011, 6). Geroteknologialla voidaan tukea etenkin iäkkään ja kauempana asuvien omaisten ja ystävien välistä yhteydenpitoa (Elo 2009, 106).

Or, Karsh, Severtson, Burke, Brown ja Brennan (2011, 57) ovat tutkineet tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, hyväksyykö kotihoidon asiakkaat teknologian osaksi hoi-

toaan. Teknologian käyttö hoitotyössä voi parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja hyvinvointia sekä tukea heidän omatoimisuuttaan. Nämä hyödyt saavutetaan kuitenkin vain, jos asiakas hyväksyy teknologian ja suostuu käyttämään sitä osana hoitoaan. On monia tekijöitä, jotka voivat estää teknologian hyväksynnän. Kotihoidon asiakkaiden kokemukset teknologian helppokäyttöisyydestä vaikuttavat vahvasti siihen aikovatko he teknologiaa käyttää. Tämä osoittaa sen, että teknologian helppokäyttöisyys on merkittävä tekijä sen hyväksymisessä asiakkaan näkökulmasta. Teknologian tulee myös vastata asiakkaan tarpeisiin. (Or ym. 2011, 57.)

Vaikuttava tekijä teknologian hyväksymisessä on myös asiakkaan lähipiiri, omaiset ja hoitohenkilökunta (Kelo ym. 2015, 90). Sosiaali- ja terveysministeriön (2017, 19) julkaisun mukaan hoitohenkilökunnalla tulee olla osaamista iäkkäiden henkilöiden tukemisessa internet- ja mobiilipohjaisten palveluiden käyttöönotossa. Ikääntyneitä tulee tukea ja motivoida muun muassa hyvinvointiteknologian käyttöön. Kurki ym. (2015, 40&46) toteavat tutkimus- ja kehittämishankkeensa loppuraportissa, että muistisairailta ikääntyneillä teknologian käytettävyyteen vaikuttaa sen opittavuus, tehokkuus, virheettömyys sekä käyttäjän tyytyväisyys siihen. Teknologian käytön tehokkuuteen vaikutti yksilön aiemmat kokemukset tietotekniikan käytöstä. Teknologian hyväksyttävyyden kannalta oli myös merkityksellistä ikääntyneen ensivaikutelma siitä.

Elorannan ja Punkasen (2008, 186-188) sekä Kelon ym. (2015, 92) mukaan yleinen käsitys siitä, että ikääntyneet suhtautuisivat negatiivisesti ei pidä paikkansa. Yleensä iäkkäät suhtautuvat teknologiaan positiivisesti. Nyky-yhteiskunnassa yksilöiltä odotetaan kuitenkin entistä laajemmin uudenlaista teknistä osaamista kuten nopeaa omaksumiskykyä. Teknologian nopea kehittyminen tuo ikääntyneiden kannalta esiin myös useita eettisiä kysymyksiä. Yksi tällainen näkökanta on esimerkiksi se, miten ikääntyneet saavat oikeudenmukaisen hyödyn kehittyvästä teknologiasta. Palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä on kuunneltava ikääntyneiden ihmisten toiveita ja tarpeita. (Eloranta & Punkanen 2008, 186-188 & Kelon ym. 2015, 92.)

Elon (2009, 106) mukaan teknologian käyttöönotossa on aina kuunneltava ikääntynyttä itseään ja hänelle tulee kertoa riittävän selkeästi, millaisesta teknologisesta ratkaisusta, on kyse. Tämä ehkäisee teknologiaan mahdollisesti liittyvien väärien mielikuvien syntymisen ja kunnioittaa ikääntyneen yksityisyyttä. Kelo ym. (2015, 95) toteavat, että iäkkäälle teknologiaa hankittaessa on aina mietittävä miten iän mukanaan tuomat psyykkiset, kognitiiviset ja sosiaaliset muutokset vaikuttavat sen käytettävyyteen. Teknologiset ratkaisut tulisi aina olla yksioivisesti suunniteltuja ja räätälöityjä.

Säännöllisten ikääntyneille tarkoitettujen palveluiden suurin käyttäjäryhmä ovat muistisairaat iäkkäät. Kotihoidon asiakkaista muistisairaus on joka viidennellä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 8; Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi). Ylivoimaisesti suurin syy sille miksi iäkkäät joutuvat asumis- ja hoivapalvelujärjestelmään on dementia. Yleensä noin 75 prosentilla asumis- ja hoivapalvelujärjestelmän asiakkaista tulostyynä on dementian aiheuttama kotona pärjäämättömyys. Tämän vuoksi muistisairaiden avopalveluihin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 8&17.)

Kurki ym. (2015, 10-11) toteavat tutkimus- ja kehittämishankkeensa loppuraportissa, että muistisairauksien oletetaan lisääntyvät väestön ikääntymisen myötä. Tämä puolestaan lisää terveydenhuollon kustannuksia. Iäkkäiden hyvinvointia ja toimintakykyä edistämällä voidaan kuitenkin hoito- ja hoivamenojen kasvupaineita hillitä. Muistisairaiden kohdalla tämä tarkoittaa etenkin sairauden alkuvaiheeseen kohdennetun kuntoutuksen kehitystä. Tavoitteellinen ja monipuolinen kuntoutus edistää muistisairaana toimintakykyä ja terveyttä sekä kohentaa hänen elämänlaatuun. Uudenlainen teknologia tarjoaa monenlaisia muistisairaiden elämää tukevia ratkaisuja. (Kurki ym. 2015, 10-11.)

Marshallin (2009, 4) mukaan teknologia voisi olla yksi ratkaisu, jolla muistisairaille henkilöille mahdollistetaan itsenäinen mutta turvallinen arki. Hänen mukaansa länsimainen yhteiskunta on yhteiskunta, joka kaihtaa riskejä. Tämä vammauttaa muistisairaita ihmisiä yhä enemmän, koska heiltä kielletään normaali arki ja siihen sisältyvät riskit. Turvallisuuden nimissä heiltä kielletään asiat, joita he ovat aiemmin

tottuneet omassa arjessaan tekemään. Tämä rajoittaa muistisairaahan henkilön itsemääräämisoikeutta ja se heikentää heidän itseluottamustaan. Teknologia voisi osaltaan auttaa muistisairaita kohtaamaan tarpeensa ja näyttämään ne, vaikka heidän kykynsä tiedostaa ja täyttää nämä tarpeet itsenäisesti ovat muistisairaahan myötä heikentyneet. Marshallin mukaan kognitiivisesti terveiden ja muistisairaiden ihmisten tarpeet ovat kuitenkin hyvin samankaltaisia. (Marshall 2009, 4.)

Riikonen ja Paavilainen (2018, 126) ovat tutkimuksessaan todenneet, että muistisairailta henkilöillä teknologisia apuvälineitä käytettäessä tulisi niiden vastata muistisairaahan henkilön tarpeisiin eri vaiheissa sairautta. Tätä kautta ne vahvistavat hänen omaa kokemustaan autonomiastaan ja omasta kyvykkyydestään. Muussa tapauksessa ei ole eettisiä perusteita käyttää teknologisia apuvälineitä muistisairaiden arjessa. Riikonen ja Paavilainen suosittelevat, että muistisairaille henkilöille tehdään laaja, heidän omasta arjestaan lähtöisin oleva tarvekartoitus ennen teknologisen apuvälineen valintaa ja käyttöönottoa. Tämän tiedon pohjalta voidaan valita teknologisia apuvälineitä, jotka aidosti hyödyttävät muistisairasta ja hänen läheisiään arjessansa. (Riikonen & Paavilainen 2018, 126.)

4.3 Alvar-palvelu Vaasan kaupungin kotihoidossa

Vaasan kaupungin kotihoito on ottanut digitaliset palvelut osaksi ikääntyneiden hoitoa ja hyvinvointia. Tämä palvelu on saanut nimen Alvar-palvelu. Alvar-palvelumallissa asiakkaille asennetaan kotiin tabletti, jonka välityksellä tehdään asiakkaan luo kotihoidon käynti. Nämä käynnit korvaavat hoitajan fyysisen läsnäolon. Päivän kaikkia kotihoidon käyntejä ei kuitenkaan tulla korvaamaan teknologian välityksellä tapahtuvalla käynnillä (Ketola 2017.)

Kuvapuhelimet ovat kuntaliitoksen kilpailuttaman video visitin palvelun laitteita ja Vaasan kaupunki maksaa niistä vuosittaista käyttömaksua. Palvelu kuuluu osaksi kotihoidon palvelusuunnitelmaa, eikä ole lisäarvoa tuottavaa. Lisäarvoa tuottaa Alvarin myötä tuleva sisältö. Alvar-hoitajiksi valittiin aloitusvaiheessa kolme lähiohoitajaa kotihoidosta ja ajan mittaan toiminnan on tarkoitus laajeta asiakkaiden lisääntymisen seurauksena. Kyseinen palvelumalli on jo osassa kaupungeista, kuten Lahdessa ja Helsingissä laajasti käytössä. Muualla Suomessa palvelu toimii kuitenkin

eri toimintamallin pohjalta. Vaasan kaupunki on ainut, jonka palvelumallissa on asiakkaille hoitotyön lisäksi sisältö, kuten viriketoiminta. (Ketola 2017.)

Alvar-palvelun avulla useat kotihoidon asiakkaat saavat kotiinsa virtuaalisesti kotihoidon palveluita, viriketoimintaa sekä toimintaa, joka edistää heidän kuntoutumistaan ja toimintakykyään. Alvar-palvelu on pääasiassa tarkoitettu Vaasan kaupungin kotihoidon ja Ikäkeskuksen palveluiden piirissä oleville asiakkaille. Tällä hetkellä myös omaishoidossa olevat ikäihmiset ja heidän omaishoitajansa kokeilevat palvelua. Teknistä osaamista asiakkailta ei tarvita, riittää kun asiakas pystyy liikkumaan huoneistossaan. Laitteet sijoitetaan kotiin niin, että niistä näkee sopimuksen mukaan esimerkiksi keittiöön tai olohuoneeseen. Laitteet asennetaan niin, että ne eivät haittaa kotona liikkumista. (Alvar-palvelu Vaasassa 2018.)

Valtakunnallisesti palvelu on merkittävä, koska Vaasa on ainut kaupunki, missä videokuvapalvelua tuottavat yhdessä kotihoito, Ikäkeskuksen viriketoiminta, fysioterapia ja geriatrian poliklinikka. Alvar-palvelussa hoitaja soittaa kuvapuhelimella asiakkaalle ja yhdessä asiakkaan kanssa keskustelee siitä, mitä seuraavaksi tehdään. Alvar-palvelun avulla asiakasta ohjataan toimimaan itsenäisesti kotona. Toiminta perustuu asiakkaan tarpeisiin ja hänen kanssaan tehtyyn palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. (Alvar-palvelu Vaasassa 2018.)

Alvar-palvelu tarjoaa asiakkailleen myös kuntoa ylläpitävää ohjelmaa, viriketoimintaa ja muistin ylläpitoa. Asiakkaille on joka viikko tarjolla fysioterapeuttien jumppahetkiä. Palveluun on tallennettu asiakkaille kuntoa ylläpitäviä ohjelmia, kuten tuolijumppaa. Viriketoiminnan ohjaajan kanssa Alvar-palvelun kautta kuvapuhelimen välityksellä asiakkaat pääsevät vaikka meren rantaan tai museoon. Alvar-palvelussa on myös säännöllisiä vuorovaihteisia tuokioita. Tuokioiden sisältöä kehitetään yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjelmien kuvaamiseen henkilökunnalla on käytössään studio. Suunnitteilla on muistipoliklinikan tuottamaa ohjelmaa muistin ylläpitämiseksi. Ohjelmaa tuotetaan molemmilla kotimaisilla kielillä. Kotihoidon palvelut tuotetaan asiakkaan omalla äidinkielellä. (Alvar-palvelu Vaasassa 2018.)

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

Tämä tutkimus on laadullinen tutkimus, jonka taustalla on fenomenologinen tieteenfilosofian suuntaus. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen lähtökohtana on kotihoidon Alvar-palvelujen hoitajien kokemukset kyseisestä toiminnasta. Tässä luvussa kerrotaan tutkimuksen tieteenfilosofisesta lähtökohdasta, tutkimusaineiston keruusta sekä kuvataan tutkimusaineisto. Lisäksi tutkimusaineiston analyysi kuvataan vaiheittain.

5.1 Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta

Alasuutarin (2011) mukaan aineistoa tarkastellaan aina vain tietystä teoreettisemetodologisesta näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta on fenomenologia. Fenomenologinen tieteenfilosofia sai alkunsa 1900-luvun alussa ja sen oppi-isänä pidetään Edmund Husserlia (Gallagher & Zahavi 2012, 6). Perinteisesti fenomenologia jaetaan kahteen eri linjaan, tulkitsevaan ja kuvailevaan linjaan (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 71). Fenomenologia ei pyri selittämään ilmiöitä ulkoisten tekijöiden avulla, vaan sen sijaan fenomenologisessa suuntauksessa pyritään kuvailemaan ilmiötä ja tämän kuvailun kautta löytämään siitä yleisiä rakenteita. (Miettinen, Pulkkinen & Taipale 2010, 12–13.)

Tuomen ja Sarajärven (2018, 39-40) mukaan fenomenologinen suuntaus korostaa yksilöllisiä kokemuksia. Siinä subjektiivisuus ja henkilökohtaiset kokemukset ja aistimukset nähdään merkittävänä. Laineen (2007, 28–29) mukaan fenomenologinen tutkimus tutkii yksilön kokemuksia ja hänen suhdettansa omaan elämäntodellisuuteensa. Fenomenologisen suuntauksen mukaan ihminen ei voi olla irrallinen suhteessa elämäntodellisuuteensa. Kaikella on ihmiselle jokin merkitys, joten ihmisen suhde maailmaan on tarkoitusperäinen eli intentionaalinen. Ihmisen kokemus asioihin muodostuu tarkoituksiin liittyvien merkitysten mukaan. (Laine 2007, 28-29.)

Tähän tutkimukseen fenomenologinen lähestymistapa on valittu siksi, että haluttiin saada tietoa teknologiaa työssään käyttävän hoitohenkilökunnan kokemuksista ja näkemyksistä sekä sen hyödyntämisestä hoitotyössä. Lähestymistapa valittiin siksi,

että se huomioi ihmisen kokemuksen ja ihmisen asioille ja kokemuksille antaman merkityksen.

5.2 Tutkimusote

Tämän opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen. Kylmän ja Juvakan (2007, 16-17) mukaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on yksi menetelmäsuuntaus tieteellisessä tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kokonaisvaltaisesti ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä. Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa monella eri menetelmällä. Eri laadullisen tutkimuksen menetelmissä yhteisenä piirteenä korostuvat muun muassa kohteen taustaan ja esiintymisympäristöön, tarkoitukseen ja merkitykseen sekä ilmaisuun liittyvät näkökulmat. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-17.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueeksi voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei vielä tiedetä juuri mitään. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii myös jo olemassa olevana tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusia näkökulmia. Eriytyisen käyttökelpoinen se on myös silloin kun epäillään teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai vakiintunutta aiemmin käytettyä metodiikkaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella on monenlaisia merkityksiä hoitotyölle ja -tieteelle. Sen lähtökohtana voi olla uuden ilmiön käsitteellistäminen ja kuvaaminen. Erittäin tärkeä väline se on myös silloin, kun aletaan kehittää uutta mittaria kvantitatiivista tutkimusta varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66 & 74.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 22-31) ovat määritelleet laadullisen terveystutkimuksen ominaispiirteitä. Laadullisessa tutkimuksessa keskeistä on induktiivisuus. Induktiivisessa päättelyssä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Induktiivisuus on myös aineiston analyysin lähtökohta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tutkimukseen osallistuvien näkökulman ymmärtäminen. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimuskysymykset tarkentuvat tutkimusprosessin aikana ja joskus prosessin myötä syntyy kokonaan uusia tutkimustehtäviä. Osallistujiksi laadulliseen tutkimukseen valitaan henkilöt, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja yleensä

osallistujia on vähän. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto kerätään avoimin menetelmin ja tätä kautta tutkijalla on läheinen kontakti tutkimukseen osallistuviin henkilöihin. Tutkijan rooli laadullisessa tutkimuksessa on aktiivinen. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on kuvata sitä, millainen tutkittava ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden näkökulmasta. Tällöin ymmärretään, että tutkimuksesta saatava tieto on kontekstuaalista. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-31.)

Tähän tutkimukseen kvalitatiivinen tutkimusote sopii, koska tutkimuksessa kohdehenkilöiden määrä ($n=6$) on suhteellisen pieni. Kohdehenkilöt valikoituvat sen mukaan, että heillä on omakohtainen kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusyksiköiden suuri määrä ei ole tarpeen tai mahdollista (Alasuutarin 2011). Kvalitatiivinen tutkimusote sopii tähän tutkimukseen myös sen vuoksi, että Alvar-toiminta on vielä niin uutta, että siitä ei vielä ole juurikaan saatavilla tutkimustietoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kokonaisvaltaisesti kuvata tätä uutta toimintaa ja sen merkityksiä hoitajien näkökulmasta.

Tutkimuksessa on myös case-tutkimuksen piirteitä. Kanasen (2013, 56-57&77.) mukaan case-tutkimuksessa on usein tutkimuskohteena yksi tapaus, esimerkiksi henkilö, yritys tai organisaatio. Case-tutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen ero on hiuksenhieno. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusongelma on yleensä pystytty rajaamaan selvästi ja tutkimusongelmaa yritetään ratkaista yhdellä laadullisen tutkimuksen menetelmällä. Case-tutkimukselle on tyypillistä monimenetelmäisyys ja tutkimusongelman monimuotoisuus. Case-tutkimuksen yhteydessä puhutaan yleensä ilmiön syvällisestä ymmärtämisestä. Tällaisessa tutkimuksessa vastaus tutkimusongelmaan kerätään useasta eri lähteestä. Näiden avulla muodostetaan laaja ja syvälinen kuvaus tapauksesta. Eri lähteitä voivat olla esimerkiksi kirjallisuus, teemahaastattelut, kyselyt ja havainnointi. (Kananen 2013, 56-57&77.)

5.3 Tutkimusaineiston keruu ja kuvaus

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat ne henkilöt, jotka ovat olleet mukana luomassa uutta Alvar-palvelua ($n=6$). Tarkoituksena oli haastatella jokaista hoitajaa, joka on ollut mukana toiminnassa. Tutkimus on näin ollen osaltaan myös tapaus-tutkimus. Kohderyhmäksi valittiin juuri hoitajat, koska toiminta on vasta alussa ja

juuri hoitajien kokemukset koettiin toiminnan alussa mielekkäimmäksi tarkastelun kohteeksi.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Hirsijärven ja Hurmeen (2015, 48) mukaan teemahaastattelussa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Puolistrukturoitu menetelmä teemahaastattelu on sen vuoksi, että haastattelun aihepiirit, teemat, ovat kaikille haastateltaville samat. Strukturoiduille lomakehaastatteluille ominainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat teemahaastattelusta. Kuitenkaan teemahaastattelu ei ole täysin vapaa niin kuin syvähaastattelu. (Hirsijärvi & Hurme 2015, 48.)

Suvikkaan, Laurellin ja Nordmanin (2011, 109) teemahaastattelu noudattaa dialogin periaatteita. Haastatteluun on valittu tietyt teemat, joista keskustellaan. Haastattelijan tehtävänä on huolehtia, että keskustelu pysyy teemoissa. Hän voi auttaa haastateltavaa eteenpäin ja antaa tarkentavia vihjeitä. Kanasen (2013, 93-94) mukaan teemat ovat kuin eräänlaisia kysymyksiä, mutta ne ovat laaja-alaisempia. Samalla kun ilmiöön liittyvistä eri aihealueista keskustellaan, nousee keskustelusta esille uusia asioita tai kysymyksiä, jotka aiheuttavat keskustelua. Teemahaastattelu ei tyyppillisesti etene mekaanisesti teemasta toiseen ilman, että syntyisi uusia keskustelupolkuja. Teemahaastattelut voi suorittaa yksilö- tai ryhmähaastatteluina. (Kananen 2013, 94-94.)

Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina kotihoidon tiloissa huhtikuussa 2018. Haastatteluja oli yhteensä kuusi, joista viisi toteutettiin 12.4.2018 ja yksi 19.4.2018. Jokaiselle haastattelulle oli varattu aikaa yksi tunti. Haastattelut nauhoitettiin, videokuvaa haastatteluista ei tallennettu. Haastattelujen pohjana käytettiin teemahaastattelun runkoa (LIITE1). Kaikille haastateltaville teemat oli kerrottu etukäteen sähköpostitse haastateltujen esimiehen välityksellä. Teemahaastattelu-rungon apukysymykset olivat vain haastattelijan tiedossa.

Litteroinnilla tarkoitetaan sitä, että saatu tutkimusaineisto kirjoitetaan kirjalliseen muotoon, jolloin sitä voidaan käsitellä manuaalisesti. Teemahaastatteluiden aineisto kirjoitetaan mahdollisimman tarkasti sanamuotoon. Litterointi on hidasta työtä ja tutkija joutuu osin ratkaisemaan mitä kaikkea hän litteroi. Litteroinnista voidaan erottaa eri tarkkuuden tasoja. Tarkin taso huomioi puheen lisäksi muun muassa eleet ja äänenpainot, jotka kirjataan ylös erikoismerkein. Sanatarkka litterointi edustaa tasoa, jossa jokainen äännekin kirjataan ylös. Usein litteroinnin tasoksi riittää melko karkea taso. Litteroinnin tekee hankalaksi se, että usein etukäteen ei voi tietää mitä aineistosta loppujen lopuksi tarvitaan. (Kananen 2013, 99-100.)

Tämän tutkimuksen teemahaastattelujen pituudet vaihtelivat niin, että lyhin haastattelu oli kestoltaan noin 36 minuuttia- Pisin haastattelu oli noin 53 minuuttia. Yhteensä aineistoa kertyi 258 minuuttia eli 4 tuntia ja 18 minuuttia. Koko aineisto litteroitiin sanatarkasti, jokainen äännekin kirjattiin ylös. Erilaiset äänenpainot ja tauot puheessa jätettiin kirjaamatta. Tutkija teki litteroinnin itse. Litteroitua haastattelua kertyi 95 sivua, kun fonttina oli Times New Roman ja fonttikokona 12. Rivinväli oli 1,5. Koko litteroitu aineisto hyödynnettiin tutkimusaineistona.

5.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jossa aineisto tiivistetään ja tämän jälkeen ilmiötä kuvaillaan ja niiden välisiä suhteita analysoidaan (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009). Laadullinen analyysi jaotellaan usein induktiiviseen (yksittäisestä yleiseen) ja deduktiiviseen (yleisestä yksittäiseen) analyysiin. Induktiivinen mielletään myös aineistolähtöiseksi analyysiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95.) Kylmän ja Juvakan (2007, 113) mukaan analyysiprosessiin kuuluu aineiston purku osiin ja samankaltaisten osien yhdistäminen. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Toisin sanoen analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa.

Laadullisessa analyysissä tutkimusaineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena (Alasuutari 2011). Ennen varsinaista analyysin aloittamista, tulee aineistosta määrittää analyysiyksikkö. Tämä voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Analyysiyksikkö määritellään tutkimustehtävän ja aineiston laadun avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110.) Alasuutarin (2011) mukaan aineistoa tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja siihen, mikä on kulloisenkin tutkimuskysymyksen kannalta oleellista.

Aineistolähtöinen analyysi jaotellaan kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisenä aineisto pelkistetään eli redusoidaan, toisena aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan ja viimeisenä luodaan teoreettiset käsitteet eli tehdään abstrahointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 117; Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-109.) Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä aineistosta saatavaa havaintomäärää karsitaan samankaltaisia havaintoja yhdistämällä (Alasuutari 2011). Aineiston pelkistäminen tarkoittaa siis aineiston käsittelyä niin, että jäljelle jää tutkimukselle olennainen tieto. Redusointi voi olla aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineistosta haetaan tutkimustehtävän kysymyksille olennaiset ilmaukset ja nämä ilmaukset listataan peräkkäin. Tulosten raportoinnin yhteydessä esitetään lainauksia aineistosta, joilla perustellaan tehdyt johtopäätelmät. (Kylmä & Juvakka 2007, 117; Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-109.) Taulukossa 1 esitetään esimerkki tutkimusaineiston redusoinnista.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston redusoinnista.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
”Ei sitä läsnäoloa ja että ei saa sitä ku mä oon aina tykänny koskettaa ja olla näin, niin se on puuttunu.”	Kosketus puuttuu
”Meillä on se hoitotyö, mutta se täytyy tehdä sillä kuntouttavalla työotteella, että nyt sen on pakko toteutua.”	Kuntouttava työote ainut vaihtoehto
”Ja sit se että mikä mun mielestä meillä on niin hyvä, että meillä on aina se tarkka aika kun me soitetaan.”	Soitoille on tarkat ajat

”Sitten vois kehittää sen että saisi sen iltavuoron pikkuhiljaa ja sitte se, että oltais viikonloppusinki koska kyllähän sen nyt auttaa viikonloppuna ku sehän. Sitteku taas meidän asiakkaat menee viikonloppuna takasi kenttätyöntekijöille.”	Ilta- ja viikonloppuvuoroille olisi tarvetta
---	--

Aineiston klusteroinnissa alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja tämä luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa apuna voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Aineiston ryhmittelyssä voi olla monta vaihetta. Yläluokat syntyvät samalla tavoin kuin luokatkin, samankaltaisia luokkia yhdistellään yläluokaksi ja se nimetään siten, että se kattaa kaikki alla olevat luokat. Luokittelun avulla aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 118-119; Tuomi & Sarajärvi 2018, 110-111.) Taulukossa 2 esitetään esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä alakategorioihin.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä alakategorioihin.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Hoidosta puuttuu kosketus Hoidosta puuttuu fyysinen kontakti Fyysinen läsnäolo puuttuu hoidosta Käsillä tehtävän hoitotyön puute	Fyysisen hoitotyön puuttuminen
Kuntouttava työote toteutuu ohjaimalla Kuntouttava työote ainut vaihtoehto Asiakas saa kuntouttavaa toimintaa Toimitaan yhdessä asiakkaan kanssa	Kuntouttavan työotteen periaate
Soitoille on tarkat ajat Asiakkaiden ei tarvitse odottaa soittoa kun hoitaja soittaa aina tiettyyn aikaan Asiakas saa aina hänelle määrätyn ajan	Täsmällisyys
Ilta- ja viikonloppu vuoroille olisi tarvetta Iltavuorolle olisi tarvetta Palvelu voisi auttaa kenttää kiireisissä iltavuoroissa	Työvuorot

Klusteroinnin jälkeen aineisto abstrahoidaan, eli aineistosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä luokittelun avulla. Toisaalta klusteroinnin nähdään olevan osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnissa on tärkeää muistaa, ettei liian nopeasti nosta aineiston abstraktiotasoa. Abstrahointia voi jatkaa luokkien yhdistämisellä niin kauan kuin se on aineiston kannalta mahdollista ja kannattavaa, jotta ei menetä tulosten informaatioarvoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 118-119; Tuomi & Sarajärvi 2018, 110-111.) Taulukossa 3 esitetään esimerkki aineiston abstrahoinnista.

Taulukko 3. Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä yläkategorioihin.

Alakategoria	Yläkategoria
Kokonaisvaltaisuuden puuttuminen Fyysisen hoitotyön puuttuminen Kliinisen hoitotyön puuttuminen Sanallinen hoito Työnkuvan monipuolisuus Mahdollisuus palata hoitotyöhön	Muutokset työnkuvassa
Hoitajilla on aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtä Kuntouttavan työtteen periaate Kuntoutusprosessin seuranta Voimavaralähtöinen hoitotyö Omatoimisuuden periaatteen toteuttaminen	Omatoimisuuden tukeminen
Täsmällisyys Palvelun asiakaslähtöisyys Ohjauksen avulla toteutuva hoitotyö Keskittyminen asiakkaaseen	Asiakaslähtöisyys
Henkilökunnan vähyys Työvuorot Kielitaito	Henkilöstöön liittyvät kehityskohteet

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 113) kertovat, että sisällönanalyysi perustuu tutkijan tulkintaan ja päättelyyn, jossa uuden teorian muodostamisen pohjalla on alkuperäinen aineisto. Abstrahoinnin jälkeen tuloksissa esitellään aineistosta muodostettu malli, käsitteet, käsitejärjestelmä tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan myös luokittelun pohjalta muodostetut käsitteet ja niiden sisällöt. Johtopäätöksissä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä tutkittavat asiat merkitsevät tutkittaville. Alasuutarin

(2011) mukaan lopulta tutkimustulosten pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkimuksen kohteena olleesta ilmiöstä, tällöin viitataan muihin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa raportoidaan tutkimuksen tulokset tutkimuskysymyksittäin. Saaduista tuloksista esitetään ensin pääluokat ja sitten yläluokat. Tämän jälkeen esitellään yläluokkiin kuuluvat alaluokat, joiden yhteydessä esitetään haastateltujen suoria lainauksia.

6.1 Teknologian avulla toteutettavan hoitotyön vaikutukset kotihoitoon

Vastauksena ensimmäiseen tutkimuskysymykseen tuotettiin kuvaus teknologian avulla toteutettavan hoitotyön vaikutuksista kotihoitoon kahtena pääluokkana. Pääluokat olivat teknologian vaikutukset kotihoitoon hoitajiin ja teknologian vaikutukset kotihoitoon työn laatuun.

Taulukko 4. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.

Pääluokat			
Teknologian vaikutukset kotihoitoon hoitajiin		Teknologian vaikutukset kotihoitoon työn laatuun	
Yläluokat	Alaluokat	Yläluokat	Alaluokat
Muutokset työnsäntä	Kokonaisvaltaisuuden puuttuminen Fyysisen hoitotyön puuttuminen Kliinisen hoitotyön puuttuminen Sanallinen hoito Työnsäntän monipuolisuus Mahdollisuus palata hoitotyöhön	Teknologian mahdollisuudet	Tiedon pysyvyys Teknologian helppokäyttöisyys Yhteistyön mahdollistuminen Palveluiden yhdistyminen
Hoitajalta vaadittavat kompetenssit	Hoitajalta vaadittavat ominaisuudet Ammattitaidon tärkeys Omien asenteiden muutos Ennakkoluulottomuus	Hoitotyön laadun paraneminen	Lisäarvon tuottaminen Laadukas hoitotyö Kiiiretön hoitotyö
Työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät	Työn kuormitustekijöiden muutos Ammatillisten rajojen säilyminen Työn palkitsevuus Kollegiaalisuus Esimiehen kannustus	Kotihoitoa helpottavat tekijät	Kotihoitoon paineiden helpottuminen Kotihoitoon resurssien oikein kohdistuminen Ajan säästyminen

6.1.1 Teknologian vaikutukset kotihoidon hoitajiin

Teknologian vaikutuksista kotihoidon hoitajiin muodostettiin kolme yläluokkaa, jotka ovat muutokset työnkuvassa, hoitajalta vaadittavat kompetenssit ja työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Muutokset työnkuvassa

Muutoksista työnkuvassa muodostettiin kuusi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Muutoksien työnkuvassa alaluokat.

Teknologian vaikutukset kotihoidon hoitajiin	
Yläluokat	Alaluokat
Muutokset työnkuvassa	Kokonaisvaltaisuuden puuttuminen
	Fyysisen hoitotyön puuttuminen
	Klinisen hoitotyön puuttuminen
	Sanallinen hoito
	Työnkuvan monipuolisuus
	Mahdollisuus palata hoitotyöhön

Kokonaisvaltaisuuden puuttumista kuvattiin muun muassa siten, että teknologian tullessa hoitoalalle, on hoidon kokonaisvaltaisuus jäänyt puuttumaan. Tällä tarkoitettiin kuitenkin enemmän teknologiaa yleensä, kuin itse Alvar-palvelua. Toisaalta koettiin, että välttämättä Alvar-palvelussakaan asiakkaita ei voida hoitaa täysin kokonaisvaltaisesti, mutta sen ei koettu vaikuttavan negatiivisesti hoitotyön laatuun. Yksi haastateltavista kuvasi sitä seuraavanlaisesti:

” Enhän minä välttämättä kokonaisvaltaisesti pysty. Mutta koen, että se on silti hyvää hoitoa.”

Haastateltavat kuvasivat teknologian avulla antamansa hoidon olevan sanallista hoitoa. He kokivat, että teknologian välityksellä heillä on aikaa kuunnella asiakkaita ja olla henkisesti läsnä. Fyysisen hoitotyön puuttuminen teknologian välityk-

sellä tehtävästä hoitotyöstä tuli haastatteluissa vahvasti ilmi. Haastateltavat kuvasivat käsillä tehtävää hoitotyötä hoitajan luontaisiksi ominaisuuksiksi ja he kaipasivat työssään kosketusta, kuten seuraavassa lainauksessa tulee ilmi:

” Se on varmaan sellainen sisäänrakennettu juttu. Kun ajattelet, että minäkin olen työelämässä ollut x vuotta ja olen aina tehnyt käsillä töitä. Niin kädet, tavallaan niillä on oma muistinsa. ”

Kliinisen hoitotyön puuttumista kuvattiin siten, että kliinisessä hoitotyössä tarvittavat tiedot taidot saattavat unohtua, kun niitä ei enää päivittäin käytä. Työnkuvan koettiin olevan monipuolinen teknologialla avulla tehtävässä hoitotyössä. Työkuvan monipuolisuus loi myös haasteita, mutta toisaalta se piti työn mielekkäänä. Alvar-palvelussa toimivat hoitajat ovat siirtyneet tekemään hoitotyötä teknologian välityksellä, koska he eivät pysty enää fyysistä hoitotyötä tekemään. Haastateltavat kokivat, että teknologian avulla he saivat uuden mahdollisuuden tehdä heille tärkeää työtä ja he olivat siitä onnellisia. Eräs haastateltava kuvaili sitä seuraavanlaisesti:

” Asia mistä olin surullinen, kun hain uudelleensijoitukseen oli se, kun ajattelin, että minulla on kuitenkin omasta mielestäni vankka ammattitaito tähän ja halu tehdä tätä työtä. Olin surullinen, että en enää pysty siihen. Mutta nyt sain sen takaisin tämän työn muodossa, että minun ammattitaitoa voidaan sittenkin hyödyntää vielä. ”

Hoitajalta vaadittavat kompetenssit

Hoitajalta vaadittavista kompetensseista muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Hoitajalta vaadittavien kompetenssien alaluokat.

Teknologian vaikutukset kotihoiton hoitajiin	
Yläluokat	Alaluokat
Hoitajalta vaadittavat kompetenssit	Hoitajalta vaadittavat ominaisuudet Ammattitaidon tärkeys Omien asenteiden muutos Ennakkoluulottomuus

Haastateltavat kokivat, että pystyäkseen toteuttamaan hoitotyötä teknologian välityksellä, vaatii se hoitajalta tiettyjä ominaisuuksia. Haastateltavat kokivat, että teknologian avulla toteutettava hoitotyö ei sovi kaikille. Etenkin hoitajien vuorovaikutustaitoja, empaattisuutta, rauhallisuutta ja valmiutta muutoksille sekä heittäytymiskykyä painotettiin. Haastateltavat painottivat hoitajien ammattitaidon tärkeyttä, että hoitotyön toteuttaminen teknologian välityksellä on mahdollista.

Haastateltavat kokivat, että alussa heillä saattoi olla tietynlainen asenne teknologian avulla toteutettavaa hoitotyötä kohtaan, mutta he olivat olleet avoimia muutokselle, mikä oli johtanut positiiviseen lopputulokseen. Hoitajat olivat olleet valmiita muuttamaan omia asenteitaan ja olivat olleet ennakkoluulottomia, jotta heidän työnsä mahdollistuu. Tämä tulee ilmi muun muassa seuraavasta lainauksesta:

” Ensimmäinen ajatus oli, että eihän vanhuksia voi hoitaa tällaisen kautta, että mikä homma tämä on. Mutta nyt kun Alvar on lähtenyt pyörimään, niin mielestäni tämä on aivan mahtava juttu.”

Työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Työhyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden alaluokat.

Teknologian vaikutukset kotihoidon hoitajiin	
Yläluokat	Alaluokat
Työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät	Työn kuormitustekijöiden muutos Ammatillisten rajojen säilyminen Työn palkitsevuus Kollegiaalisuus Esimiehen kannustus

Haastateltavat toivat ilmi, että teknologian avulla tehtävässä hoitotyössä työn kuormitustekijät olivat muuttuneet huomattavasti. Teknologian välityksellä toteutettava hoitotyö saattoi olla ajoittain todella kuormittavaa henkisesti. Yhteyksien aikana

asiakkaiden kanssa käsiteltävät asiat saattoivat olla raskaita ja toisaalta vaikka aiheet olivat kevyempiäkin, oli asiakkaaseen keskittyminen niin intensiivistä, että se vaatii henkisiä voimavaroja. Yksi haastateltavista kertoi seuraavanlaisesti:

” Me ei olla fyysisesti poikki, vaan kun me annetaan hoitoa henkisesti. Onhan se aika, se on aika uuvuttavaa välillä. Että kun tässä pitää kuulla murheet ja.. ”

Työn fyysinen kuormitus taas oli helpottanut, mikä lisäsi hoitajien hyvinvointia. Fyysisen kuormituksen helpotuttua, olivat hoitajat terveempiä ja sairauslomat olivat vähentyneet. Vaikkakin työ oli henkisesti kuormittavaa, kokivat haastateltavat, että he pystyivät säilyttämään ammatilliset rajansa helpommin kuin fyysisessä hoitotyössä. Työasiat oli helpompi jättää työpaikalle, eikä niitä välttämättä pitänyt enää vapaa-ajalla miettiä. Työn palkitsevuus lisäsi haastateltavien työtyytyväisyyttä. He kokivat teknologian välityksellä toteutettavan hoitotyön palkitsevan ennen kaikkea sanallisesti.

Haastateltavat kokivat, että kollegiaalisuus ja esimiehen kannustus olivat todella merkittäviä tekijöitä heidän työssään. Tiimityö oli suuri voimavara työssäjaksamiselle ja se loi hoitotyöhön myös laatua. Esimiehen kannustuksella oli merkittävä vaikutus työn sujumuudelle ja kehittymiselle. Yksi haastateltavista kuvasi työyhteisöä seuraavanlaisesti:

” Kaikki me tunnetaan itsemme tärkeäksi ja esimies oikeasti kunnioittaa meitä. Se pistää meidät enemmän tsemppaan. Me yritetään enemmän. ”

6.1.2 Teknologian vaikutukset kotihoidon työn laatuun

Teknologian vaikutuksista kotihoidon työnlaatuun muodostettiin kolme yläluokkaa, jotka ovat teknologian tuomat mahdollisuudet, hoitotyön laadun paraneminen ja kotihoitoa helpottavat tekijät. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Teknologian tuomat mahdollisuudet

Teknologian tuomista mahdollisuuksista muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Teknologian tuomien mahdollisuuksien alaluokat.

Teknologian vaikutukset kotihoidon työn laatuun	
Yläluokat	Alaluokat
Teknologian tuomat mahdollisuudet	Tiedon pysyvyys
	Teknologian helppokäyttöisyys
	Yhteistyön mahdollistuminen
	Palveluiden yhdistyminen

Teknologian hyödyntäminen hoitotyössä toi hoitotyöhön valtavasti lisää mahdollisuuksia. Hoitotyön laatua paransi huomattavasti se, että teknologian avulla tieto pysyy tallessa. Teknologian hyödyntämisessä hoitotyössä koettiin kuitenkin olevan hyötyä vain, jos tekniset ratkaisut ovat kyllin helppoja sekä asiakkaille, että hoitajille. Juuri tähän on Alvar-palvelussa pyritty, kuten seuraavasta lainauksesta käy ilmi:

”Kaikki teknologia mitä me käytetään, on niin, että asiakkaan ei tarvitse edes ymmärtää käsitettä teknologia.”

Teknologian koettiin tuovan valtavasti uusia mahdollisuuksia sillä, että sen avulla mahdollistuu yhteistyö ja teknologian avulla eri palveluita voidaan yhdistää. Tämän avulla asiakas saa entistä laadukkaampaa ja asiakaslähtoisempää hoitoa. Yksi haastateltavista kertoi seuraavanlaisesti:

”Me pystytään yhdistämään siihen samaan laitteeseen esimerkiksi fysioterapeuttin palvelut tai seurakunta, erilaiset vertaistukiryhmät.”

Hoitotyön laadun paraneminen

Hoitotyön laadun paranemisesta muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 9. Hoitotyön laadun paranemisen alaluokat.

Teknologian vaikutukset kotihoiton työn laatuun	
Yläluokat	Alaluokat
Hoitotyön laadun paraneminen	Lisäarvon tuottaminen Laadukas hoitotyö Kiireetön hoitotyö

Teknologian koettiin tuovan lisäarvoa asiakkaille palvelun sisällön kautta. Sisällön palvelut ovat ylimääräistä, maksutonta palvelua asiakkaalle. Alvar-palvelun koettiin tätä kautta antavan enemmän kuin yksittäinen kotihoiton fyysinen käynti. Haastateltavat kokivat, että teknologian avulla toteutettu hoitotyö on yhtä laadukasta kuin fyysinen hoitotyö. Teknologian välityksellä annettavan hoidon ehdoton laatua parantava tekijä oli se, että hoitotyö oli kiireetöntä. Hoitajilla oli aikaa keskittyä asiakkaisiin ja myös asiakkaat kokivat, että hoitajille oli heille aikaa. Tämä oli palkitsevaa myös hoitajille, kuten yksi haastateltavista kertoi:

”Yksi syy miksi lähdin pois fyysisestä hoitotyöstä tai halusin pois, on se, että ei ole aikaa asiakkaalle. Niin nyt koen, että olen saanut takaisin sen ajan, että on aikaa keskittyä juurikin siihen ihmiseen, jonka kanssa keskustelen.”

Kotihoitoa helpottavat tekijät

Kotihoitoa helpottavista tekijöistä muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 10.

Taulukko 10. Kotihoitoa helpottavien tekijöiden alaluokat.

Teknologian vaikutukset kotihoiton työn laatuun	
Yläluokat	Alaluokat
Kotihoitoa helpottavat tekijät	Kotihoiton paineiden helpottuminen Kotihoiton resurssien oikein kohdistuminen Ajan säästyminen

Teknologian koettiin helpottavan kotihoitoa niin, että kotihoidon paineita pystyttiin helpottamaan ja kotihoidon resurssit saatiin kohdistettua oikein. Tämä mahdollisti sen, että asiakkaille, jotka fyysistä läsnäoloa tarvitsivat, saatiin enemmän aikaa. Yksi haastateltavista kertoi seuraavanlaisesti:

” Alvar on tavallaan antanut tilaa hoitohenkilökunnalle, jotka tekevät käsillä sitä työtä. Niin niille asiakkaille, jotka oikeasti tarvitsevat sitä käsillä tehtyä työtä enemmän, niin aika on varmaan lisääntynyt heillä, kun tänne on pystytty ottamaan niitä. jotka ovat vaan niin sanottuja tarkastuskäyn- tejä.”

6.2 Asiakkaiden kuntoutuminen teknologian välityksellä

Vastauksena toiseen tutkimuskysymykseen tuotettiin kuvaus siitä, miten teknologian avulla voidaan tukea asiakkaiden kuntoutumista kolmena pääluokkana. Pääluokat olivat fyysisen kuntoutuksen tukeminen, psyykkisen kuntoutuksen tukeminen ja sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen.

Taulukko 11. Toisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.

Pääluokat			
Fyysisen kuntoutuksen tukeminen		Psyykkisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat	Yläluokat	Alaluokat
Omatoinisuuden tukeminen	Kuntouttavan työotteen periaate Kuntoutusprosessin seuranta Voimavara lähtöinen hoitotyö Hoitajilla on aikaa toteuttaa kuntouttavaa työotetta Omatoinisuuden periaatteen toteutuminen	Elämänlaadun tukeminen	Vinkkeellisyys Elämän mielekkyyden paraneminen Mahdollisuus osallistua fyysisistä rajoitteista huolimatta
Toimintakyvyn paraneminen	Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen Fyysisen kunnon koheneminen Suorituskyvyn paraneminen Omatoinisuuden lisääntyminen	Autonomian vahvistuminen	Oman tahdon vahvistuminen Itseluottamuksen vahvistuminen Integriteetin säilyminen
		Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen	Yksinäisyyden lieventyminen Henkinen piristymisen Mielenterveyden tukeminen Kiireetön hoitotyö
Sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen			
Yläluokat	Alaluokat		
Sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen	Sosiaalinen kanssakäyminen Ryhmätoiminta Vertaistuki Kanssakäyminen omaisten kanssa		
Sosiaalisuuden lisääntyminen	Yhteisöllisyys Uusien ihmissuhteiden muodostuminen		

6.2.1 Fyysisen kuntoutuksen tukeminen

Fyysisen kuntoutuksen tukemisesta muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka ovat omatoimisuuden tukeminen ja toimintakyvyn paraneminen. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Omatoimisuuden tukeminen

Omatoimisuuden tukemisesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 12.

Taulukko 12. Omatoimisuuden tukemisen alaluokat.

Fyysisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Omatoimisuuden tukeminen	Kuntouttava työote
	Kuntoutusprosessin seuranta
	Voimavaralähtöinen hoitotyö
	Hoitajilla on aikaa toteuttaa kuntouttavaa työotetta
	Omatoimisuuden periaatteen toteutuminen

Kuntouttavan työotteen koettiin olevan ainut mahdollinen työte, jolla hoitotyötä pystyttiin teknologian avulla toteuttamaan, koska ei oltu fyysisesti läsnä auttamassa. Näin olleen kuntouttava työote todella toteutui, koska vaihtoehtoja ei ollut. Fyysisessä hoitotyössä usein tehdään asioita asiakkaiden puolesta vaikka he pystyisivät itsekin. Asiakkaiden kuntoutusprosessia pyrittiin seuraamaan ja hoitajat huomioivat, jos toimintakyvyssä oli tapahtunut muutoksia. Yksi haastateltavista kertoi seuraavanlaisesti:

”Me puetaan helposti se asiakas ja tehdään itse, niin nyt asiakas saa kuntouttavaa toimintaa, että hän itse laittaa sukat ja hän itse pukee.”

Hoitajat pyrkivät aina tunnistamaan asiakkaan omat voimavarat ja kannustamaan asiakkaita käyttämään niitä. Hoitotyö on voimavaralähtöistä. Asiakkaan kaikki voimavarat otetaan käyttöön ja asiakkaan toimintakyky säilyy. Yksi haastateltavista

kertoi esimerkiksi asiakkaasta, joka on teknologian välityksellä alkanut pistämään insuliinin itse, eikä kotihoidon hoitajan tarvinnut enää tehdä sitä.

Teknologian avulla hoitajat kokivat, että heillä oli aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtä, kun taas fyysisessä hoitotyössä aikaa ei yleensä ole. Tämä luonnollisesti edesauttaa asiakkaiden fyysistä kuntoutumista. Teknologian välityksellä tehtävässä hoitotyössä omatoimisuuden periaate toteutuu, koska muita vaihtoehtoja ei ole. Yksi haastateltavista kuvaili tilannetta seuraavanlaisesti:

”Tässä systeemissä on jo se vika, että ei sitä pystytä antamaan, sitä kuntouttavaa työtä. Sen kiireen takia. Jos meillä ei olisi kiirettä niin kummasti saataisiin asiakkaat tekemään itse asioita, mutta kun se on ajettu niin ahtaalle. Tuolla asiakkaat tekevät varmasti paljon enemmän, tuon kuvapuhelimen kanssa.”

Toimintakyvyn paraneminen

Toimintakyvyn paranemisesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 13.

Taulukko 13. Toimintakyvyn paranemisen alaluokat.

Fyysisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Toimintakyvyn paraneminen	Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen Fyysisen kunnan koheneminen Suorituskyvyn paraneminen Omatoimisuuden lisääntyminen

Teknologian välityksellä saatavan fyysisen kuntoutuksen myötä asiakkaiden aktiivisuus lisääntyi. He saivat muun muassa erilaisia jumppia, joihin he pystyivät kotoaan osallistumaan. Vaikka Alvarin asiakas ei suoranaisesti fyysiseen jumppaan osallistuisikaan, antoivat hoitajat sitä silti soittojen aikana. Hoitajat olivat huomanneet, että asiakkaiden fyysinen kunto oli kohentunut.

Fyysisen kunnon kohenemisen myötä oli asiakkaiden suorituskykykin parantunut. Jotkut asiakkaat esimerkiksi alkoivat liikkumaan kodin ulkopuolelle. Fyysisen kuntoutumisen myötä asiakkaiden omatoimisuus oli lisääntynyt. Asiakkaat huomasivat, että he pystyivät toiminaan itse ja alkoivat tekemään asioita oma-aloitteisesti. Yksi haastateltavista kuvaili erään Alvar-asiakkaan fyysistä kuntoutumista seuraavallisesti:

”Meillä on asiakas, joka on meidän kautta kuntoutunut niin, että hän käy fyysisesti ryhmissä.”

6.2.2 Psyykkisen kuntoutuksen tukeminen

Psyykkisen kuntoutuksen tukemisesta muodostettiin kolme yläluokkaa, jotka ovat elämänlaadun tukeminen, autonomian vahvistuminen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Elämänlaadun tukeminen

Elämänlaadun tukemisesta muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 14.

Taulukko 14. Elämänlaadun tukemisen alaluokat.

Psyykkisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Elämänlaadun tukeminen	Virikkeellisyys Elämän mielekkyyden paraneminen Mahdollisuus osallistua fyysisistä rajoitteista huolimatta

Teknologian avulla asiakkaat saivat uudenlaisia virikkeitä kotiinsa, mikä lisäsi heidän elämänlaatuaan. Asiakkaat kokivat viriketuokiot tärkeiksi. Teknologian välityksellä asiakkaat pääsivät osallistumaan heille tärkeisiin asioihin, asiakkaat olivat päässeet esimerkiksi museoon ja merenrantaan. Tämä lisäsi elämän mielekkyyttä. Osa asiakkaista ei halua poistua kotoaan ja osa ei pääse poistumaan kotoaan, vaikka haluasi.

Teknologian avulla asiakkaat pääsivät osallistumaan asioihin, joihin he eivät olleet enää fyysisesti päässeet kunnon huonontumisen vuoksi. Yksi haastateltava kertoi seuraavanlaisesti esimerkiksi sotaveteraanista, joka oli päässyt teknologian avulla seuraamaan veteraanien puurojuhlaa:

” Hän istui tunnin tuolilla ja itki, kun siellä oli puheita ja kokemuksia. Se oli tosi liikuttavaa.”

Autonomian vahvistuminen

Autonomian vahvistumisesta muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 15.

Taulukko 15. Autonomian vahvistumisen alaluokat.

Psyykkisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Autonomian vahvistuminen	Oman tahdon vahvistuminen Itseluottamuksen vahvistuminen Integriteetin säilyminen

Haastateltavat hoitajat olivat huomanneet, että asiakkaiden oma tahto ja itseluottamus oli vahvistunut, kun he olivat saaneet kokemuksia siitä, että he pystyivätkin itse tekemään asioita. Tämä lisäsi psyykkistä hyvinvointia. Integriteetin säilyminen lisäsi asiakkaiden autonomiaa ja etenkin mielenterveysasiakkaille se oli äärimmäisen tärkeää. Oman reviirin säilyminen sai asiakkaat myös vapautuneemmaksi. Autonomian vahvistumista kuvattiin esimerkiksi seuraavanlaisesti:

”Niin, että ne ovat aika isoja asioita sitten kuitenkin, koska nyt hän tietää mitä kaikkea hän voisi tehdä.”

Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 16.

Taulukko 16. Psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen alaluokat.

Psyykkisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen	Yksinäisyyden lieventyminen Henkinen piristyminen Mielenterveyden tukeminen Kiireetön hoitotyö

Yksinäisyyttä pystyttiin lieventämään teknologian välityksellä, koska asiakkaat saivat olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Haastateltavat kokivat, että heillä oli enemmän aikaa olla läsnä, toisin kuin fyysisessä hoitotyössä. Moni asiakas oli kokenut teknologian käyttöönoton jälkeen henkistä piristymistä, jonka hoitajat ja omaiset olivat havainneet. Asiakkaiden mielenterveyttä tuettiin niin hoitajien, kuin esimerkiksi diakonissojen toimesta. Alvar-asiakkaille oli esimerkiksi heidän toiveestaan perustettu sururyhmä, jossa he saivat luottamuksellisesti purkaa suruaan. Tämä tuki asiakkaiden mielenterveyttä, eivätkä he vastaavaa palvelua saisi ilman teknologiaa.

Suuri vaikuttava tekijä asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa oli se, että hoitajilla oli aikaa teknologian välityksellä tehdä hoitotyötä ilman kiirettä. Heillä oli aikaa keskittyä asiakkaaseen ja kuunnella häntä, kuten seuraavasta lainauksesta tulee ilmi:

”Asiakkaat ovat usein hirvittävän yksinäisiä, niin me pystytään helpottamaan sitä yksinäisyyttäkin olemalla läsnä, vaikkakin kuvapuhelimen välityksellä.”

6.2.3 Sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen

Sosiaalisen kuntoutumisen tukemisesta muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka ovat sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen ja sosiaalisuuden lisääntyminen. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen

Sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 17.

Taulukko 17. Sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisen alaluokat.

Sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen	Sosiaalinen kanssakäyminen
	Ryhmätoiminta
	Vertaistuki
	Kanssakäyminen omaisten kanssa

Asiakkaiden sosiaalista hyvinvointia pystyttiin tukemaan sillä, että he saivat sosiaalista kanssakäymistä ei pelkästään hoitajien, vaan muiden asiakkaidenkin kanssa erilaisissa tuokioissa. Tekniikka mahdollisti asiakkaiden ryhmätoiminnan. Erilaisissa ryhmissä asiakkaat saivat myös vertaistukea toisiltaan. Yksi haastateltavista kertoi seuraavanlaisesti:

” Nyt niitä ryhmiä kyetään muodostaan. Ilman näitä laitteitahan niitä ei kyettäisi.”

Tekniikan hyödyntäminen mahdollisti myös sen, että asiakkaat pystyivät pitämään yhteyttä omaisiansakin kanssa uudella tavalla. He saivat kuvayhteyden toisiinsa ja sitä pidettiin todella tärkeänä.

Sosiaalisuuden lisääntyminen

Sosiaalisuuden lisääntymisestä tukemisesta muodostettiin kaksi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 18.

Taulukko 18. Sosiaalisuuden lisääntymisen alaluokat.

Sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen	
Yläluokat	Alaluokat
Sosiaalisuuden lisääntyminen	Yhteisöllisyys Uusien ihmissuhteiden muodostuminen

Yhteisöllisyyden tunne koettiin tärkeäksi osaksi sosiaalista kuntoutumista ja teknologian avulla se mahdollistui. Asiakkailta oli saattanut pitkään olla tilanne, että he olivat keskustelleet vain hoitohenkilökunnan kanssa ja nyt he saivat keskustella myös toistensa kanssa teknologian välityksellä. Teknologia oli mahdollistanut myös uusien ihmissuhteiden muodostumisen, kuten seuraavassa lainauksessa tulee ilmi:

” Meillä oli tässä alussa pari ihmistä. He huomasivat, että meidän tunnetaan toisemme ja toinen sanoi, että hei minä soitan sinulle. Sitten he alkoivat soitella toisillensa ja sitten toinen meni käymäänkin välillä kahvilla.”

6.3 Asiakkaiden kohtaaminen ja havainnointi teknologian välityksellä

Vastauksena kolmanteen tutkimuskysymykseen tuotettiin kuvaus siitä, miten teknologia vaikuttaa asiakkaiden kohtaamiseen ja havainnoitiin kolmena pääluokkana. Pääluokat olivat teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt, teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteet ja teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavat tekijät.

Taulukko 19. Kolmannen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.

Pääluokat			
Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt		Teknologia välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteet	
Yläluokat	Alaluokat	Yläluokat	Alaluokat
Autonomian kunnioittaminen	Integriteetin säilyminen Itsemääräämisoikeuden toteutuminen Yksilöllisyyden kunnioittaminen	Fyysisen läsnäolon puute	Havainnoinnin rajoittuminen Fyysisen kosketuksen puuttuminen
Asiakaslähtöisyys	Täsmällisyys Palvelun asiakaslähtöisyys Ohjauksen avulla toteutuva hoitotyö Keskittyminen asiakkaaseen	Havainnoinnin erilaisuus	Luottaminen asiakkaan sanaan Havainnointiin harjautuminen Havainnoinnin korostuminen Sanattoman viestinnän lukeminen
Laadukas Vuorovaikutus	Aito kohtaaminen Luottamuksellinen vuorovaikutus Kiiireetön kohtaaminen Intensiivinen kohtaaminen Ajan myötä syntyvä vuorovaikutus		
Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavat tekijät			
Yläluokat	Alaluokat		
Laadukas kirjaaminen	Kirjaamisen tärkeys Kattavat kirjaukset Asiakaslähtöinen kirjaaminen Jatkohoidon varmistaminen		
Hoitajan ammattitaidon merkitys	Ammattitaito voimavarana Hoitajan vastuu Hoitajan vuorovaikutustaidot		

6.3.1 Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt

Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyistä muodostettiin kolme yläluokkaa, jotka ovat autonomian kunnioittaminen, asiakaslähtöisyys ja laadukas vuorovaikutus. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Autonomian kunnioittaminen

Autonomian kunnioittamisesta muodostettiin kolme pääluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 20.

Taulukko 20. Autonomian kunnioittamisen alaluokat.

Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt	
Yläluokat	Alaluokat
Autonomian kunnioittaminen	Integriteetin säilyminen
	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen
	Yksilöllisyyden kunnioittaminen

Teknologian välityksellä asiakkaita kohdatessa heidän integriteettinsä säilyi, josta jotkut asiakkaat olivat tyytyväisiä. Integriteettiä kunnioitettiin myös siten, että laitteet sijoitettiin asiakkaan kotiin niin, että hänen yksityisyytensä ei loukkaannu. Itsemääräämisoikeus toteutui teknologian avulla tehtävässä hoitotyössä muun muassa siten, että palvelu on vapaaehtoinen. Asiakkaita kannustettiin kokeilemaan ja heidän niin halutessaan, ei palvelua jatkettu. Usea asiakas oli kuitenkin kokeilun jälkeen innostunut. Teknologian välityksellä asiakkaat kohdattiin yksilöllisesti ja heidän yksilöllisyyttään kunnioitettiin. Kaikkia asiakkaita kohdeltiin siten, että he olivat yhtä tärkeitä. Yksi haastateltavista kertoi seuraavanlaisesti:

” Toisille voi olla se, että he eivät halua hoitajia sinne kotia, niin sitten Alvarin avulla jokin kontrolli kuitenkin sitten.”

Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyydestä muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 21.

Taulukko 21. Asiakslähtöisyyden alaluokat.

Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt	
Yläluokat	Alaluokat
Asiakslähtöisyys	Täsmällisyys Palvelun asiakslähtöisyys Ohjauksen avulla toteutuva hoitotyö Keskittyminen asiakkaaseen

Palvelun yksi tärkeimmistä arvoista oli asiakslähtöisyys. Asiakkaiden kohtaamisessa se tuli esille muun muassa siten, että palvelun kaikki sisällöt suunniteltiin asiakkaiden toiveiden mukaan. Soittoajankohdat määriteltiin asiakkaiden toiveiden mukaisesti ja niitä tarvittaessa muutettiin. Tärkeäksi koettiin se, että soittotapahtuivat täsmällisesti ajallaan ja asiakkaan ei tarvinnut odottaa soittoa, kuten esimerkiksi kotihoidon fyysiset kotikäynnit eivät ikinä tapahdu tarkkaan aikaan, vaan tietyllä aikavälillä. Näin kertoi yksi haastateltu:

” Asiakkaan toiveiden mukaan me tehdään nämä tuokiotikin. Ja sitten se, että mikä minun mielestä meillä on niin hyvä, että meillä on aina se tarkka aika, kun me soitetaan.”

Teknologian avulla hoitotyötä toteuttaessa asiakkaiden hoito tapahtuu asiakslähtöisesti asiakkaita ohjaamalla, neuvomalla, kannustamalla ja motivoimalla. Kohtaamisen asiakslähtöisyys tuli ilmi myös siinä, miten hoitajat todella keskittyivät asiakkaaseen.

Laadukas vuorovaikutus

Laadukkaasta vuorovaikutuksesta muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 22.

Taulukko 22. Laadukkaan vuorovaikutuksen alaluokat.

Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin hyödyt	
Yläluokat	Alaluokat
Laadukas Vuorovaikutus	Aito kohtaaminen Luottamuksellinen vuorovaikutus Kiireetön kohtaaminen Intensiivinen kohtaaminen Ajan myötä syntyvä vuorovaikutus

Asiakkaita teknologian välityksellä kohdatessa koettiin kohtaamiset kuitenkin hyvin aidoiksi. Kohtaamiset tuntuivat siltä kuin oltaisiin samassa tilassa. Vuorovaikutus asiakkaiden ja hoitajien välillä oli luottamuksellista. Hoitajat ja asiakkaat oppivat tuntemaan toisensa, jolloin asiakkaat kertoivat henkilökohtaisiakin asioita avoimesti. Luottamuksen syntyminen vaati kuitenkin aikaa, eli vuorovaikutus syveni ja syntyi ajan myötä. Kohtaamiset asiakkaiden kanssa koettiin intensiivisiksi ja kiireettömiksi. Tämä oli suuri hyöty verrattuna fyysiseen kohtaamiseen, jossa saattaa olla kiireen tuntu ja hoitaja voi samalla kotikäynnin aikana hoitaa monta muuta asiaa. Kun kohdataan teknologian välityksellä, hoitaja todellakin keskittyy kohtaamiseen ja tämä tekee siitä intensiivistä, kuten yhdestä lainauksesta käy ilmi:

”Että sitä niin kuin istuttaisiin samassa kahvipöydässä kuitenkin, kuin ollaan niin lähellä siinä ja, että asiakkaaltakin tuntuu, että et ihan kuin sinä olisit tässä. Tässä samassa pöydässä minun kanssa juttelemassa.”

6.3.2 Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteet

Teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteista muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka ovat fyysisen läsnäolon puute ja havainnoinnin erilaisuus. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Fyysisen läsnäolon puute

Fyysisen läsnäolon puutteesta muodostettiin kaksi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 23.

Taulukko 23. Fyysisen läsnäolon puutteen alaluokat.

Teknologia välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteet	
Yläluokat	Alaluokat
Fyysisen läsnäolon puute	Havainnoinnin rajoittuminen rajoittuminen Fyysisen kosketuksen puuttuminen

Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin liittyy myös haasteita, joista yksi oli fyysisen läsnäolon puute. Fyysisen läsnäolon puute aiheutti sen, että havainnointi rajoittui siihen mitä hoitaja kuvapuhelimella näki. Hoitaja ei esimerkiksi nähnyt asiakkaan liikkumista. Fyysisen kosketuksen puuttumisen koettiin tietyissä tapauksissa luovan haasteita asiakkaiden havainnoimiseen ja kohtamiseen. Tällaisia tapauksia oli esimerkiksi tilanteet, joissa asiakas tarvitsi lohdutusta. Havainnoinnin rajoittumista kuvaili yksi haastatelluista seuraavanlaisesti:

” Me ei nähdä liikkumista ja fyysistä suoriutumista eri asioista. Niin se on yks haasteista. Havainnointi jää siihen mitä me nähdään.”

Havainnoinnin erilaisuus

Havainnoinnin erilaisuudesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 24.

Taulukko 24. Havainnoinnin erilaisuuden alaluokat.

Teknologia välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin haasteet	
Yläluokat	Alaluokat
Havainnoinnin erilaisuus	Luottaminen asiakkaan sanaan Havainnointiin harjautuminen Havainnoinnin korostuminen Sanattoman viestinnän lukeminen

Havainnointi ja kohtaaminen teknologian välityksellä oli erilaista, kuin jos se olisi tapahtunut fyysisesti paikan päällä. Hoitajien tuli luottaa asiakkaiden sanaan, joka aiheutti joskus epävarmuutta. Haastateltavat uskoivat kuitenkin, että teknologian avulla tapahtuvaan havainnointiin harjaantuu ja se helpottuu ajan myötä. Hoitajien piti osata lukea myös sanatonta viestintää eleiden ja ilmeiden kautta. Kun havainnointi tehdään teknologian välityksellä, eikä fyysisesti läsnä olemalla, sen tärkeys korostuu. Näin kertoi yksi haastatelluista:

”Että ehkä korostuu se havainnointi koska, jos ei ole siellä paikan päällä, niin pitää jotenkin vielä vähä enemmän keskittyä siihen, että miten se asiakas voi.”

6.3.3 Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavat tekijät

Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavista tekijöistä muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka ovat laadukas kirjaaminen ja hoitajan ammattitaidon merkitys. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Laadukas kirjaaminen

Laadukkaasta kirjaamisesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on kuvattu taulukossa 25.

Taulukko 25. Laadukkaan kirjaamisen alaluokat.

Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavat tekijät	
Yläluokat	Alaluokat
Laadukas kirjaaminen	Kirjaamisen tärkeys Kattavat kirjaukset Asiakaslähtöinen kirjaaminen Jatkohoidon varmistaminen

Laadukkaan kirjaamisen koettiin olevan merkittävä tekijä, joka edesauttoi asiakkaiden havainnointia ja kohtaamista teknologian välityksellä. Laadukas kirjaaminen tuki Alvar hoitajien työtä. Alvar palvelun hoitajat pyrkivät siihen, että heidän kir-

jauksensa ovat kattavia. Haastateltavat kokivat, että on helpompaa kirjata kattavasti, kun kirjaaminen tehdään koneella, kun taas fyysistä hoitotyötä tekevät kirjaaavat asiakkaan luona puhelimella. Alvar palvelussa on panostettu siihen, että kirjaaminen on asiakaslähtöistä. Tärkeää oli myös asiakkaiden jatkohoidon varmistaminen, jos hoitaja oli teknologian avulla havainnoinut jotain poikkeavaa. Alvar-hoitajien kirjaamista kuvattiin esimerkiksi seuraavanlaisesti:

” Me kirjataan vain aina se mitä asiakas on tehnyt ja mitä hän kykenee tekemään ja miltä hän näytti. Me jätetään se kaikki oma tekeminen kirjaimatta.”

Hoitajan ammattitaidon merkitys

Hoitajan ammattitaidon merkityksestä muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on kuvattu taulukossa 26.

Taulukko 26. Hoitajan ammattitaidon merkityksen alaluokat.

Teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin vaadittavat tekijät	
Yläluokat	Alaluokat
Hoitajan ammattitaidon merkitys	Ammattitaito voimavarana
	Hoitajan vastuu
	Hoitajan vuorovaikutustaidot

Hoitajan ammattitaidon merkitys korostui teknologian välityksellä tapahtuvassa havainnoinnissa ja kohtaamisessa. Ammattitaito auttoi asiakkaiden kohtaamisessa ja havainnoinnissa. Hoitajalla koettiin olevan suuri vastuu siinä, kun asiakkaita havainnoidaan teknologian välityksellä, kuten yksi haastatelluista kertoi:

”Pitää olla aika vahva tietotaito niistä kaikista sairauksista mitä asiakkailla on ja mitkä oireet liittyvät niihin. Että pystyy havainnoimaan sitä tilannetta ja pitää ihan oikeasti olla se tieto siitä lääkityksestä ja niistä lääkkeistä mitä asiakkaalla on.”

Oleellinen tekijä teknologian välityksellä tapahtuvan kohtaamisen ja havainnoinnin onnistumisessa oli hoitajan vuorovaikutustaidot. Haastateltavat korostivat hoitajien kuuntelun taitoa ja kykyä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen.

6.4 Palvelun kehittämiskohteet

Vastauksena neljänteen tutkimuskysymykseen tuotettiin kuvaus siitä, miten palvelua voisi kehittää kolmena pääluokkana. Pääluokat olivat palvelun laajuuden kehittäminen, palvelun sujuvuuden kehittäminen ja henkilöstöön liittyvä kehittäminen.

Taulukko 27. Neljännen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.

Pääluokat			
Palvelun laajuuden kehittäminen		Palvelun sujuvuuden kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat	Yläluokat	Alaluokat
Asiakasryhmien kehityskohteet	Ensikontakti kotihoitoon Uudet asiakasryhmät	Toimintaan liittyvät kehityskohteet	Jatkuva kehitys Nopeasti muuttuvat toimintaohjeet Informaation kulun ongelmat
Palvelun sisällön kehityskohteet	Lisäarvon tuottaminen Palveluiden monipuolistaminen Yhteistyön helpottaminen eri palveluntarjoajien kesken	Käytäntöön liittyvät kehityskohteet	Käytännön haasteet Asiakkaan kodissa olevat haasteet
Henkilöstöön liittyvä kehittäminen		Tekniset kehityskohteet	Haasteet yhteyksien kanssa Haasteet kuvanlaadussa Haasteet äänen kuuluvuudessa Teknologian kapasiteetin riittämättömyys Tekniikan apuvälineet
Yläluokat	Alaluokat		
Työtiloihin liittyvät kehityskohteet	Rauhaton työtila Alimitoitetut tilat Ilmanlaadunongelmat		
Henkilöstöön liittyvät kehityskohteet	Henkilökunnan vähyys Työvuorot Kielitaito		
Kotihoidossa olevat kehityskohteet	Kotihoidon ennakkoasenteet Muutosvastarinta Yhteistyön kehittäminen kotihoidon kentässä Informaation kulun ongelmat		

6.4.1 Palvelun laajuuden kehittäminen

Palvelun laajuuden kehittämisestä muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka ovat asiakasryhmien kehityskohteet ja palvelun sisällön kehityskohteet. Seuraavassa kuvailaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Asiakasryhmien kehityskohteet

Asiakasryhmien kehityskohteista muodostettiin kaksi alaluokkaa, jotka on kuvattu taulukossa 28.

Taulukko 28. Asiakasryhmien kehityskohteiden alaluokat.

Palvelun laajuuden kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Asiakasryhmien kehityskohteet	Ensikontakti kotihoitoon Uudet asiakasryhmät

Haastateltavat kokivat, että palvelun laajuutta voisi kehittää asiakasryhmien kautta. Haastateltavat kokivat, että palvelusta olisi suuri hyöty, jos se olisi ensikontakti kotihoitoon. Alvar-palvelua voisi tarjota asiakkaille ensimmäisenä, ennen fyysisiä kotihoitoon käyntejä. Yksi haastatelluista ideoi seuraavanlaisesti:

” Minun haave olisi se, että tehtäisiin niin päin, että kun asiakas tulee kotihoitoon piiriin, niin hän on ehkä hyväkuntoinen. Niin otettaisiin ensin Alvar ja sitten kokeiltaisiin sillä ensin. Sitten jos asiakkaan vointi menee huonompaan suuntaan, niin sitten otettaisiin siihen kotihoitoon käynnit. ”

Haastateltavilla oli myös ideoita siitä, kuinka palvelua voisi soveltaa myös kokonaan uusille asiakasryhmille. Ehdotuksia tuli muun muassa siitä, kuinka kehitysvammaiset, mielenterveyspotilaat ja syrjäytyneet voisivat hyötyä Alvarin tyyppisestä palvelusta.

Palvelun sisällön kehityskohteet

Palvelun sisällön kehityskohteista muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 29.

Taulukko 29. Palvelun sisällön kehityskohteiden alaluokat.

Palvelun laajuuden kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Palvelun sisällön kehityskohteet	Lisäarvon tuottaminen
	Palveluiden monipuolistaminen
	Yhteistyön helpottaminen eri palveluntarjoajien kesken

Palvelun sisällöllisistä kehityskohteista haastateltavat kertoivat muun muassa, että Alvaria voisi käyttää tuottamaan lisäarvoa kotihoidon asiakkaille. Tällä hetkellä palvelun lisäarvon tuottaa palvelun sisältö mutta sitä asiakkaat eivät voi saada, jos heillä ei ole Alvarin kautta myös hoidollista palvelua. Alvarin palveluiden koettiin olevan jo hyvin monipuolisia ja sisältö kehittyy koko ajan. Kuitenkin aina palveluita voi tietenkin monipuolistaa ja vaihtoehtojen koettiin olevan rajattomat.

Yhtenä kehittämiskohteena haastateltavat kertoivat, että palvelua voisi hyödyntää yhteistyössä eri palveluntarjoajien kesken, kuten esimerkiksi erilaisten perusterveyden tai erikoissairaanhoidon poliklinikkojen kesken. Yksi haastateltavista esimerkiksi ideoi, kuinka palvelun avulla voisi ottaa yhteyden tulkkiin tai haavanhoitajaan.

6.4.2 Palvelun sujuvuuden kehittäminen

Palvelun sujuvuuden kehittämisestä muodostettiin kolme yläluokkaa, jotka ovat toimintaan liittyvät kehityskohteet, käytäntöön liittyvät kehityskohteet ja tekniset kehityskohteet. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Toimintaan liittyvät kehityskohteet

Toimintaan liittyvistä kehityskohteista muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on kuvattu taulukossa 30.

Taulukko 30. Toimintaan liittyvien kehityskohteiden alaluokat.

Palvelun sujuvuuden kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Toimintaan liittyvät kehityskohteet	Jatkuva kehitys Nopeasti muuttuvat toimintaohjeet Informaatiokulun ongelmat

Palvelun koettiin kehittyvän jatkuvasti, jonka vuoksi toimintaohjeetkin saattoivat muuttua nopeasti. Tämä aiheutti hoitajissa epävarmuutta, vaikkakin oli ymmärrettävää, että uudessa palvelussa toimintaohjeet saattavat muuttua nopeastikin. Informaation kulussa esiintyi ajoittain ongelmia, joka aiheutti ongelmia palvelun sujuvuudesta. Esimerkiksi ohjelmiston päivityksistä ei ollut tullut palveluntarjoajalta tietoa, mikä aiheutti hämmennystä.

Käytäntöön liittyvät kehityskohteet

Käytäntöön liittyvistä kehityskohteista muodostettiin kaksi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 31.

Taulukko 31. Käytäntöön liittyvien kehityskohteiden alaluokat.

Palvelun sujuvuuden kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Käytäntöön liittyvät kehityskohteet	Käytännön haasteet Asiakkaan kodissa olevat haasteet

Käytännön haasteet loivat ongelmia palvelun sujuvuuteen, kuten esimerkiksi se, että useiden asiakkaiden lääkkeet ovat lukollisessa kaapissa. Tällöin hoitaja tarvitaan paikalle fyysisesti lääkekaappi avaamaan. Haasteita loi myös asiakkaiden kotona olevat tekijät, kuten esimerkiksi valotus tai haasteet sijoittaa laite. Nämä kuitenkin ovat sellaisia haasteita, joihin ei yksinkertaista ratkaisua ole helppo löytää.

Tekniset kehityskohteet

Teknisistä kehityskohteista muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 32.

Taulukko 32. Teknisten kehityskohteiden alaluokat.

Palvelun sujuvuuden kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Tekniset kehityskohteet	Haasteet yhteyksien kanssa
	Haasteet kuvanlaadussa
	Haasteet äänen kuuluvuudessa
	Teknologian kapasiteetin riittämättömyys
	Tekniikan apuvälineet

Tekniset kehityskohteet tuotiin haastatteluisissa vahvasti esiin. Tekniset ongelmat koettiin turhauttaviksi sekä työntekijöiden, että asiakkaiden kannalta. Yhteyksien kanssa esiintyi runsaasti ongelmia. Kuvanlaadussa ja äänenkuuluvuudessa oli ajoittain ongelmia. Kuva saattoi esimerkiksi jähmettyä tai ääni säristä. Yksi haastatelluista kertoi seuraavanlaisesti:

” Tekniset ongelmat on ne mihin pitäisi puuttua. Ne ovat niin turhauttavia, kun muuten kaikki toimii, mutta sitten tekniikka pettää. Se vie paljon aikaa ja se on todella häiritsevää myöskin asiakkaalle.”

Teknologian kapasiteetin riittämättömyys koettiin myös kehitettäväksi kohteeksi, koska sen vuoksi kaikki halukkaat asiakkaat eivät esimerkiksi päässeet ryhmiin. Tätä oli kuitenkin ratkaistu sillä, että ryhmiä oli tehty lisää. Kapasiteetin riittämättömyys häiritsi myös hoitajien työtä, kun kaikki eivät voineet työskennellä yhtä aikaa. Haastateltavat kaipasivat pieniä teknisiä apuvälineitä helpottamaan työskentelyä. Ongelmaksi oli muodostunut esimerkiksi se, että asiakkaat eivät saaneet painettua itseään tuokioihin ja tämän vuoksi heille toivottiin kosketusnäyttökyniä. Myöskin liikuteltavaa kuvaa kaivattiin helpottamaan asiakkaiden havainnointia.

6.4.3 Henkilöstöön liittyvä kehittäminen

Henkilöstöön liittyvästä kehittämisestä muodostettiin kolme yläluokkaa, jotka ovat työtiloihin liittyvät kehityskohteet, henkilöstöön liittyvät kehityskohteet ja kotihoitossa olevat kehityskohteet. Seuraavassa kuvaillaan kukin yläluokka. Yläluokkien mukaisesti tarkastellaan samalla niihin liittyviä alaluokkia.

Työtiloihin liittyvät kehityskohteet

Työtiloihin liittyvistä kehityskohteista muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 33.

Taulukko 33. Työtiloihin liittyvien kehityskohteiden alaluokat.

Henkilöstöön liittyvä kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Työtiloihin liittyvät kehityskohteet	Rauhaton työtila Alimitoitettut tilat Ilmanlaadun ongelmat

Haastateltavat kokivat, että työtiloissa olisi kehitettävää. Työtila oli rauhaton, jonka vuoksi hoitajat häiritsivät toistensa puheluita. Samassa tilassa koettiin olevan liikaa työntekijöitä. Työtilan ilmanlaatu kärsi, koska ovia ei voinut pitää auki, etteivät ulkopuoliset kuule puheluita. Myöskään ikkunoiden auki pitäminen ei ollut mahdollista, koska silloin yhteys häiriintyi ulkoa tulevista äänistä. Haastateltavat kuvailivat työtilojen ongelmia seuraavanlaisesti:

” Meitä on liikaa ihmisiä liian pienessä tilassa. Me häiritsemme toistemme puheluita ja sisäilmanlaatu on surkea.”

Henkilöstöön liittyvät kehityskohteet

Henkilöstöön liittyvistä kehityskohteista muodostettiin kolme alaluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 34.

Taulukko 34. Henkilöstöön liittyvien kehityskohteiden alaluokat.

Henkilöstöön liittyvä kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Henkilöstöön liittyvät kehityskohteet	Henkilökunnan vähyys Työvuorot Kielitaito

Henkilöstöön liittyviä kehityskohteita oli henkilökunnan vähyys, jolloin esimerkiksi sairaslomille ei saatu sijaista, vaan Alvar-hoitajat hoitivat toistensa työt. Työvuoroissa oli kehitettävää siinä mielessä, että ilta- ja viikonloppuvuoroille olisi tarvetta, mutta silloin tarvittaisiin enemmän henkilökuntaa. Yksi haastatelluista kertoi seuraavanlaisesti:

” Iltatyöstä on tullut toiveita mutta sitähan me ei vielä tehdä. Sille olisi todella paljon käyttöä, koska siellä on paljo tarkistuskäyntejä. Et silloin ne vois Alvar hoitaa, koska illat on niin kiireisiä.”

Kielitaidon osalta toivottiin kaksikielistä hoitajaa Alvariin, jolloin myös täysin ruotsinkielisiä asiakkaita voisi ottaa palveluun.

Kotihoidossa olevat kehityskohteet

Kotihoidossa olevista kehityskohteista muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on kuvattu taulukossa 35.

Taulukko 35. Kotihoidossa olevien kehityskohteiden alaluokat.

Henkilöstöön liittyvä kehittäminen	
Yläluokat	Alaluokat
Kotihoidossa olevat kehityskohteet	Kotihoidon ennakkoasenteet Muutosvastarinta Yhteistyön kehittäminen kotihoidon kentässä Informaation kulun ongelmat

Kotihoidossa koettiin olevan ennakkoasenteita palvelua kohtaan ja tämä aiheutti ongelmia. Kotihoidon hoitajien koettiin olevan epätietoisia palvelun sisällöstä, sekä siinä toimivien hoitajien työnkuvasta. Kotihoidonhoitajien puolelta oli koettu myös muutosvastarintaa, joka ilmeni muun muassa siten, että Alvariin ei haluttu antaa

asiakkaita. Tämän koettiin johtuvan epätietoisuudesta, kuten eräs haastatelluista kuvaili:

” Se on ennakkoluuloja ja ennakkokäsityksiä ja sitten tulee semmoista, että joukossa aletaan puhua, niin se muutosvastarinta ehkä voimistuu.”

Ennakoasenteiden ja muutosvastarinnan vuoksi koettiin, että yhteistyötä kotihoidon kentässä tulisi kehittää. Informaationkulku kotihoidon hoitajien ja Alvar-hoitajien välillä koettiin ajoittain haasteellisesti ja siinä olisi kehitettävää. Yksi haastatelluista kuvaili seuraavanlaisesti:

”Ne välillä unohtaa, että myöskin meitä pitäisi informoida esimerkiksi intervalleista, sairaalaan joutumisista tai muusta merkittävästä asiakkaan kohdalla. Koska me usein soitetaan päivittäin niin, he tuntuvat unohtamaan meidät.”

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia kotihoidon Alvar-palvelun toimintaa ja hoitajien työnkuvaa, sekä kerätä tietoa tästä uudesta toiminnasta. Tarkoituksena on tarkastella hoitajien kokemuksia kyseisestä toiminnasta ja kartoittaa heidän mielipiteitään siitä minkälaisia kehittämistarpeita toiminnalla mahdollisesti on. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla toimintaa voidaan kehittää tulevaisuutta varten. Tässä pohdintaosuudessa tarkastellaan saatuja tuloksia ja verrataan niitä aiempiin tutkimuksiin, tehden johtopäätelmiä. Lisäksi tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi esitetään jatkotutkimusehdotuksia.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimustuloksia tarkastellaan tässä tutkimuskysymyksittäin, niin kuin aineisto on analysoitukin. Teknologian käytöstä hoitotyössä on lisääntymässä ja siitä onkin jonkin verran saatavilla tutkittua tietoa. Enemmän on kuitenkin tutkittua tietoa erilaisten teknisten apuvälineiden käyttöä ja vaikutuksia hoitotyössä, kuten esimerkiksi sähköisten potilastietojärjestelmien kuin sitä, että hoitoa suoranaisesti annetaan tekniikan välityksellä asiakkaita sanallisesti ohjaamalla ja neuvomalla, niin kuin Alvar-palvelussa. Tämä tekee tutkimusaiheesta merkityksellisen.

7.1.1 Teknologian vaikutukset hoitohenkilökuntaan ja hoitotyön laatuun

Teknologian välityksellä hoitotyötä tekevien hoitajien työnkuva muuttui. Hoitotyöstä jäi puuttumaan fyysinen ja kliininen hoitotyö ja se korvaantui sanallisella hoidolla. Vastaajat kokivat käsillä tehtävän hoitotyön olevan hoitajien luontainen ominaisuus ja usealla oli kaipuu kosketukseen. Tutkimustulos on yhtenevä Räsänen (2017) tutkimuksen mukaan, jossa hän on tutkinut hoitajien työajan merkitystä iäkkäiden elämänlaadulle ympärivuorokautisessa hoidossa. Räsänen (2017, 130) toteaa tutkimuksessaan, että tekniikka ei koskaan voi korvata vastavuoroista toimintaa tai hoitajan kosketusta. Kosketuksen merkitystä hoitotyössä onkin tutkittu melko paljon. Esimerkiksi Nicholls, Chang, Johnson ja Edenborough (2013, 576) toteavat tutkimuksessaan, että ihminen tarvitsee kosketusta läpi elämänsä. Koske-

tuksella on myönteinen vaikutus sen molempiin osapuoliin. Näin ollen on perusteltua väittää, että hoitajat kaipaavat kosketusta omassa työssään, koska se on luontainen tapa ilmaista välittämistä ja empatiaa.

Tutkimustulosten mukaan teknologian välityksellä hoitotyötä tekeviltä hoitajilta vaadittiin tiettyjä kompetensseja, että he pystyivät työtään toteuttamaan. Hoitajien vuorovaikutustaitoja ja ammattitaitoa korostettiin. Uuden toiminnan eli Alvar-palvelun aloituksessa vastaajien mukaan tärkeää oli myös hoitajan kyky muuttaa omia asenteitaan sekä hoitajan ennakkoluulottomuus. Työterveyslaitoksen (2018) mukaan muutokset ovat oleellinen osa organisaatioiden toimintaa. Muutosten avulla organisaatiot pyrkivät kilpailukykyä parantamiseen, ulkoisiin muutoksiin sopeutumiseen ja turvaamaan olemassa olonsa myös tulevaisuudessa.

Voidaankin siis sanoa, että muutokset ovat ehto organisaatioiden olemassa ololle. Onnistuneeseen organisaatiomuutokseen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu melko runsaasti. Puusan, Mönkkösen ja Kuittisen (2011) mukaan muutosjohtamisen rinnalle on kuitenkin yhä enemmän nostettu työntekijöiden vaikutus muutoksen onnistumisen kannalta. Organisaatiot rakentuvat ihmisistä, jotka toiminnalla joko mahdollistavat tai estävät valitun strategian toteutumisen ja tavoitteiden saavuttamisen. Näin ollen voidaan todeta näiden tutkimustulosten olevan yhteneväisiä aiemmin tiedossa olleiden tietojen kanssa; työntekijöiden kompetenssit ovat oleellinen osa uuden toiminnan omaksumisen kannalta, eikä muutos voi onnistua ilman siihen sitoutunutta henkilökuntaa. (Puusa, Mönkkönen & Kuittinen 2011.)

Teknologian käyttöönoton koettiin vaikuttavan hoitajien työhyvinvointiin. Työn kuormitustekijöiden muutos oli merkittävä tekijä hoitajien hyvinvoinnin paranemiselle. Teknologian välityksellä tehtävä hoitotyö oli fyysisesti kevyttä, mikä vähensi sairaslomia. Fyysisen kuormituksen kevetessä sairastavuus väheni ja sitä kautta työhyvinvointi lisääntyi teknologian avulla hoitotyötä tekevillä hoitajilla. Teknologian avulla toteutettava hoitotyö koettiin kuitenkin henkisesti kuormittavana. Työssä jaksamista tukivat työn palkitsevuus sekä kollegoiden ja esimiehen tuki.

Tämä tutkimustulos on yhtenevä aiemman tiedon kanssa, sillä hoitoalalla sairastavuus on tutkitusti suuri ja yksi vaikuttava tekijä tähän on työn kuormittavuus. Työterveyslaitoksen (2017) Kunta10-tutkimuksen mukaan eniten sairauspoissaoloja kunta-alalla esiintyy sosiaali- ja terveysalalla. Lähihoitajat sairastivat vuonna 2016 keskimäärin 26 päivää ja sairaanhoitajat 22 päivää. Keskimäärin kuntien palkansaajilla oli sairauspoissaoloa 16,7 päivää. Työterveyslaitoksen johtavan asiantuntijan Tuula Oksasen mukaan ainakin osa hoitoalan korkeasta sairastavuudesta selittyy työn kuormittavuudella. (Työterveyslaitos 2017.)

Tutkimustulosten mukaan teknologian käyttöönotto toi hoitotyöhön uusia mahdollisuuksia, jotka paransivat hoitotyön laatua. Teknologian avulla mahdollistettiin tiedon pysyvyys. Teknologian koettiin helpottavan yhteistyön tekemistä ja sen avulla eri palveluita pystyttiin yhdistämään. Tämä toi hoitotyöhön lisää laatua. Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2017-2019, 26) mukaan teknologia lisää mahdollisuuksia uudenlaiseen yhteydenpitoon iäkkään henkilön ja hänen lähipiirinsä, sekä hoitoa ja palveluita tarjoavien tahojen kanssa. Alvar -palvelulla on siis pystytty vastaamaan tähän laatusuosituksen osaan, kun teknologiaa Vaasan kaupungin kotihoidossa hyödynnetään yhteydenpidossa sekä asiakkaiden omaisten, että eri palveluita tarjoavien tahojen kanssa.

Teknologian hyödyntämisen hoitotyössä koettiin auttamaan hoitotyön resurssien oikeinkohdistumisessa. Fyysisesti raskashoitaisille asiakkaille saatiin enemmän aikaa, kun teknologian avulla pystyttiin hoitamaan asiakkaita, jotka eivät tarvitse fyysistä hoitoa. Tutkimustulosten mukaan teknologian hyödyntäminen säästi myös hoitohenkilökunnan aikaa, kun sitä ei kulunut välimatkoihin. Näin ollen asiakkaille pystyttiin antamaan enemmän aikaa, mikä lisäsi hoitotyön laatua. Fagerström, Tuvessoni, Axelsson ja Nilsson (2017) ovat tutkineet teknologian roolia hoitoalalla Ruotsissa ja he toteavatkin, että teknologian käyttö kotihoidossa on erittäin arvokasta, koska se lyhentää välimatkaa hoitajien ja potilaiden kodin välillä.

Tutkimuksen vastaajat kokivat, että he kykenevät antamaan laadukasta hoitoa, kun resurssit on kohdennettu oikein. Räsänenkin (2017, 217) on tutkimuksessaan todennut, että välittömän hoitotyön osuudella on vaikutusta hoitotyön laatuun. Hoidon

laadun koetaan paranevan, kun asiakkaat saavat hoitajilta enemmän aikaa. Pieper, Heislbetz ja Frommelt (2008, 260) ovat todenneet, että resurssien tarkoituksenmukainen kohdentaminen on osa hoidon ja johtamisen laatua, jolla on puolestaan yhteys myös asiakkaan kokemaan elämänlaatuun.

Suhosen, Soltin, Gustafssonin, Katajiston ja Puron (2012) ovat tutkineet ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä toimivien hoitajien työtyytyväisyyttä. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta kokee voivansa antaa parempaa hoitoa, jos heillä on enemmän aikaa kullekin potilaalle. Mäen (2011, 5) mukaan kotihoidossa teknologiaa hyödyntäessä henkilökunnalla tai omaishoitajalla jää enemmän aikaa vuorovaikutukseen ja vanhusten yksilöllisiin tarpeisiin vastaamiseen. Tämän tutkimuksen mukaan Alvar-palvelulla on päästy juuri tähän tilanteeseen. Haastateltavat kokivat hoitotyön laadun parantuneen, kun resurssit oli kohennettu oikein. Nämä tutkimustulokset ovat siis yhtenevä aiempien tutkimustulosten kanssa.

Teknologian käyttöönotolla kotihoidossa koettiin siis olevan vaikutusta, sekä kotihoitajien, että hoitotyön laatuun. Hoitajien työnkuva ja työnluonne muuttuivat siten, että fyysinen hoitotyö korvaantui sanallisella hoidolla. Tämä vaikutti työhyvinvointiin positiivisesti, koska fyysisen kuormituksen kevetessä pystyivät hoitajat palaamaan hoitotyöhön ja sairastuminen vähentyi. Työn koettiin myös olevan paljolti, vaikkakin ajoittain henkisesti kuormittavaa. Teknologian koettiin tuovan hoitotyöhön lisää laatua sen tuomien mahdollisuuksien ja resurssien oikeinkohdentamisen myötä.

7.1.2 Asiakkaiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuntoutus teknologian avulla

Teknologian avulla asiakkaiden oli mahdollista saada kotiinsa kaikkia kuntoutuksen muotoja. Asiakkaiden fyysistä kuntoutusta tuettiin kuntouttavan työotteella ja voimavara- ja lähtöisellä hoitotyöllä. Alvar-palvelussa pääpaino on asiakkaiden omien voimavarojen hyödyntämisessä ja asiakkaan osallistamisessa. Asiakkaiden omat voimavarat otettiin käyttöön ja asiakkaita kannustettiin siinä. Tutkimustulosten mukaan teknologian välityksellä toteutettavassa hoitotyössä asiakkaiden omatoimi-

suutta tuettiin ja hoitajilla oli aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtettä. Vastaajien mukaan fyysisessä hoitotyössä kuntouttavan työtteen toteutus ei aina onnistu kiireen vuoksi. Räsänen (2017, 129) toteaaakin tutkimuksensa johtopäätöksissä, että asiakaslähtöiseen toimintaan kuuluu asiakkaan omien voimavarojen arviointi tai hänen osallisuutensa korostaminen.

Tutkimustulosten mukaan teknologian välityksellä hoitoa saavien asiakkaiden toimintakyky oli parantunut. Heidän fyysinen kuntonsa, aktiivisuutensa ja suorituskykyensä olivat parantuneet sekä heidän omatoimisuutensa oli lisääntynyt. Tämä oli tulosta siitä, että asiakkaiden hoito tapahtui kuntouttavalla työotteella sekä siitä, että he saivat kuntouttavaa toimintaa kotiinsa, kuten tuolijumppaa. Tässä suhteessa tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulokset ovat hieman ristiriitaisia. Esimerkiksi Leinosen, Niemelän, Jokisen, Kankaan ja Laukkasen (2009, 1563) tutkimuksen mukaan iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn paranemiseksi tarvitaan säännöllistä ja tehokasta harjoittelua, yleensä laitoksessa tapahtuvaa kuntoutusjaksoa. Heidän tutkimuksessaan jokapäiväisen aktiivisuuden lisääntymistä havaittiin kuitenkin jo kerran viikossa asiakkaan kotona tapahtuvalla kuntoutumista tukevalla toiminnalla.

Alvar-asiakkaat eivät saaneet laitoksessa tapahtuvaa kuntoutusta ja silti heidän toimintakykynsä koettiin parantuvan. Tämä voi kuitenkin selittyä sillä, että Alvar-asiakkaat ovat lähtökohtaisesti fyysisesti melko hyväkuntoisia, jolloin heidän fyysisen toimintakykynsä paraneminen voi olla seurausta aktiivisuuden lisääntymisestä. Osa Alvar-asiakkaista saattaa lisäksi osallistua erilaisiin jumppiin useamman kerran viikossa, jolloin heidän harjoittelunsa on säännöllistä ja tehokasta. Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden psyykkisen kuntoutuksen tukeminen mahdollistui tekniikan avulla. Asiakkaiden elämänlaatu koheni heidän saamien uudenlaisten virikkeiden myötä ja sen vaikutuksesta, että he saivat osallistua heille tärkeisiin asioihin fyysisistä rajoitteista huolimatta. Tämä tutkimustulos on yhtenevä Leinosen ym. (2009, 1563) tutkimuksen mukaan, jossa he totesivat, että iäkkäille säännöllisesti kotona annettu kuntoutus paransi iäkkään elämän laatua. Näin olleen voidaan Alvar-palvelulla todeta olevan elämänlaatua kasvattava vaikutus.

Iäkkäiden autonomian säilymiseen ja vahvistumiseen vaikuttavista tekijöistä on tutkittua tietoa jonkin verran. Esimerkiksi Doyle (2012, 911&915) on tutkinut kotihoitoa saaneiden iäkkäiden kokemuksia heidän itsenäisyytensä ja autonomiansa säilymisestä. Doynen tutkimustulosten mukaan iäkkäille oli tärkeää säilyttää kontrolli ja autonomia omassa elämässään. Tätä edesauttoi se, että iäkäs sai itse tehdä valintoja päivittäisessä elämässään. Tärkeäksi koettiin myös se, että iäkäs sai itse suorittaa päivittäisiä toimiaan hänen omalla aikataulullaan. (Doyle 2012, 911&915.)

Routasalon, Airaksisen, Mäntyrannan ja Pitkälän (2009, 2357) katsausartikkelin mukaan omahoitoon tulisi pyrkiä, koska se korostaa autonomiaa sekä yksilön oikeutta tehdä omaa hoitoaan ja elintapaansa koskevia päätöksiä. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset ovat yhteneviä näiden tulosten mukaan, koska hoitotyötä teknologian välityksellä hoitoa saavien asiakkaiden autonomian koettiin vahvistuvan, kun he saivat itse aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa. Asiakkaiden oma tahto ja itseluottamus vahvistuivat, kun he saivat teknologian välityksellä tehdä asioita itse ohjauksen avulla. Tämä lisäsi asiakkaiden autonomiaa ja sen kautta psyykkistä hyvinvointia.

Teknologian avulla asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia pystyttiin tukemaan siten, että heidän yksinäisyyttään pystyttiin lievittämään, kun he saivat olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Eloranta, Isoaho, Arve, Routasalo ja Viitanen (2012) ovat tutkineet iäkkäiden asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia ja psykososiaalisen tuen toteutumista kotihoidossa. Yksinäisyyden ja masennuksen tunteet ovat kotihoidon asiakkailta yleisiä, vaikka he olisivatkin yleisesti tyytyväisiä elämänsä (Eloranta ym. 2012, 21). Räsänen (2017, 217) on tutkimuksessaan havainnut, että ei-muistisairailta asiakkailta heidän elämänlaatunsa oli parempi, jos välittämön työajan osuus hoitajilla oli vähintään 50 %. Muistisairailta elämänlaatu parani, jos välittömän työajan osuus oli vähintään 60 %. (Räsänen 2017, 217.) Alvar asiakkailta voidaan siis aiempien tutkimusten valossa odottaa psyykkisen hyvinvoinnin lisääntymän, kuten tässä tutkimuksessa tuli ilmi. Asiakkaiden yksinäisyyden tunnetta voidaan lievittää, koska Alvar-palvelun kautta hoitajilla on aikaa keskustella asiakkaiden kanssa.

Vastaajien mukaan asiakkaat kokivat Alvarin myötä henkistä piristymistä. Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden mielenterveyttä pystyttiin tukemaan teknologian välityksellä, kun he saivat muun muassa keskusteluapua sen kautta. Suuri vaikuttava tekijä asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa oli se, että hoitajat pystyivät tekemään hoitotyötä kiireettömästi. Heillä oli aikaa keskustella asiakkaiden kanssa, joka lisäsi asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia. Muun muassa Doylen (2012, 915) tutkimuksessa on todettu, että ikääntyneet kotihoidon asiakkaat arvostivat suuresti sitä, jos hoitajalla oli lyhytkin aika henkilökohtaiseen, ei hoidolliseen vuorovaikutukseen, kuten keskusteluun. Kiireetön hoitotyö siis lisää asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia, kuten tässäkin tutkimuksessa tuli ilmi. Samanlaisia tuloksia on saaneet myös Holmberg (2012, 708) ym. He toteavat tutkimuksessaan, että kotihoidon asiakkaat kokivat mukavana sen, että hoitajilla oli edes hetki aikaa keskustella ei-hoidollisista asioista.

Alvar palvelussa asiakkaiden sosiaalista hyvinvointia tuettiin teknologian avulla. Tutkimustulosten mukaan teknologia mahdollisti asiakkaiden sosiaalisen kanssakäymisen muiden ihmisten kanssa. He saivat osallistua erilaisiin ryhmiin, joissa he saivat myös vertaistukea toisiltaan. Teknologia mahdollisti myös uudenlaisen yhteydenpidon omaisten kanssa. Näiden tekijöiden koettiin lisäävän asiakkaiden sosiaalista hyvinvointia. Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden sosiaalisuus oli lisääntynyt, kun heidän hoidossaan oli alettu käyttämään teknologiaa. Asiakkaat olivat muodostaneet uusia ihmissuhteita toisten asiakkaiden kanssa niin, että eräät asiakkaat jopa vierailivat toistensa luona. Teknologian avulla asiakkaat saivat kokea yhteisöllisyyttä ja he saivat sosiaalista kanssakäymistä muidenkin kuin hoitohenkilökunnan kanssa.

Muun muassa Kurjen ym. (2015, 53) tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportin tulokset ovat yhteneviä edellä mainittujen tulosten kanssa. Heidän loppuraportissaan todetaan, että kohderyhmällä (kotona asuvilla muistisairailta) teknologiavälitteinen ryhmätoiminta oli vahvistanut asiakkaiden vuorovaikutusta. Hanke oli rohkaissut asiakkaita etsimään uudenlaista ryhmätoimintaa ja osa asiakkaista oli tavannut toisiaan vielä hankkeen päättymisen myötä. Kurjen ym. (2015) hankkeen vaikutukset olivat siis hyvin samankaltaisia, kuin Alvar palvelulla on ollut.

Teknologian käyttöönoton Vaasan kaupungin kotihoidossa koettiin siis tukevan kaikkia kuntoutuksen muotoja. Asiakkaat saivat kotiinsa fyysisesti-, psyykkisesti- ja sosiaalisesti kuntouttavaa toimintaa. Tämän myötä asiakkaiden toimintakyky parantui ja psyykinen hyvinvointi kasvoi ja sosiaalinen hyvinvointi lisääntyi.

7.1.3 Asiakkaiden havainnointi ja kohtaaminen teknologian välityksellä

Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden havainnointiin ja kohtaamiseen teknologian avulla sisältyi sekä hyötyjä, että haasteita. Hyödyiksi koettiin asiakkaiden autonomiaa kunnioittaminen. Tämä tuli ilmi muun muassa siten, että Alvar palvelun myötä asiakkaiden integriteetti säilyi. Alvar-palvelussa hoitajat eivät konkreettisesti mene asiakkaan luo, mikä tukee integriteetin säilymistä. Etenkin mielenterveysasiakkaille tämä oli tärkeää. Tutkimustulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi Shea ja Chamoff (2012, 116) ovatkin todenneet tutkimuksessaan, että teknologiaa käytettäessä on tärkeää asiakkaan yksityisyyden säilyminen. Holmberg ym. (2012, 707&710) ovat tutkimuksessaan todenneet, että kotihoidon asiakkaat kokivat tärkeäksi, että hoitaja kunnioitti hänen henkilökohtaista kotiaan eivätkä esimerkiksi arvostelleet asunnon mahdollista epäjärjestystä, tai kysivät luvan ennen kuin hakivat jonkun tavaran kaapista.

Alvar-palvelussa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin. Tämä näkyi muassa siten, että palvelu oli vapaaehtoinen mutta sen kokeiluun kannustettiin. Riikonen ja Paavialainen (2018, 122) ovat tutkineet muistisairaiden henkilöiden tarpeita ja toiveita teknologiaan liittyen. Heidän tutkimuksessaan tuli ilmi, että suuri toive ja tarve oli juuri itsemääräämisoikeuden säilyminen. Alvar-palvelulla on tutkimustulosten mukaan pystytty vastaamaan tähän tarpeeseen ja toiveeseen. Myös Holmbergin ym. (2012, 708-709) tutkimuksen tuloksissa kotihoidon asiakkailla itsemääräämisoikeuden säilyminen oli tärkeää. Heidän tutkimuksessaan tärkeäksi koettiin, että asiakas sai itse tehdä valintoja omasta hoidostaan ja siihen liittyvistä asioista.

Tutkimustulosten mukaan Alvarin välityksellä toteutettavassa hoitotyössä asiakkaiden yksilöllisyyttä kunnioitettiin. Asiakkaiden havainnointi ja kohtaaminen teknologian välityksellä oli asiakaslähtöistä. Palvelun sisältö suunniteltiin asiakkaiden

ehdotusten mukaan ja asiakkaat saivat itse vaikuttaa muun muassa soittoajankohtiin. Soitot tapahtuivat täsmällisesti ajallaan, eikä asiakkaiden tarvinnut odottaa kunten he fyysistä kotikäyntiä joutuvat odottamaan. Tämä tutkimustulos on yhtenevä muun muassa Holmbergin (2012, 710) tutkimustulosten kanssa. Heidän tutkimuksessaan kotihoidon asiakkaat kokivat olonsa kunnioitetuksi, jos hoitaja saapui sovittuna ajankohtana. Hoitajien odottaminen koettiin ärsyttävänä, eivätkä asiakkaat voineet suunnitella päiväänsä, jos heidän täytyi odottaa hoitajaa. Alvar-palvelussa tätä ongelmaa ei ole, kun soitot tapahtuvat tarkkana ajankohtana.

Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden välillä oli teknologian välityksellä tutkimustulosten mukaan laadukasta. Kohtaamiset olivat aitoja ja luottamuksellisia. Hoitohenkilökunnalla oli aikaa kohdata asiakas ja kohtaamiset olivat intensiivisiä. Nämä tekijät tekivät vuorovaikutuksesta laadukasta. Nämä tulokset ovat yhteneviä muun muassa Räsänen (2017, 122) tutkimustulosten kanssa. Hän toteaa, että jos hoitaja ei pysähdy ja kohtaa asiakasta aidosti, saattaa asiakkaalle jäädä tunne, että hoitajalla ei ollut aikaa hänelle. Hoitajan ja ikääntyneen keskinäinen vuorovaikutus ja toiminta ovat laatutekijöitä ja ikääntyneen kokemaa tärkeää ihmissuhdetta pidetään jopa terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun perustana. Hoitajien toiminta on siis merkittävää. Myös Holmbergin ym. (2012, 709) tutkimuksessa luottamus oli tärkeä tekijä onnistuneessa hoitosuhteessa asiakkaan ja kotihoidon hoitajan välillä. Tämän perusteella voidaan todeta Alvar-palvelun kiireetömän kohtaamisen tuovan asiakkaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen laatua.

Teknologian välityksellä tapahtuvassa asiakkaiden kohtaamisessa ja havainnoinnissa oli myös haasteita. Tutkimuksen mukaan yksi näistä haasteista oli fyysisen läsnäolon puute. Fyysisen läsnäolon puutteen vuoksi hoitajien havainnointi rajoittui siihen, mitä he kuvapuhelimen välityksellä näkivät. Fyysisen kosketuksen puute koettiin myös haasteelliseksi esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakas kaipasi lohdutusta. Tämä tutkimustulos on yhtenevä Fagerströmin, Tuvešsonin, Axelssonin ja Nilssonin (2017) tutkimuksen kanssa, jossa he ovat tutkineet teknologian roolia hoitoalalla Ruotsissa. Fagerström ym. (2017, 444-445) toteavat, että teknologia ei voi korvata fyysistä läsnäoloa, mutta se voi olla täydentävä palvelu, joka parantaa

potilaiden hoitoa. Potilaiden kanssa kasvokkain tapahtuva työskentely on kuitenkin hoitotyön perusta, joka sisältää kosketuksen, empatian ja kommunikaation.

Haasteita teknologian välityksellä tapahtuvaan kohtaamiseen ja havainnointiin loi myös se, että havainnoin koettiin olevan erilaista siihen verrattuna, kuin jos olisi oltu fyysisesti läsnä. Hoitajien täytyi luottaa asiakkaiden sanaan ja heidän piti osata lukea myös sanatonta viestintää. Kun hoitaja ei ollut fyysisesti läsnä, havainnoinnin tärkeys korostui. Vastaajat kokivat, että havainnointiin teknologian välityksellä sisältyy suuri vastuu. Havainnoinnin uskottiin kuitenkin helpottuvan ajan myötä, kun hoitaja harjaantuu teknologian välityksellä tapahtuvaan havainnointiin. Fagerström ym. (2017, 445) ovatkin todenneet tutkimuksessaan, että teknologian käyttö hoitotyössä muuttaa hoitajien vastuuta.

Elorannan ym. (2012, 21) mukaan kotihoidon työntekijät ovatkin avainasemassa tunnistamassa iäkkäiden hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, koska he näkevät säännöllisesti ikääntyneen kokonaistilanteen ja siinä tapahtuvat muutokset. He ehdottavatkin, että kotihoitoa tulisi kehittää niin, että hoitohenkilökunnalla on käytössään tarkoituksenmukaisia menetelmiä, joilla arvioida asiakkaan hyvinvointia. Tässä arvioissa tulisi ottaa huomioon myös asiakkaan oma arvio hyvinvoinnistaan. Tämä herättää kysymyksen kokisivatko Alvar-hoitajat havainnoinnin helpommaksi, jos heillä olisi käytössään tällainen työkalu?

Tutkimuksen mukaan tietyt tekijät olivat välttämättömiä sille, että asiakkaan kohtaaminen ja havainnointi onnistui teknologian välityksellä. Yksi näistä tekijöistä oli laadukas kirjaaminen. Alvarissa kirjaamiseen toi laatua sen kattavuus ja asiakaslähtöisyys ja siihen oli panostettu. Aiemmissä tutkimuksissa laadukkaan kirjaamisen on havaittu olevan yhteydessä hoidon sujuvuuteen ja laatuun. Esimerkiksi Vehko, Hyppönen, Ryhänen, Tuukkanen, Ketola ja Heponiemi (2018) ovat tutkineet tietojärjestelmien ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä. Puutteelliset tai puuttuvat kirjaukset rasittavat etenkin niitä, jotka työskentelevät yksin asiakkaan luona tämän kotona. Laadukkaan kirjaamisen koettiin varmistavan potilaan hyvän hoidon jatkumisen. Näin olleen tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä aiemman tutkitun tiedon kanssa; laadukas kirjaaminen mahdollistaa asiakkaiden hyvän hoidon.

Vastaajien mukaan hoitajan ammattitaito oli merkittävä tekijä havainnoinnin ja kohtaamisen onnistumiseen teknologian välityksellä. Ammattitaito auttoi näkemään ja havaitsemaan erilaisia asioita esimerkiksi asiakkaan voinnissa. Toinen merkittävä tekijä havainnoinnin ja kohtaamisen onnistumiseen teknologian välityksellä oli hoitajan vuorovaikutustaidot. Tämä tutkimustulos on yhtenevä muun muassa Fagerströmin ym. (2017, 445) mukaan. He toteavat, että teknologian käytössä hoitotyössä haastaa hoitajien ammattitaidon, mikä korostaa sen tärkeyttä.

Karlsted, Wadensten, Fagerberg ja Pöder (2015, 311-313) ovat todenneet ruotsissa tehdyssä tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunnan työvuosilla on yhteys siihen miten ammattitaitoiseksi he itsensä kokevat. Ammatillinen pätevyys lisääntyy koulutuksen, iän ja kokemuksen myötä. Kaikilla tämän tutkimuksen vastaajilla oli takanaan pitkä työhistoria ja vahva ammattitaito. Ehkä vastaajat toivatkin ammattitaidon tärkeyttä esiin, koska he ymmärsivät sen tärkeyden, koska heillä itsellään on niin laaja ammattitaito. Holmbergin ym. (2012, 708) tutkimustulosten mukaan myös kotihoidon asiakkaille oli tärkeää, että he pystyivät luottamaan hoitajan ammattitaitoon.

Teknologian käyttöön otolla Vaasan kaupungin kotihoidossa koettiin olevan siis sekä hyötyjä, että haasteita asiakkaiden kohtaamisen ja havainnoinnin kannalta. Hyödyiksi koettiin se, että kohtaamiset olivat asiakaslähtöistä sekä kiireettömiä ja asiakkaiden autonomiaa kunnioitettiin. Vuorovaikutus teknologian välityksellä oli laadukasta. Haasteita teknologian välityksellä toteutettavassa hoitotyössä koettiin olevan havainnoinnissa, joka oli haastavampaa, kun ei oltu fyysisesti läsnä. Hoitajan ammattitaidon merkitys korostui, kun asiakkaat kohdattiin ja heitä havainnoitiin teknologian välityksellä.

7.1.4 Alvar-palvelun kehityskohteet

Tutkimustulosten mukaan Alvarissa oli kehitettävää palvelun laajuudessa ja sujuvuudessa. Laajuutta voitaisiin kehittää uusilla asiakasryhmillä ja sillä, että Alvaria tarjottaisiin ensikontaktiksi kotihoitoon. Palvelun sisältöä voisi tutkimustulosten mukaan kehittää sillä, että sitä monipuolistettaisiin lisäämällä erilaisia palveluita, kuten tulkkauspalvelu. Teknologian hyödyntämisen hoitotyössä yksi tavoite onkin

se, että sen avulla voidaan yhdistää palveluita asiakasta parhaiten palvelevalla tavalla (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 26). Yksi sote-uudistuksenkin tavoitteista on juuri palveluiden sovittaminen asiakkaiden tarpeiden mukaisiksi kokonaisuuksiksi (Valtioneuvosto 2018). Näin ollen nämä kehitystarpeet ovat hyvin ajankohtaisia ja tärkeitä.

Vastaajat kuitenkin kokivat, että palvelu kehittyi jo nyt nopealla tahdilla koko ajan. Alvar-palvelun laajuus ja sisältö olivat kehittyneet huomattavasti aloituksen jälkeen ja kehitystä oli odotettavissa lisää. Luultavasti näihin kehityskohteisiin tullaankin siis vastaamaan ajan kuluessa. Luonnollisesti uutta palvelua aloittaessa ei se voi olla valmis heti, vaan palvelu laajenee ja kehittyy ajan myötä.

Koska toiminta on niin uutta, loi haasteita ajoittain nopeasti muuttuvat toimintaohjeet ja informaation kulun ongelmat. Näin ollen organisaatiossa olisikin hyvä panostaa viestintään. Juutin ja Virtasen (2009, 151&155-160) mukaan muutoksen johtaminen edellyttääkin monien taitojen hallintaa. Tällaisia taitoja ovat muun muassa ihmisten johtamisen taito, arvojohtaminen sekä keskustelu- ja viestinnän taitojen hallinta. Muutoksen johtaminen on jatkuvaa vuorovaikutusta ihmisten kanssa. Sen onnistumisen ratkaisee viestinnän laatu ja sen määrä.

Palvelun sujuvuutta voisi vastaajien mukaan kehittää etenkin teknisellä kehityksellä esimerkiksi kuvan- ja äänenlaadun kautta. Myös erilaisia teknisiä apuvälineitä, kuten liikkuvia kameroita, kaivattiin. Tekniset kehityskohteet ovatkin erittäin tärkeä kehityskohde. Esimerkiksi Orin ym. (2011, 57) tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaiden kokemukset teknologian helppokäyttöisyydestä vaikuttavat vahvasti heidän siihen aikovatko he teknologiaa käyttää. Heidän mukaansa teknologian käytön hoitotyöhön tuovat hyödyt saavutetaan vain, jos asiakas hyväksyy teknologian ja suostuu käyttämään sitä osana hoitoaan. Myös Kurki ym. (2015, 40&46) toteavat tutkimus- ja kehittämishankkeensa loppuraportissa, että teknologian käytettävyyteen vaikuttavat sen opittavuus, tehokkuus, virheettömyys sekä käyttäjän tyytyväisyys siihen. Tämä osoittaa sen, että teknologian teknologinen helppokäyttöisyys ja -sujuvuus on merkittävä tekijä sen hyväksymisessä asiakkaan näkökulmasta. Jos tekniikka ei toimi, on vaarana, että palvelu jää käyttämättä.

Alvar-palvelussa esiintyi myös käytäntöön liittyviä haasteita, joille ratkaisuja on vaikeampi keksiä. Näitä haasteita olivat esimerkiksi asiakkaiden kotona olevat tekijät, kuten laitteiden sijoitus ja valaistukselliset tekijät. Asiakkaiden koti on kuitenkin heidän henkilökohtainen tilansa, eikä hoitohenkilökunnalla ole sinne oikeutta muutoksia tehdä, jollei kyse ole turvallisuustekijöistä. Holmberg ym. (2012, 710) ovatkin tutkimuksessaan todenneet, että kotihoidon asiakkaat kokivat tärkeäksi, että hoitaja kunnioitti hänen henkilökohtaista kotiaan.

Käytännön kehityskohteita oli myös se, että asiakkaiden lääkkeet ovat lukollisessa kaapissa, jolloin hoitajan pitää fyysisesti mennä paikalle antamaan lääkkeet, eikä käyntiä voi suorittaa Alvarin kautta. Vastaajat kokivat tarvetta lääkeautomaateille, joka vaatisi taloudellista panostusta. Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2017-2019, 26) mukaan teknologisten ratkaisujen investoinnit voivat tuntua aluksi suurilta, mutta niistä saatava hyöty realisoituu vasta ajan kuluessa. Ehkä tällainen taloudellinen panostus voisi siis ajan kuluessa tuoda jopa säästöjä tai hoitoon lisää laatua?

Vastaajien mukaan työtiloissa olisi kehittävää. Työtilat koettiin alimitoitetuiksi, joka teki työtilasta rauhattoman ja ilmalaadusta huonon. Työtiloihin liittyvät kehityskohteet ovat tärkeitä, sillä työsuojelun (2018) mukaan turvallisen ja tuottavan työympäristön edellytys on työyksikön terveellinen sisäilma. Huono sisäilma vaikuttaa haitallisesti koko työyhteisön toimivuuteen ja ilmapiiriin, sekä se sisältää terveysvaaroja. Työpaikan huono sisäilma voi johtua monesta eri tekijästä ja sen ratkaiseminen vaatii huolellista selvittelyä. Valtioneuvoston asetuksen työpaikkojen turvallisuus- ja terveysvaatimuksista (18.6.2003/577) mukaan työhuoneen ilmatilan tulee olla vähintään kymmenen kuutiometriä jokaista työntekijää kohden. Olisikin syytä pohtia mistä huono sisäilma johtuu ja onko työtilojen ilmatila asetuksen mukainen? Tutkimuksen haastatteluista ei tullut ilmi onko työterveyteen otettu yhteyttä huonona koetun ilmanlaadun ja alimitoitettujen työtilojen vuoksi.

Kehitettävää koettiin olevan myös henkilöstöresursseissa, sillä niitä lisäämällä voisi työtä tehdä kahdessa vuorossa ja myös viikonloppuisin. Tämä edesauttaisi kotihoidon toimintaa ja resurssien oikeinkohdistumista. Kuten jo aiemmin on todettu, on

henkilöstöressurssien oikein kohdentamisella yhteyttä muun muassa koettuun hoidon laatuun ja hoitajien työtyytyväisyyteen (Räsänen 2017; Pieper ym. 2008; Suhonen ym. 2012). Tämän vuoksi tämä on kehityskohde, johon voisi olla hyvä tarttua. Jos resursseja saataisiin vielä paremmin kohdennettua niin, että fyysisesti raskashoitoisemmat asiakkaat saisivat enemmän aikaa ja Alvar-palvelu voisi hoitaa myös iltaisin ja viikonloppuisin fyysisesti kevyitä asiakkaita, voisi hoidon laatu vielä lisääntyä. Tällöin myös hoitajat saattaisivat kokea, että he pystyvät antamaan laadukkaampaa hoitoa. Tämä taas vaikuttaisi hoitajien työtyytyväisyyteen.

Kotihoidossa olevia kehityskohteita oli tutkimustulosten mukaan kotihoidon hoitajien ennakoasenteissa ja muutosvastarinnassa palvelua kohtaan. Tämän epäiltiin johtuvan hoitajien epätietoisuudesta palvelun sisällöstä ja siinä toimivien hoitajien työnkuvaa kohtaan. Tämän vuoksi myös yhteistyössä ja tiedonkulussa kotihoidon sisällä koettiin olevan kehitettävää. Räsänen mukaan (2017, 129) organisaatioissa ei aina olla riittävästi selvillä työntekijöiden arjen todellisista tekemisistä. Syitä tähän voivat olla esimerkiksi organisaatiokulttuuriin ja -rakenteeseen liittyvät tekijät, johtamisen rakenteet ja johtamisen heikko ymmärrys arkitodellisuuden vaatimuksista.

Mattilan (2007, 18&24) mukaan suurin osa, jopa 70 % uudistuksista ei saavuta toivottuja tuloksia tai epäonnistuu kokonaan. Muutostilanteissa sekä johtaminen, että työnteko saavat uusia sävyjä. Kenties tunnetuimmat muutosjohtamisen tutkijat John Kotter ja Daniel Cohen ovat tunnistaneet tekijöitä, jotka usein pysäyttävät alkaneen muutoksen. Nämä ovat avoin kieltäytyminen muuttumasta, vallitseva itsetyytyväisyys, jolloin ei nähdä muutoksen tarvetta ja syytä, muutosta toteuttaessa paikallaan pysyminen, välttely ja itsesuojelu sekä pessimistinen asenne, joka vaikuttaa negatiivisesti myös muun työyhteisön motivaatioon ja sitoutumiseen. (Matti 2007, 18&24.)

Muutokset ovat kuitenkin oleellinen osa organisaatioiden toimintaa (Työterveyslaitos 2018). Näin ollen kotihoidon sisällä olevat kehityskohteet ovat äärimmäisen tärkeitä Alvar-palvelun toiminnan kannalta. On syytä pohtia mitkä tekijät aiheuttavat kotihoidossa muutosvastarintaa ja miten siitä voisi päästä eroon. Vastaajien mukaan

selittävä tekijä voisi olla kotihoidon työntekijöiden epätietoisuus palvelua kohtaan. Tästä herää kysymys onko muutosviestintä organisaatiossa epäonnistunut? Juutin ja Virtasen (2009, 155-160) mukaan keskustelu- ja viestinnän taitojen hallinta on oleellinen taito muutosjohtamisessa. Muutoksen johtaminen on jatkuvaa vuorovai-
kutusta ihmisten kanssa. Muutoksen onnistumisen ratkaisee viestinnän laatu ja sen määrä.

Kehityskohteita Alvar-palvelussa koettiin olevan siis palvelun laajuudessa, sujuvuudessa ja henkilökuntaan liittyvissä tekijöissä. Laajuutta voitaisiin kehittää erilaisilla uusilla asiakasryhmillä ja palvelun sisällöllisillä tekijöillä. Sujuvuutta voitaisiin kehittää teknisillä ja käytäntöön liittyvillä parannuksilla. Henkilökuntaan liittyviä kehityskohteita olivat työtiloihin liittyvä kehittäminen, sekä esimerkiksi henkilöstön määrän ja työvuorojen lisääminen. Kotihoidossa olevia kehityskohteita koettiin olevan yhteistyössä ja tiedonkulussa.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikkien tutkimusten tulosten ja johtopäätösten tulisi olla oikeita, uskottavia ja luotettavia (Kananen 2013, 115). Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on kyse siitä, että selvitetään kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa on tuotettu. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta on välttämätöntä, että tutkimusten luotettavuutta arvioidaan. Kananen (2013, 122) mukaan tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeintä on, että se mitä esitetään, pystytään myös todistamaan.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuusarvion tekeminen on huomattavasti vaikeampaa kuin kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Kananen 2013, 117). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163). Vilka (2017, 158-160) toteaaakin, että laadullisissa tutkimusmenetelmissä tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse. Tutkija arvioi tutkimuksensa luotettavuutta tekemiensä valintojen ja ratkaisujen pohjalta. Tutkijan tulee myös pystyä dokumentoimaan se, millä tavalla hän on tutkimukseensa valinnat tehnyt.

Kvalitatiivisella tutkimuksella ei pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen, kuitenkin teoreettiseen yleistettävyyteen sillä voidaan pyrkiä. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on osallistujien valinta. Ensimmäinen osallistujien valintakriteeri on se, että osallistujat pyritään valitsemaan siten, että heillä on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston saturaatio on toinen osallistujien valintakriteeri. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineistoa kerätään niin kauan, kunnes tulokset alkavat toistumaan, eivätkä näin ollen enää tuota uutta tietoa tutkimusaiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 110.) Tämän tutkimuksen osallistujiksi valittiin juuri ne henkilöt, joilla on tutkimusaiheesta eniten tietoa. Kaikki sillä hetkellä Alvar-hoitajina toimivat haastateltiin, joten osallistujamäärää ei olisi voinut kasvattaa. Tuloksissa alkoi esiintymään saturaatioita, joten otoskoon voidaan katsoa olleen riittävä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ovat useat eri tutkijat muodostaneet neljä kriteeriä, jolla luottavuutta voidaan arvioida. Nämä kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa, että tutkijan tulee varmistaa tutkimustulosten vastaavan tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 198). Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa esimerkiksi sillä, että tutkija keskustelee saaduista tutkimustuloksista ja -prosessista toisten samaa aihetta tutkivien henkilöiden kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165; Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.)

Uskottavuuden kannalta tärkeää on aika, sillä tutkimukseen osallistuneiden näkökulman ymmärtäminen vaatii aikaa. Uskottavuutta vahvistaa, se että tutkija on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165; Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Tämän tutkimuksen uskottavuutta on vahvistettu muun muassa sillä, että tutkimusprosessi on kestänyt vuoden, eli tutkija on ollut tutkittavan ilmiön kanssa tekemisessä pidemmän aikaa. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2018, joten tutkimusaineiston analyysillekin on annettu runsaasti aikaa.

Tutkimuksen vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Vahvistettavuuden tarkastelussa on kyse tutkimusprosessin eri vaiheissa tehtyjen valintojen arvioinnista. Perusedellytyksenä tälle on riittävän tarkka dokumentaatio. Tällä tarkoitetaan sitä, että kaikki tutkimusprosessissa tehdyt valinnat on kirjattu ylös ja niille on annettu perustelu. Ulkopuolisen lukijan tulee kyetä pääättelemään tutkijan raportoinnista valintojen oikeudellisuus ja todistelujen aukottomuus. Työn arviointi on lähes mahdotonta ilman tarkkaa dokumentaatioita. (Kananen 2013, 116.)

Tutkimuksen vahvistettavuudeksi tutkija on litteroinut aineistot itse ja sen jälkeen vielä perehtynyt aineistoon huolellisesti lukemalla sen useamman kerran läpi, samalla muodostaen kokonaiskuvaa aineistosta. Tämän jälkeen tutkija on analysoinut aineiston sisällönanalyysillä. Analyysiä tehdessä on pyritty tarkkuuteen. Analyysivaiheet on kuvattu sanallisesti ja sitä havainnollistamaan on tehty esimerkkitaulu-koita. Näin lukija voi seurata miten analyysin eri vaiheet ovat edenneet.

Tutkija on pyrkinyt tulosten raportoinnissa kuvaamaan ne mahdollisimman selkeästi. Esittämiensä tuloksia tutkija on havainnollistanut taulukoilla, jolloin lukijan on helpompi hahmottaa eri kategoriat. Tuloksissa tutkija on varmistanut lukijalle tutkimuksen luotettavuutta esittämällä haastatteluista suoria lainauksia, jotka on merkitty tekstiin kursivoiden. Lainaukset on kuitenkin muutettu kirjakielelle haastateltavien anonymiteetin säilymiseksi. Suoria lainauksia pidetään yhtenä luotettavuutta osoittavana tekijänä (mm. Kankkusen & Vehviläinen–Julkunen 2015, 198 sekä Nikander 2010, 432–433.) Suorilla lainauksilla on pyritty esittämään lukijalle haastattelun laajempaa kontekstia ja haastattelun teema. Näin lukija pääsee sisälle aiheeseen ja ymmärtää analyysin kulkua sekä tutkimustuloksia.

Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa sitä, kuinka tutkimustulokset olisivat siirrettävissä samankaltaisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Siirrettävyydestä puhuminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että laadullinen tutkimus pyrkisi yleistyttävyyteen. Siirrettävyys kohdistuukin vain vastaavanlaisiin tapauksiin. Tämä edellyttää tutkimuskohteen ja -asetelman tarkkaa kuvaamista. (Kananen 2013, 120.) Siirrettävyyden vahvistamiseksi teoreettisessa viitekehyksessä tutkimuskonteksti on

kuvattu huolellisesti. Tutkijan arvion mukaan tutkimustulokset olisivat siirrettävissä vastaavanlaisiin tapauksiin. Tätä puoltaa myös se, että tutkimustulokset ovat hyvin samankaltaisia esimerkiksi Kurjen ym. (2015) tutkimustulosten kanssa etenkin elämänlaadun ja toimintakyvyn kannalta.

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana. Tutkimuksen tekijän tulee arvioida sitä, kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa reflektiivisyyden kannalta tulee ottaa huomioon tutkijan oma asema kohdeorganisaatiossa. Tutkija työskenteli tutkimusajakohtana sairaanhoitajana kotihoidossa. Tutkijan taustatiedot tutkimuskontekstista on saattanut vaikuttaa aineiston tulkintaan ja tutkimusprosessiin. Tutkija on kuitenkin pyrkinyt analysoimaan tuloksia mahdollisimman objektiivisesti ja esittämään teorian ja tulokset niin, että ulkopuolisetkin ne ymmärtävät. Tätä on vahvistettu sillä, että tutkimustuloksia ja teoreettista viitekehystä on esitetty ennen opinnäytetyön palautusta henkilöille, jotka ovat kotihoidon ja sosiaali- ja terveysalan ulkopuolelta. Ulkopuoliset henkilöt ovat antaneet näkemyksiä muun muassa ymmärrettävyyden parantamiseksi.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Suomeen on 1991 perustettu tutkimusetiikan laadun turvaamiseksi tutkimuseettinen neuvottelukunta (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 363). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut tutkimuseettiset ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä tutkimuseettisten loukkausten käsittelystä. Ohjeiden lisäksi tutkijan on luonnollisesti noudatettava Suomen lainsäädäntöä. Itse tutkimuksen lisäksi tutkimuseettiset ohjeet koskevat myös tutkimushakemuksia, tutkimusohjelmia ja tieteenalojen arviointeja. (Suomen Akatemia 2014.)

Eettisten ohjeiden mukaan tutkimustyön on oltava rehellistä ja huolellista niin tutkimustyössä, tulosteiden tallentamisessa, arvioinnissa kuin esittämisessäkin. Tulokset tulee julkaista avoimesti ja vastuullisesti. Lähteet on mainittava, sillä näin kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tässä tutkimuksessa on viitattu käytettyihin lähteisiin huolellisesti oppilaitoksen

kirjallisten töiden ohjeiden mukaan. Kaikki käytetyt lähteet löytyvät lisäksi asianmukaisesti lähdeluettelosta. Tämä opinnäytetyö on tarkastettu plagioinnintunnistushjelma Urkundissa. Tämä tutkimus tullaan raportoimaan Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä. Se julkaistaan verkkosivustolla Theseus.fi, joka on ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n tarjoama palvelu. Opinnäytetyö ja tutkimuksen tulokset esiteltiin 4.3.19 esitysseminaarissa, johon kohdeorganisaation edustajat oli kutsuttu.

Eettisten ohjeiden mukaan tutkimusta varten tulee hankkia asianmukainen tutkimuslupa. Jos tutkimuksella on rahoittajia, tulee rahoittajat sekä tutkimukseen muut mahdollisesti liittyvät sidonnaisuudet ilmoittaa tutkimukseen osallistujille. Ne tulee ilmoittaa myös tuloksia julkaistaessa. Tietosuoja on huomioitava koko tutkimuksen ajan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tähän tutkimukseen haettiin asianmukainen tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta heidän tutkimuslupakaavakkeellaan. Kaavakkeeseen liitettiin mukaan tutkimussuunnitelma. Tutkimuslupa saatiin Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon johtajalta kirjallisena joulukuussa 2017 (LIITE2). Tutkimuksella ei ollut rahoittajia.

Tutkimuskohteen valintaan liittyy erilaisia eettisiä kysymyksiä. Yleisenä lähtökohdana tulee olla, että tutkittava kohde on tieteellisesti perusteltu ja mielekäs. Tutkimusongelman määrittely eikä tutkimusaihe saa loukata ketään, eivätkä ne saa sisältää väheksyviä oletuksia jostain ihmis- tai potilasryhmästä. Erityisen paljon tähän tulee kiinnittää huomiota, kun tutkitaan haavoittuvia ihmisryhmiä kuten esimerkiksi dementoituneita tai psyykkisesti sairaita. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 155-156; Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 365-367.) Tämä tutkimuksenaihe on perusteltu sen ajankohtaisuuden vuoksi ja sen vuoksi, että tutkimusta pyydettiin kohdeorganisaatiosta. Näin ollen tutkimus on hyvin työelämälähtöinen ja kohdeorganisaatiolle hyödynnettävä. Tutkimusaihe ei loukkaa mitään ihmisryhmää, eikä se sisällä väheksyviä oletuksia.

Tutkimusaineistoa kerätessä tulee aina kiinnittää huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Näistä säädetään monissa eettisissä koodeissa ja tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Lähtökohtana on se, että tutkittavia ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja luotettavasti. Tutkittavilta tulee myös pyytää suostumus tutkimukseen osallistumiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 365-367.) Jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta pyydettiin suullinen suostumus osallistumiseen. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja jokaiselle tarjottiin vaihtoehto jättäytyä tutkimuksesta pois missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen kuin tutkimus on esitetty ja julkaistu.

Haastattelutilanteessa jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta pyydettiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Jokaiselle kerrottiin, että missä tahansa tutkimuksen vaiheessa he voivat ottaa yhteyttä tutkijaan, jos he haluavat, ettei heidän haastatteluaan tai jotain sen osaa käytetä osana tutkimusaineistoa. Haastattelutilanteessa johdattelevien kysymysten käyttö on epäeettistä, koska niillä saadaan tulokseksi haluttu vastaus (Kananen 2013, 98). Haastattelut toteutettiin ennalta sovittujen teemojen pohjalta, jotka oli tutkimukseen osallistuneille kerrottu. Tutkija yritti parhaansa mukaan vältellä johdattelevia kysymyksiä haastattelutilanteissa. Haastattelutilanteet olivat dialogisia, joissa haastateltavat olivat enimmäkseen äänessä. Tutkija huolehti, että keskustelu pysyi valituissa teemoissa. Jos keskustelu eksyi teemasta, tutkija auttoi haastateltavaa eteenpäin ja antoi tarkentavia vihjeitä.

Haastattelujen käsittelyssä tutkija teki kaiken työn itse, jolloin haastattelutilanteet jäivät tutkijan ja haastateltavan kahdenkeskiseksi. Kukaan ulkopuolinen ei kuullut haastatteluja, eikä tutustunut litteroituun aineistoon. Opinnäytetyön valmistuttua nauhoitetut haastattelut poistettiin ja litteroitu teksti hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimuksessa haastattelut esitettiin anonymisti niin, ettei tutkimustuloksia voi yhdistää kehenkään tiettyyn tutkimukseen osallistuneeseen henkilöön. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden nimiä ei missään vaiheessa julkaistu tai kirjattu ylös.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tätä tutkimusta tehdessä hyvän tieteellisen käytännön eettisiä ohjeita on noudatettu niin hyvin kuin mahdollista. Eettisen tutkimuskäytännön noudattamista helpotti se, että tutkimusaihe eikä tutkimuksesta saatu aineisto ollut erityisen sensitiivinen. Aihe oli tukittavia lähellä ammatillisesti mutta ei henkilökohtaisella tasolla. Asiakastapauksista käytettiin yleisiä esimerkkejä, eikä tutkimuksella loukattu myöskään Alvar-asiakkaiden yksityisyyttä. Tutkijan tiedossa ei ollut Alvar-asiakkaiden henkilöllisyys, eikä haastattelutilanteissa käytetty asiakkaiden nimiä. Asiakkaista ei kerrottu arkaluontoisia asioita, eikä mitään mistä heitä voisi tunnistaa.

7.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Alvar-hoitajien kokemuksia ja heidän mielipiteitään palvelusta. Vastaajat kuvasivat teknologian käyttöönoton vaikutuksia hoitohenkilökuntaan, kotihoidon asiakkaisiin ja hoitotyön laatuun. He kuvailivat asiakkaiden kuntoutumista (fyysinen-, psyykinen- ja sosiaalinen-) teknologian avulla, sekä sitä millaista asiakkaiden kohtaaminen ja havainnointi on teknologian välityksellä. Vastaajat toivat myös esille palvelun kehityskohteita ja asioita, jotka ovat tuoneet haasteita heidän työskentelynsä. Tutkimuksen perusteella jatkotutkimusehdotuksia syntyi useista eri näkökulmista.

Raatikaisen (2015, 13) mukaan ensisijaisen tärkeää on ottaa huomioon asiakkaiden näkemykset ja kokemukset, kun terveydenhuollon palveluita kehitetään ja arvioidaan. Asiakkailta saatu informaatio auttaa arvioimaan mitä osa-alueita tulisi parantaa ja miten laadun parantaminen tapahtuu. Asiakas tulisikin nähdä aktiivisena osallistujana sekä informaation tuottajana, eikä passiivisena hoitoa vastaanottavana potilaana. Terveydenhuollon palveluntuottajan ja asiakkaan yhteistyö palvelujen parantamiseksi, sekä yhteisen arvon lisäämiseksi on ensisijaisen tärkeää nyt ja tulevaisuudessa. (Raatikainen 2015, 13.)

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista kartoittaa Alvar-asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä tämän tutkimuksen aihealueista. Miten asiakkaat ovat kokeneet teknologian käyttöönoton? Onko se heidän kokemuksensa mukaan tuonut annettuun hoitoon lisää laatua? Miten asiakkaat ovat kokeneet kuntoutuksen ja hoitajien kanssa

tapahtuvan kohtaamisen teknologian välityksellä? Mielekästä olisi myös tutkia mitä kehittämiskohteita asiakkaat palvelulla kokevat olevan. Toisaalta vastaajat toivat ilmi, että heillä on säännöllisiä palautetiimejä asiakkaiden kanssa, jossa kehitysehdotuksia otetaan vastaan ja niihin pyritään vastaamaan. Läheisillä ihmissuhteilla on todettu olevan oleellinen tekijä iäkkäiden itsenäisen kotona suoriutumisen kannalta (mm. Valta 2008, 107). Tämän vuoksi myös Alvar-asiakkaiden omaisten mielipiteitä palvelusta olisi mielekästä tutkia.

Tutkimustulosten mukaan Alvar-asiakkaiden hyvinvointi kaikilla osa-alueilla lisääntyi. Asiakkaiden fyysisen kunnon ja toimintakyvyn koettiin lisääntyneen. Asiakkaiden psyykkinen hyvinvointi ja elämänlaatu parani sekä sosiaalinen hyvinvointi lisääntyi. Nämä tulokset saatiin Alvar-hoitajien kuvaamana, joten näitä tekijöitä olisi mielekästä tutkia mitattavassa muodossa. Asiakkaiden fyysistä kuntoa voisi testata Alvar-palvelua aloittaessa ja määrätyn ajan kuluttua uudelleen erilaisilla toiminnallisilla testeillä, esimerkiksi toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisesta asiantuntijaverkoston sivuilta (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014) löytyy useita kymmeniä mittareita toimintakyvyn mittaamiseen.

Asiakkaiden psyykkistä- ja fyysistä hyvinvointia voisi myös mitata palvelua aloittaessa ja määrätyn ajan jälkeen. Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittareita löytyy myös toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisesta asiantuntijaverkoston sivuilta (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014). Vaasan kaupungin kotihoidolla on myös käytössä RAI-järjestelmä. RAI on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. Se on tarkoitettu asiakkaiden palveluntarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laatimiseen sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatimiseen. RAI-järjestelmä tuottaa tietoa asiakkaiden fyysisistä-, sosiaalisista- ja psyykkistä tekijöistä arkisuoriutumisesta masennuksen kokemuksiin saakka. (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2018; Raisoft 2018.) Näin olleen Alvar-asiakkaille voisi myös tehdä RAI-arviointi palvelua aloittaessa ja määrätyn ajan kuluttua.

Vastaajat kuvasivat kotihoidossa olevan kehitettävää kotihoidon ennakoasenteissa ja muutosvastarinnassa palvelua kohtaan, sekä organisaation sisäisessä tiedon kullussa. Kuten jo aiemmin on todettu, on muutosjohtaminen ja -viestintä oleellinen

osa muutoksen onnistumisessa (mm. Mattila 2007, 18&24; Juuti & Virtanen 2009, 155-160). Myös alaitaidoilla ja henkilökunnalla on todettu olevan suuri vaikutus muutoksen onnistumisen kannalta. Organisaatiot rakentuvat ihmisistä, jotka toiminnalla joko mahdollistavat tai muutoksen toteutumisen ja tavoitteiden saavuttamisen. (Puusa, ym. 2011.) Olisikin tärkeää tutkia mistä koetut ennakkosenteet ja muutosvastarinta johtuivat? Onko organisaation muutosjohtaminen tai -viestintä ollut puutteellista? Mikä on henkilökunnan rooli uuden palvelun omaksumisessa?

Jatkotutkimuksina ehdotetaan seuraavia aiheita:

- Teknologia osana asiakkaan kohtaamista ja kuntoutumista Vaasan kaupungin kotihoidossa asiakkaiden kuvaamana
- Asiakkaiden fyysinen, psyykinen- ja sosiaalinen kuntoutuminen Alvarpalvelun avulla erilaisilla mittareilla mitattuna
- Kotihoidon henkilökunnan ja organisaation muutosjohtamisen rooli onnistuneessa muutoksessa

LÄHTEET

Ahonen, O., Kinnunen, U-M., Kouri, P., Liljamo, P. & Saranto, K. 2016. Sähköisten terveyspalvelujen strategia hoitotyöhön – nyt on sen implementoinnin aika. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2016; 8(4), 231-233.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere. Saatavana Ellibs e-kirjakoelmassa.

Alvar-palvelu Vaasassa. 2018. Vaasa. Viitattu 5.9.2018.
<https://www.vaasa.fi/alvar-palvelu-vaasassa>

Bökberg, C. & Drevenhorn, E. 2017. Omvård av vuxna och äldre. Teoksessa *Hemsjukvård*, 59-76. Toim. Drevenhorn, E. Lund. Studentlitteratur AB.

Doyle, S. 2012. Being-in-the-World-of-Care: The Lived Experiences of Older People Receiving Community Aged Care Packages in Queensland. *Health Care for Women International*, 33:905–921

Elo, S. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa *Gerontologinen hoitotyö*, 92-108. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

Eloranta, S., Isoaho, H., Arve, S., Routasalo, P. & Viitanen, M. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 2012, 22 (2), 14-26.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. *Vireään vanhuuteen*. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Erdner, A. & Magnusson, A. 2017. Vård i hemmet av människor med psykisk ohälsa. Teoksessa *Hemsjukvård*, 187-203. Toim. Drevenhorn, E. Lund. Studentlitteratur AB

Fagerström, C., Tuveson, H., Axelsson, L. & Nilsson, L. 2017. The role of ICT in nursing practice: an integrative literature review of the Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2017; 31; 434–448.

Finne-Soveri, H., Heikkilä, R., Andersson, S., Andreasen, P., Hammar, T., Asikainen, J., Mäkelä, M. & Noro A. 2014. Koettu hoidon laatu itsemäärämisoikeuden näkökulmasta. Julkaisussa *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013*, 158-170. Toim. Noro, A. & Alastalo, H. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2014*. Viitattu 10.9.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gallagher S. & Zahavi D. 2012. *The phenomenological Mind*. 2.p. London and New York. Routledge.

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Hilton Jones, D., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H-C., Stovner, L., Vallat, J-M., Van den Bergh, P., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H-U., Jönsson, B. & Olesen J. 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. Volume 21, issue 10, 718-779.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatrisen tiedon ja taidon merkitys iäkkäiden hoidossa. Teoksessa *Geriatría, arvioinnista kuntoutukseen*, 11-13. Toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Helsingin yliopisto.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki. Fioca Oy.

Holmberg, M., Valmari, G. & Lundberg, S. 2012. Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Dec2012; 26(4), 705-712.

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa *Gerontologinen hoitotyö*, 42-56. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., uudistettu painos. Keuruu. Edita Publishing Oy.

Ikäihmisen kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017. Iki-hanke, toimintaopas. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.9.2018.
https://thl.fi/documents/920442/3225039/iki_toimintaopas.pdf/d63cc653-fcbf-4dac-88e1-d1316beb7d03

Ilvonen, K. 2009. Kehittäminen. Teoksessa *Gerontologinen hoitotyö*, 333-345. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

Josefsson, K. & Ljung, S. 2017. Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. Teoksessa *Hemsjukvård*, 19-40. Toim. Drevenhorn, E. Lund. Studentlitteratur AB.

Juuti, P. Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Otava.

Jylhä, M., Forma, L., Aaltonen, M., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, 116-128. Toim. Ashorn, U. & Lehto, J. Jyväskylä. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja.

Kangasniemi, M. & Andersson C. 2016. Enemmän inhimillistä hoivaa. Julkaisussa Robotit töihin. Koneet tulivat – mitä tapahtuu työpaikoilla? Elinkeino elämän valtuuskunta. EVA-raportti 2/2016. Viitattu 6.9.2018. <https://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/09/Robotit-t%C3%B6ihin.pdf>

Kangasniemi, M., Länsimies-Antikainen, H., Halkoaho, A. & Pietilä, A-M. 2012. Potilaan velvollisuudet ja oikeudet. Teoksessa Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja, 112-121. Helsinki. Fioca Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. p. Helsinki. Sanoma Pro Oy

Kari, O., Niskanen, T., Lehtonen, H. & Arslankoski, V. 2013. Kuntoutumisen tukeminen. 1.-2. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Karlsted, M., Wadensten, B., Fagerberg, I. & Pöder, U. 2015. Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2015; 29; 307–316.

Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatrinen arviointi. Teoksessa Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen, 15-30. Toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O kärkihanke). 2018. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 6.9.2018. <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Kehusmaa S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Viitattu 11.9.2018. <https://helda-helsinki-fi.ezproxy.puv.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ketola, K. 2017. Asiakasvastaava. Tapaaminen 11/2017.

Koskinen S., Pitkälä, K. & Saarenheimo M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Rissanen P., Kallanranta T. & Suikkanen A. Helsinki: Duodecim, 2008: 547–563.

- Kotihoidon omavalvonta suunnitelma. 2018. Vaasa. Viitattu 4.10.2018. https://www.vaasa.fi/sites/default/files/atom/kotihoito_omavalvontasuunnitelma_2018.pdf
- Kurki, M., Launiainen, H., Laitinen, S., Poutiainen, E., Vantanen, P., Eskelinen, A., Soikkeli, E. & Sarmas, K. 2015. Yhteinen sävel – kotona asuvan muistisiraan teknologia-avusteinen kuntoutus. Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki. Minna Sillanpää Säätiön julkaisusarja B:38.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:6. Viitattu 13.8.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf
- Laine T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 28–45. Toim. Aaltola J. & Valli R. 2. uud. painos. Jyväskylä. PS-Kustannus Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7.painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Leinonen, R., Niemelä, K., Jokinen, S., Kangas, I. & Laukkanen, P. 2009. Kotikuntoutumisavustajan tuki parantaa iäkkäiden elämänlaatua. Duodecim 2009;125, 1557–1565.
- Lindfors, P. 2017. Perspektiv på hälsa – omvårdnad utifrån individens styrkor. Teoksessa Hemsjukvård, 109-131. Toim. Drevenhorn, E. Lund. Studentlitteratur AB.
- Luoma, M-L. 2009. Elämänlaatu. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 74-90. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Luoma, M-L., Vaara, M., Röberg, M., Mukkila, S. & Mäki, J. 2013. Osa 3. Gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoinnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti, 197-256. Toim. Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print.
- Lönroos, E. 2008. Kuntoutus. Teoksessa Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen, 277-287. Toim. Hartikainen, S. & Lönroos, E. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- L28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

- L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- L30.12.2010/1326. Terveystietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 31.08.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Marshall, M. 2009. Introduction. The need of people with dementia and their carers and the potential role of design and technology. Teoksessa *Dementia, design and technology. Time to get involve*, 3–8. Toim. Topo, P. & Östlund, B. Assistive technology research series, Vol 24. Amsterdam: IOS Press.
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos – avaimet organisaation hallittuun muutokseen. Helsinki. Talentum Media Oy.
- Miettinen T., Pulkkinen S. & Taipale J. 2010. Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki. Gaudeamus.
- Mikkola, M. 2014. Ikäihmisten sosiaaliset oikeudet. Teoksessa *vanhuus ja oikeus*, 19-71. Toim. Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. Helsinki. Lakimiesliiton kustannus.
- Murto J., Sainio P., Pentala O., Koskela T., Luoma M-L., Koponen P., Kaikkonen R. & Koskinen S. 2016. Vanhuspalvelulain vaikutukset ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja koettuun palvelutarpeeseen: seurantaosoittimet. Verkkójulkaisu. Viitattu 10.9.2018. www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki
- Mäki, O. 2011. Ikäteknologian kokeilut Suomessa. KÄKÄTE-raportteja 1/2011. Helsinki. Viitattu 17.9.2018. https://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut__pdf/Raportit__pdf/KA-KATE_Ikateknologiakokeilut-raportti_kevennetty.pdf
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nicholls, D., Chang, E., Johnson A. & Edenborough, M. 2013. Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health*, Vol. 17, No. 5, 571–578.
- Nikander P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa *Haastattelun analyysi*, 432-445. Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen (toim.). Tampere. Vastapaino.
- Nilsson, C. 2017. Användning av informations- och kommunikationsteknik som stöd inom hemsjukvård. Teoksessa *Hemsjukvård*, 77-91. Toim. Drevenhorn, E. Lund. Studentlitteratur AB.

Noguchi-Watanabe, M., Yamamoto-Mitani, N. & Takai, Y. 2016. How does collegial support increase retention of registered nurses in homecare nursing agencies? a qualitative study. *BMC Nursing*, 6/2/2016; 15, 1-8.

Noro, A. & Alastalo, H. 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Julkaisussa Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013, 7-8. Toim. Noro, A. & Alastalo, H. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2014. Viitattu 10.9.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Noro, A., Mäkelä, M., Jussmäki, T. & Finne-Soveri, H. 2014. Ikäihmisten palvelut murroksessa. Julkaisussa Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013, 19-30. Toim. Noro, A. & Alastalo, H. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2014. Viitattu 10.9.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Or, C., Karsh, B-T., Severtson, D., Burke, L., Brown, R. & Brennan, P. 2011. Factors affecting home care patients' acceptance of a web-based interactive self-management technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Jan-Feb; 18(1): 51–59.

Perälä, M-L., Hammar, T. & Rissanen, P. 2008 Omainen tukena kotihoidossa. Teoksessa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, 180-193. Toim. Ashorn, U. & Lehto, J. Jyväskylä. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Pieper, R., Heilbetz, C. & Frommelt, M. 2008. Quality Management and the Care Keys Quality Matrix. Teoksessa *Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings*, 255-280. Toim. Vaarama, M., Pieper R. & Sixsmith A. New York: Springer.

Pikkarainen, A. 2013. Osa 2. IKKU-hankkeen toimintatutkimus: Gerontologisen kuntoutuksen alkutilanteen ja kehittämissuunnitelman kuvaus. Teoksessa *Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti*, 39-194. Toim. Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print.

Pikkarainen, A., Luoma, M-L., Vaara, M., Salmelainen, U. & Röberg, M. 2013. Osa 5. IKKU-hankkeen johtopäätökset ja gerontologisen kuntoutuksen tulevaisuuden haasteet. Teoksessa *Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti*, 291-304. Toim. Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print.

Puusa, A., Mönkkönen, K. & Kuittinen, M. 2011. Onko kaikki todella vain johtamisesta kiinni? Alais- ja työyhteisötaitojen kasvava merkitys muuttuvassa työelämässä. Teoksessa Aineeton pääoma organisaation voimavarana. Toim. Puusa, A. & Reijonen, H. Unipress.

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. 1.painos. Juva: PS-kustannus.

Raisoft. 2018. Viitattu 25.10.2018. <https://www.raisoft.com/>

Riikonen, M. & Paavilainen, E. 2018. Kotona asuvan muistisairaanhenkilön ja hänen läheistensä teknologiaan liittyvät tarpeet ja toiveet. *Gerontologia* 32(2), 115-131.

Rolf, D. 2016. Life on the Homecare Front. *Generations – Journal of the American Society on Aging*. 2016; 40(1): 82-87.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 2009;125: 2351–2359.

Räsänen, R. 2017. Hoitajien työajan merkitys asiakkaiden elämänlaadulle vanhus-ten ympärivuorokautisessa hoidossa. *Gerontologia* 31(2), 2017, 116-132.

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2014. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityslinjoja. Julkaisussa Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013, 37-41. Toim. Noro, A. & Alastalo, H. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2014. Viitattu 10.9.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salmelainen, U. & Mäki, J. 2013. Osa 4. Gerontologisen kuntoutuksen yhteistyö ja tiedonkulku. Teoksessa Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankeen loppuraportti, 257-290. Toim. Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print.
Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset perusteet. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 27-40. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

Sarvimäki, A. 2011. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 27-40. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

Shea, K. & Chamoff, B. 2012. Telehomecare Communication and Self-Care in Chronic Conditions: Moving Towards a Shared Understanding. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2012 April ; 9(2): 109–116.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Iäkkäiden laitoshoidon perusteet. Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistio. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30. Viitattu 14.9.2019.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80238/Rap_2017_30.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Kotihoito ja kotipalvelut. Helsinki. Viitattu 31.8.2018. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Stakes. 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004: 4. Viitattu 11.9.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77744/ICF_2013_2503verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suomen Akatemia. 2014. Tutkimusetiikka. Viitattu 3.9.2018.
<http://www.aka.fi/fi/rahoitus/hyva-tutkimustapa/tutkimusetiikka1>

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. 2018. Lähihoitaja on moniosaaja. Viitattu 19.9.2018. <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/lahihoitaja-on-moniosaaja/>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Kotihoidon laskenta 30.11. Helsinki. Viitattu 19.9.2018. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/tilastojen-laatu-ja-periaatteet/laatuselosteet/kotihoidon-laskenta#Selkeys%20ja%20eheytyksen%20C3%A4isyys>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2018. RAI-vertailukehittäminen. Helsinki. Viitattu 25.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011-2014. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Helsinki. Viitattu 25.10.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Toimintakyky. Helsinki. Viitattu 10.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. 2018. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.9.2018. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1BwA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rAwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718

Tilastokeskus. 2018. Väestö. Helsinki. Viitattu 10.9.2018.
<https://www.stat.fi/til/vrm.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Kuopio. University of Eastern Finland. Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 3.9.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työsuojelu. 2018. Sisäilma. Helsinki. Viitattu 22.10.2018. <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/tyoymparisto/sisailma>

Työterveyslaitos. 2017. Kunta10-tutkimus. Helsinki. Viitattu 11.0.2018. <https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kunta10-tutkimus/>

Työterveyslaitos. 2018. Organisaatiomuutos. Helsinki. Viitattu 11.10.2018. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/organisaatiomuutos/>

Vaasan kaupunki. 2018. Kotihoito. Vaasa. Viitattu 31.8.2018. <https://www.vaasa.fi/palvelut/kotihoito>

Vaasan kotihoidon palvelukuvaus. 2016. Vaasa. Viitattu 4.10.2018. https://www.vaasa.fi/sites/default/files/vaasan_kotihoidon_palvelukuvaus_2016.pdf

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidtajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Valtioneuvosto. 2018. Maakunta- ja sote-uudistus, hallituksen reformi. Helsinki. Viitattu 19.9.2018. <https://alueuudistus.fi/etusivu>

Valtioneuvoston asetus työpaikkojen turvallisuus- ja terveysvaatimuksista. 18.6.2003/577. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030577#P2>

Vermeulen, J., Neyens, J., van Rossum, E., Spreuwenberg M. & de Witte L. 2011. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators. A systematic review. BMC Geriatr 2011; 11: 33.

Vilka H. 2017. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön perusta. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 12-26. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

World health organization (WHO). 2002. Towards a common language for Functioning, Disability and Health. Geneve. Viitattu 11.9.2018.

<http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>

Zechner, M. & Valokivi, H. 2009. Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki, 154-176. Toim. Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. Tampere. Vastapaino.

Östersund, S. 2017. Sjuksköterskor går på visit – aspekter på hembesök, etik och genus. Teoksessa Hemsjukvård, 93-107. Toim. Drevenhorn, E. Lund. Studentlitteratur

LIITE

TEEMAHAASTATTELU-RUNKO

Teemahaastattelu-runko 12.4.2018

1. Teknologia hoitotyössä

- Mitä etuja ja haasteita teknologian hyödyntämisessä hoitotyössä on: Asiakkaan kannalta? Hoitajan kannalta?
- Mikä on hoitajan oma kokemus siitä, miten hän pystyy toteuttamaan hoitotyötä teknologian välityksellä? Mitä haasteita siihen on liittynyt?
- Miten hoitajan työkuva on muuttunut Alvar-palvelun myötä?

2. Asiakkaan havainnointi ja kohtaaminen

- Miten asiakkaan havainnointi ja kohtaaminen teknologian välityksellä eroaa ”normaalissa” hoitotyössä tapahtuvaan havainnointiin ja kohtaamiseen?
- Millaista on kirjaaminen Alvar-palvelussa? Liittyykö siihen haasteita?

3. Kuntouttava työote

- Miten kuntouttavaa työtettä voidaan toteuttaa teknologian välityksellä?
- Miten asiakkaan osallistamista ja kuntoutumista voidaan kehittää teknologian avulla?
- Miten asiakkaan motivoiminen onnistuu Alvar-palvelussa?
- Miten Alvar-palvelu tukee asiakkaan kuntoutumista? (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen)

4. Kehittämiskohteet Alvar-palvelussa

- Mikä on hoitajan kokemus omasta osaamisestaan?
- Mitä lisäkoulutusta olisi tarpeen saada?
- Miten Alvar-palvelua pitäisi/voisi kehittää?

TUTKIMUSLUPA



Vaasan kaupunki
Vasa stad
 Sosiaali- ja terveystoimi
 Koti- ja laitoshoido

Päätös – Beslut

22.12.2017

§ 94 / 2017

DocID: 430309

Viranhaltija- Tjänsteinnehavare
 Koti- ja laitoshoidon johtaja - Direktör för hem- och anstaltsvården

Asiainro - Ärendenr

Esittelijä - Föredragande Pirjo Wadén

Asia - Ärende **Tutkimuslupa opinnäytetyölle / Koti- ja laitoshoido / Ritari Netta**

Esitys - Förslag Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämistä ja johtamista (YAMK) opiskeleva Netta Ritari hakee tutkimuslupaa opinnäytetyön tutkimukselle.


Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia kotihoidon Alvar-palvelun toimintaa ja hoitajien työnkuvaa, sekä kerätä tietoa uudesta toiminnasta. Tavoitteena on kehittää toimintaa tulevaisuutta varten. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat "kuvapuhelinhoitajat". Hoitajat tullaan haastattelemaan yksilöhaastatteluilla teemahaastatteluin.

Opinnäytetyön valmistuttua toimitetaan se sähköpostitse: pirjo.waden@vaasa.fi sekä hannaliina.uitto@vaasa.fi

Liitteenä tutkimuslupahakemus ja tutkimussuunnitelma.

Päätös - Beslut Hyväksyn.

Allekirjoitus -
Underskrift


 Koti- ja laitoshoidon johtaja - Direktör för hem- och anstaltsvården,
 Matti Paloneva

Tiedoksianto -
För kändedom Sotela, N Ritari, H Uitto, P Wadén

Lisätietoja antaa -
Tilläggsuppgifter ges av Koti- ja laitoshoidon johtaja Matti Paloneva, p. 06 325 1644

