

Laura Kajastila-Hämäläinen

MOBIILIHUOLIVAKOKEILUN ASIA- KASVAIKUTUSTEN ARVIOINTI

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen
koulutusohjelma


Lokakuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkelin University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 1.10.2010
Tekijä(t) Laura Kajastila-Hämäläinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaali- ja terveysala Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen	
Nimeke Mobiilihoivakokeilun asiakasvaikutusten arviointi		
Tiivistelmä <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille, minkälaiset ovat Mobiilihoiva turvallisen kotihoidon tukena -projektin asiakasvaikutukset. Mobiilihoiva -hankkeessa vapaaehtoisten yksin asuvien kotihoidon asiakkaiden koteihin asennettiin langaton kokeilujärjestelmä. Mukana olleille kotihoidon asiakkaille tehtiin lomakehaastattelut ja heidän omaisilleen sekä kotihoidon henkilöstölle lähetettiin kyselyt ennen ja jälkeen kokeilun. Tämä opinnäytetyö rajautui hankkeen tarpeeseen kyselyjen purusta, analysoinnista ja asiakasvaikutusten arvioinnista.</p> <p>Kodeissa asennettuina olleita laitteita olivat esimerkiksi liiketunnistin, lääkekello ja sähkölaitteen käytön seuraaja. Kokeilussa suoritetuilla lomakehaastatteluilla ja kyselyillä kartoitettiin muun muassa vastaajien ajatuksia ja kokemuksia vanhuksen yksin asumiseen liittyvästä turvallisuudesta, vanhuksen kotihoitola hankkeen aikana saadusta palvelusta sekä kokeilussa mukana olleiden teknisten laitteiden hyödyllisyydestä. Käyttökelpoisia vastauksia saatiin 26 kotihoidon asiakkaalta, kahdeksalta omaiselta ja 21 kotihoidon työntekijältä.</p> <p>Turvallisuutta koskevissa vastauksissa ei tullut esille merkittäviä eroja, kun verrattiin ajatuksia ja kokemuksia ennen ja jälkeen kokeilun. Teknologian käyttö ja olemassaolo eivät näyttäneet lisäävän asiakkaiden omaa turvallisuuden tunnetta, eikä heidän omaistensa ja työntekijöiden turvallisuuden tunnetta vanhuksen yksinasumisesta ja pärjäämisestä. Myöskään turvattomuuden tunteen aiheuttajat eivät muuttuneet millään vastaajaryhmällä kokeilun aikana. Suurin osa kokeiluun osallistuneista kotihoidon asiakkaista ja omaisista oli sitä mieltä, että kokeilulla ei ollut vaikutusta kotihoidon henkilökunnan käyntimääriin tai ajankäyttöön asiakkaan luona. Kokeilulla näytti myös olevan negatiivinen vaikutus kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden haluun ottaa käyttöön hyvinvointiteknologiaa arjen ja terveydenedistämisen tueksi.</p>		
Asiasanat (avainsanat) Hyvinvointiteknologia, geronteknologia, vanhuus, turvallisuus, vaikuttavuus		
Sivumäärä 76 sivua+ 2 liitettä	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liitteissä yhteensä 21 sivua		
Ohjaavan opettajan nimi Yliopettaja, FT Johanna Hirvonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin ammattikorkeakoulu Oy, Mobiilihoiva -projekti	

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the master's thesis October 1, 2010
Author(s) Laura Kajastila-Hämäläinen	Degree programme and option Development and Management in Health Care and Social Services. Master's Degree	
Name of the master's thesis Patient Impact Evaluation of Mobile Care Project		
Abstract <p>The purpose of this master's thesis was to determine the influence of the Mobiilihoiva-Project, Mobile Care Project, on the customers of mobile care. The study was carried out by analyzing the material gathered from questionnaires received from the customers of mobile care, their immediate family, and care-taking staff. The master's thesis was limited to meet the needs of the project as far as processing of the questionnaires, analysis and the evaluation of customer effects.</p> <p>During the Mobiilihoiva-Project a wireless monitoring system was installed in the homes of volunteers who live alone. The system consisted of, among other things, a motion detector, an electronic medicine dispenser, and a monitor for electric appliances. Questionnaires were handed out to the participants both before and after the experiment, their immediate family, and care-taking staff. The inquiry was used to survey the thoughts and experiences of the elderly about the safety of living alone, the service received during the project, and the usefulness of the technical devices used.</p> <p>The results of safety-related questions did not reveal any significant differences, when the results of the pre-experiment and post-experiment questions were compared. The use and presence of technology did not seem to increase the feelings of safety among the volunteers. It also did not improve the families' or care-taking staff's feelings of safety regarding the well-being of the elder living alone. Most of the volunteers and their relatives agreed that the experiment had little or no influence at all on the number or duration of the care-taking staff's visits. As for the usefulness of the technical devices, the experiment seemed to have a negative impact on the visiting willingness of both customers and staff to introduce welfare technology to health support in every day life.</p>		
Subject headings, (keywords) Welfare technology, gerontechnology, elderly, safety, impact		
Pages 76 pages+ 2 appendices	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices 21 pages of appendices		
Tutor Principal Lecturer, PhD Johanna Hirvonen	Master's thesis assigned by Mikkeli University of Applied Sciences, Mobiilihoiva –project	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	HYVINVOINTITEKNOLOGIA	2
3	VANHUSTEN KOTIHOITO	4
3.1	Kotona asuvien vanhusten turvallisuus	5
3.2	Asiakaslähtöisyys vanhusten kotihoidossa	6
4	HYVINVOINTITEKNOLOGIA VANHUSTEN HOIDOSSA	7
4.1	Vanhukset hyvinvointiteknologian käyttäjinä.....	8
4.2	Eettisyys hyvinvointiteknologian käytössä.....	10
5	ASIAKASVAIKUTTAVUUS	12
6	MOBIILIHOIVAHANKE	13
7	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	16
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
8.1	Tutkimusmenetelmä.....	16
8.2	Aineiston keruu	18
8.3	Aineiston käsittely	19
8.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	20
9	TULOKSET.....	21
9.1	Yksin asuvien kotihoidon asiakkaiden vastaukset ennen ja jälkeen kokeilun	21
9.1.1	Yksin asumiseen liittyvät vastaukset	23
9.1.2	Turvallisuuteen liittyvät vastaukset	25
9.1.3	Koteihin asennettuihin teknisiin laitteisiin liittyvät vastaukset	28
9.1.4	Kotihoidolta saatuun palveluun liittyvät vastaukset	32
9.2	Yksin asuvan kotihoidon asiakkaan omaisten vastaukset ennen ja jälkeen kokeilun	32
9.2.1	Vastaajien heidän omaisensa yksin asumiseen liittyvät vastaukset...	33
9.2.2	Vastaajien heidän omaisensa turvallisuuteen liittyvät vastaukset.....	34
9.2.3	Vastaajien heidän omaisensa kotiin asennettuihin teknisiin laitteisiin liittyvät vastaukset.....	36

9.2.4	Vastaajien heidän omaisensa kotihoidolta saatuun palveluun liittyvät vastaukset.....	41
9.3	Kotihoidon työntekijöiden vastaukset ennen ja jälkeen kokeilun.....	42
9.3.1	Kotihoidon työntekijöiden vastaukset heidän asiakkaansa turvallisuuteen liittyvistä asioista.....	42
9.3.2	Kotihoidon työntekijöiden heidän asiakkaansa kotiin asennettuihin teknisiin laitteisiin liittyvät vastaukset.....	46
9.3.3	Kotihoidon työntekijöiden vastaus heidän asiakkaansa kotihoidolta saamaan palveluun.....	50
9.4	Kolmen yksittäisen kotihoidon asiakkaan, heidän omaisensa ja työntekijöiden vastaukset yhdistettyinä	50
9.4.1	Kotihoidon asiakas A	50
9.4.2	Kotihoidon asiakas B.....	55
9.4.3	Kotihoidon asiakas C.....	60
10	POHDINTA.....	65
10.1	Tulosten pohdinta.....	66
10.1.1	Tärkeimmät tulokset turvallisuuden näkökulmasta	66
10.1.2	Tärkeimmät tulokset vanhusten kotihoidolta kokeilun aikana saadusta palvelusta	67
10.1.3	Tärkeimmät tulokset teknisten laitteiden hyödyllisyydestä kokeilussa.....	68
10.2	Jatkotutkimushaasteet.....	70
	LÄHTEET	72
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Moni vanhus asuu yksin omassa kodissaan, mutta tuntee olonsa usein turvattomaksi ja yksinäiseksi. Myös omaiset ovat huolissaan ikääntyvän läheisensä pärjäämisestä ja turvallisuudesta. Vanhusten hoidon järjestämisestä ja laadusta on keskusteltu viime aikoina hyvin paljon. Ikääntyvien määrän kasvu lisää myös avuntarvitsijoiden määrää. Hyvä ja arvokas vanhuus on jokaisen oikeus ja sen toteutuminen asettaa yhteiskunnalle paljon haasteita tulevana vuosina.

Suomessa ikääntyvillä ja yhteiskunnan päättäjillä on kuitenkin sama toive: että ikääntyvät voisivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Oma koti on vanhukselle usein se tärkein paikka ja kustannusnäkökulmasta laitoshoidon on kalleinta mahdollista hoitoa. Halvinta on pyrkiä ennaltaehkäisemään vanhuuden tuomia rasitteita sekä toimintakyvyn heikkenemistä ja niiden jo ilmetessä helpottaa kotona selviytymistä sekä lisätä turvallisuuden tunnetta. Teknologian hyödyntäminen on yksi keino tukea ikääntyneiden kotona asumista ja erilaisia tukimuotoja tarvitaan apuun, koska vuonna 2030 maassamme asuu jo 1 420 000 yli 65-vuotiasta. Samalla pitenee myös ihmisten elinikä. (Rytty ym. 2007, 6.)

Tekniikkaa tarvitaan avuksi, kun hoidettavien määrän kasvaa. Sairauksien hoitamisen lisäksi tekniikka voi auttaa myös terveyden edistämässä. Silloin puhutaan hyvinvointiteknologiasta. Hyvinvointiteknologialla, eli toisin sanoen hyvinvointia lisääväällä teknologialla, olisi paljon annettavaa kotioloihin. Professori Tapio Seppänen toteaa, että tämän päivän vanhukset haluavat tuntea olonsa turvalliseksi ja sitä pidetään jopa tärkeämpänä, kuin terveydentilan valvontaa. Käynnissä onkin monia tutkimushankkeita, joilla vanhusten kotona asumista voidaan helpottaa. (Rytty ym. 2007, 7–8.)

Tarkastelen tässä tutkimuksessa Mikkelin ammattikorkeakoulu Oy:n hallinnoiman hankkeen 1.5.2008–30.6.2010 välisenä aikana Mobiilihoiva turvallisen kotihoidon tukena -projektin tuottamia asiakasvaikutuksia. Tutkimus lähti liikkeelle syksyllä 2009 Mobiilihoiva -projektin tarpeesta saada tietoa kokeilun vaikutuksista osallistujiin. Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty hankkeeseen osallistuneille, heidän omaisilleen ja kotihoidon henkilöstölle jo aiemmin tehdyistä kyselyistä.

Aiheen valintaan vaikutti ensisijaisesti se, että Mobiilihoiva -hankkeella oli tarve saada opinnäytetyöntekijä arvioimaan kokeilun asiakasvaikutuksia. Tietysti myös oma työhistoriani sekä mielenkiinto ja innostus hyvinvointiteknologian käytöstä vanhusten hoidossa edesauttoivat aiheeseen päättymistä. Tällä tutkimuksella haluan omalta osaltani olla edesauttamassa vanhusten kotihoidon kehittämistä ja laadun parantamista. Tutkimukseni tukee omaa oppimistani ja uskon, että saan siitä paljon hyödyllistä tietoa käytettäväksi omaan työhöni vanhusten parissa.

2 HYVINVOINTITEKNOLOGIA

Hyvinvointiteknologia on yksi maassamme nopeimmin kasvavista teknologia-alueista. Hyvinvointiteknologian käyttö esimerkiksi vanhustenhoidossa lisääntyy ja siihen liittyviä hankkeita yms. on paljon. Esimerkkinä hankkeista on käynnissä oleva Vanhustyön keskusliiton ja Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton Käyttäjälle kätevä teknologia KÄ-KÄTE -hanke, jossa selvitetään, miten teknologia voi toimia ikäihmisten kotona asumisen ja vanhustyön apuna. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa käyttäjänäkölmaa teknologian kehittämisessä ja käyttöönotossa ikääntyneille. (Vanhustyön keskusliitto 2010.) Toisena esimerkkinä on Euroopan komission rahoittama kansainvälinen ISISEMD -hanke (*Intelligent System of Independent living and self-care of Seniors with cognitive problems or Mild Dementia*), jossa Suomesta mukana on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden vanhuspalvelut. Hankkeessa muun muassa tuetaan lievästi muistisairaiden kotona selviytymistä ja lisätään turvallisuutta sekä kehitetään ohjelmistoa, jolla voidaan hallita erilaisia hyvinvointiteknologian sovelluksia etäyhteydellä. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piiri 2010.)

Hyvinvointiteknologiasta ja sen käytöstä on myös olemassa jo suhteellisen paljon kirjallisuutta ja tutkimustietoa. Esimerkiksi eduskunnan tulevaisuusvaliokunta on julkaissut Törmän ym. (2001) tekemän raportin ”Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevan teknologian arviointi käyttäjänäkökuilmasta -turvahälytysjärjestelmät”. Raportin neljäsässä luvussa aiheina ovat ikääntyneet ja teknologia, teknologia ikääntyneen itsenäisen suoriutumisen tukena, raportti kahden erilaisen turvahälytysjärjestelmän käyttäjäkokeuksista sekä tarkasteltavina olevien turvaratkaisujen arviointi käyttäjänäkökuilmasta sekä tulevaisuusvaliokunnan antamien kriteerien pohjalta. Raportti on kattava katsaus

ikäntyvien ja teknologian kohtaamisesta. Toinen hyvinvointiteknologiaa käsittelevä teos on Suhosen ja Siikasen (2007) toimittama ”Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla –hyöty vai haitta?”. Teos käsittelee artikkeleissaan laajasti eri näkökulmista hyvinvointiteknologiaa sosiaali- ja terveysalalla. Artikkelien aiheita ovat muun muassa hyvinvointiteknologian käsitteen määrittely, ikääntyvien teknologioiden käyttöön liittyvien eettisten kysymyksien pohdinta, palvelujen ja tekniikan kehittäminen tutkijan näkökulmasta, hyvinvointiteknologian käyttö sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaaja-rahoittajan näkökulmasta sekä hyvinvointiteknologian käyttäjän henkilökohtainen ja kokemuksellinen näkökulma.

Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus Tekes on tehnyt strategisia sisältölinjauksia, joiden perusteella se suuntaa uusia teknologiaohjelmia ja pitkäjänteisen tutkimuksen rahoitusta. Linjauksissa kuvataan keskeisiä ratkaisuja ja osaamistarpeita, joilla rakennetaan Suomen kansantalouden ja yhteiskunnan tulevaisuutta. Linjauksissa on mukana sosiaali- ja terveysalaan liittyvien hyvinvointituotteiden- ja palvelujen kehittäminen. Tekesissä arvioidaan, että ”tulevaisuudessa hyvinvoinnin tuotteisiin ja palveluihin yhdistyy paikkaan ja aikaan sitomaton langaton tietotekniikka, biotekniikka ja diagnostiikka. Tuotteiden yksilöllisyys ja käytettävyys korostuvat, ja samalla yksinkertaisuuden ja toimintavarmuuden vaatimukset kasvavat”. Hyvinvointipalveluissa satsataan muun muassa terveydenhuollon tuottavuuteen, laatuun ja ihmiskeskeisyyteen, saumattomiin hoitoketjuihin ja oppimisen uusiin ratkaisuihin. Tuottavuuden kasvua ja säästöjä saadaan aikaan, kun etäpalvelut sekä paikasta riippumattomat palvelut lisääntyvät sosiaali- ja terveydenhuollossa. Uusia palvelukokonaisuuksia syntyy julkisen ja yksityisen sektorin tiivistäessä yhteistyötään. Ympäristöön liittyvässä kehittämisessä paneudutaan hyvinvoinnin osalta muun muassa koti-, kiinteistö- ja asumisratkaisuihin – ja palveluihin sekä uudenlaiseen tilankäyttöön ja toiminnallisuuteen. (Tekes 2005, 37–38.)

Hyvinvointiteknologia on tämän opinnäytetyön keskeisimpiä käsitteitä. Välikankaan (2006, 18) mukaan ”hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan tietoteknisiä ja teknisiä ratkaisuja, joilla ylläpidetään tai parannetaan eri käyttäjäryhmien, kuten ikääntyneiden, elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyttä”. Niin ikääntyneille kuin heidän lähipiirilleenkin voidaan tuottaa turvallisuutta ja edesauttaa mielekästä arjessa selviämistä teknologian monipuolisuutta hyödyntämällä. Hyvinvointiteknologian käsite sisältää erikoistunutta kommunikaatioteknologiaa johon liittyy mukana kannettava teknologia (siirtää tietoa

tai varoittaa vaarasta) sekä yhteydet kodin ulkopuolelle (esim. virtuaalitekniologia). Hyvinvointitekniologia sisältää myös avustavaa tekniologiaa joka tarkoittaa muun muassa apuvälineitä fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon, apuvälineitä liittyen aistien ja muistin alenemiseen sekä muuta kodin turvatekniologiaa. (Välikangas 2006, 18.)

Suhosen ja Siikasen mukaan (2007, 10) hyvinvointitekniologiasta käytetään useita termejä, kuten esimerkiksi terveystekniologia, gerontekniologia ja tekniset apuvälineet. Englanninkielellä vastaavia termejä ovat technical aid, assistive device, assistive technology ja adaptive equipment. Välikangas (2006, 18) toteaa myös, että hyvinvointitekniologian käsitteen alle voidaan liittää myös erilaisia rinnakkaistermejä, kuten esimerkiksi sosiaalitekniikan käsite jolloin siirrytään puhumaan selvemmin myös asuinympäristöön liittyvistä asioista. Opinnäytetyössäni hyvinvointitekniologialla tarkoitetaan Välikankaan (2006) määritelmää tietoteknisistä ja teknisistä ratkaisuista, joilla ylläpidetään tai parannetaan kotona asuvan vanhuksen elämänlaatua, hyvinvointia ja terveyttä.

Opinnäytetyössäni tärkeä käsite on myös edellä mainittu gerontekniologia, koska työ käsittelee nimenomaan vanhusten hoidossa ja palvelussa käytettävää hyvinvointitekniologiaa. Gerontekniologia on poikkeusteollinen tieteenala, jossa teknologiset pyrkimykset ja mahdollisuudet on suunnattu ikääntyneille. Gerontekniologia pyrkii parantamaan terveyttä, sosiaalista kanssakäymistä ja itsenäisyyttä myös korkealla iällä sekä parantamaan elämänlaatua tutkimus-, tuotanto- ja tuotekehityksellä. (What is gerontechnology? 2009.)

3 VANHUSTEN KOTIHOITO

Kunnan palvelurakenne vanhusten hoidossa voi koostua muun muassa seuraavista elementeistä kotihoito, tukipalvelut, omaishoito, palveluasuminen, laitoshoido ja ehkäisevät palvelut. Ikäihmiset haluavat pääosin asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja tarvittaessa tätä tuetaan erilaisin kotiin suunnatuin palveluin. (Holma 2003, 9.) Kotona asuminen antaa vanhukselle mahdollisuuden olla oma itsensä. Omassa kodissa saa olla rauhassa ja suorittaa omia askareita omaan tahtiin. Vapauden lisäksi ikäihmisen kotona asumiseen liittyy vahva kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Vanhusten hoito- ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite on tukea kotona asumista huo-

nokuntoisenakin, jolloin monipuolinen kotihoidon palvelujärjestelmä mahdollistaa pärjäämisen. Kotihoito siis turvaa omalta osaltaan ikääntyneiden elämänlaatua mahdollistamalla normaali ja itsenäinen elämä. (Ronkainen ym. 2002, 100.)

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jolla autetaan eri-ikäisiä avuntarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa toimintakyvyn heikkenemisestä ja sairauksista huolimatta ja tarjota asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin perustuvaa palvelua. Sosiaali- ja terveyspalvelut on perinteisesti erotettu toisistaan ja näin ollen sosiaalipalvelujen kotipalvelulla ja terveyspalveluiden kotisairaanhoidolla on omat historiansa ja työntekijänsä, jotka kuitenkin toimivat usein yhteistyössä keskenään. Joissain kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi ja tästä palvelukokonaisuudesta käytetään monesti nimitystä yhdistetty kotihoito. Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon sisältyy perushoiva, terveydenedistäminen ja sairaanhoito, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus muiden ammattilaisten kanssa. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–17.) Tässä opinnäytetyössä tulosten tarkastelussa käytetään kotihoidosta nimitystä kodinhoito, koska kysymyslomakkeissa oli käytetty tätä termiä.

3.1 Kotona asuvien vanhusten turvallisuus

Ihmisen tasapainoinen elämä ja psyykinen hyvinvointi vaativat riittävää turvallisuuden tunnetta. Turvallisuuden tunne muodostuu sisäisen perusturvallisuuden tunteen sekä ulkoisten riski- ja uhkatekijöiden minimoinnin ja hallinnan kautta. Ikääntyvillä turvattomuuden kokemus voi lisääntyä jos turvattomuutta aiheuttavia seikkoja ei oteta huomioon hoidossa ja muussa palvelussa. Sisäisiä riskitekijöitä vanhusten turvallisuudessa ovat muun muassa sairaudet, heikentyneet aisti- ja lihastoiminnot sekä riskit lääkkeiden käytössä, ulkoisia riskitekijöitä löytyy asuin- ja elinympäristöstä. (Lehtonen ym. 2007, 3–4.) Aikaisemmissa tutkimuksissa vanhusten turvallisuuden ja turvattomuuden ulottuvuuksiksi ovat muodostuneet luottamus, kohtaaminen, fyysinen toimintakyky ja fyysinen ympäristö. Luottamukseen liittyvät kokemukset ovat kohdistuneet avun saamiseen ja sen jatkuvuuteen. Turvattomuuden tunteita vanhuksille tuottaa muun muassa kipu ja kärsimys, henkilökunnan puute, avun saamisen hankaluus, turvapalvelujärjestelmän puutteet sekä pelko kaatumisesta, toisten avusta riippuvaiseksi tulemisesta ja pitkäai-

kaishoitoon joutumisesta. Vastaavasti turvallisuuden tunteita lisäävät myönteiset kokemukset avunsaannista, tuttu ja asiantunteva henkilökunta sekä tarkastuskäynnit. (Kivela 2002, 10–11, Vahtola 2004, 99.)

Vanheneminen aiheuttaa yksilöllisiä fyysisiä muutoksia ja esimerkiksi toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset vaikuttavat turvallisuuden kokemukseen. Elämänmuutokset kuten läheisen kuolema voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita tai pelkoja jotka vaikuttavat toimintakykyyn ja esimerkiksi haluun liikkua kodin ulkopuolella. Elinympäristön esteettömyydellä on suuri merkitys ikääntyneen toimintakyvyn säilymiselle sillä jos liikkumiseen on esteitä tai rajoitteita, voi toimintakyky heiketä passivoitumisen myötä. (Lehtonen ym. 2007, 4.) Huomioitavaa on myös se, että asumisen kestolla on osoitettu olevan suotuisia vaikutuksia vanhusten selviytymiseen ja mielialaan. Esimerkiksi asunnon vaihto voi heikentää ikääntyneen terveyttä. Vanhusten kohdalla asumiseen liittyviä positiivisia piirteitä ovat pysyvyys, ennustettavuus ja järjestys. (Välikangas 2006, 13.)

Elämistä helpottamaan tarkoitettut apuvälineet ja tekniset ratkaisut eivät itsessään automaattisesti tuota vanhukselle turvallisuuden tunnetta. Oleellista on se, millainen suhde ihmisellä on näihin välineisiin (Hedberg 2005, 85.) Vahtolan (2004, 98) tekemässä tutkimuksessa hyvin suuri osa (83 %) tutkimukseen osallistuneista vanhuksista koki elämänsä turvalliseksi jo ennen hyvinvointirannekkeen käyttöönottoa, eikä asia juurikaan muuttunut puolen vuoden käytön aikana.

3.2 Asiakslähtöisyys vanhusten kotihoidossa

Asiakslähtöisyys ikäihmisten hoidossa tarkoittaa sitä, että palveluja saava asiakas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hoito ja palvelu suunnitellaan ikääntyvän asiakkaan kannalta ja erityisen tärkeää on huomioida ne tilanteet, jolloin hoitoa ja palvelua saavan asiakkaan toimintakyky tai kyky ilmaista omat tarpeensa ja mielipiteensä on alentunut. Asiakslähtöisen hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää sitä, että tiedetään mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Hyvältä kotihoidolta asiakkaat odottavat muun muassa seuraavaa: palvelua saa tarpeita vastaavasti kaikkina vuorokauden aikoina, yksityisyyttä kunnioitetaan, omaehtoista terveydenhoitoa tuetaan, työntekijät eivät vaihdu ja heillä on hyvä ammattitaito, tiedonkulku on joustavaa ja sopimuksia noudatetaan, ilmapiiri on kiireetön, asukasta kohdellaan hyvin ja hänellä on

mahdollisuus osallistua omaa hoitoa ja palvelua koskevaan päätöksentekoon. (Voutilainen ym. 2002, 38–39.)

Ikäihmisten turvallisuutta, kotihoitoa ja hoidon laatua korosti myös ikääntyvien asioihin paneutunut Turun yliopiston yleislääketieteen professori ja ylilääkäri Sirkka-Liisa Kivelä luennoidessaan Lappeenrannassa 3.5.2010. Iäkkäiden hyvä hoito perustuu myönteiseen vanhustyöhön. Vanhusten näkökulmasta myönteinen vanhustyö voidaan kiteyttää kolmeen asiaan, ne ovat; arvo, turvallisuus ja osaaminen. Hyvään hoitoon ja palveluun kuuluu, että henkilö saa oikeat palvelut oikeaan aikaan. Tärkeää on myös huomioida elämä kokonaisuutena ja koordinoida ikäihmisten palveluja monien tahojen kanssa. Turvallisuuden tunteen luomisella pystytään merkittävästi vaikuttamaan iäkkäiden toimintakykyyn ja tätä kautta elämän laatuun. Pitkäkestoisen vanhustenhoidon perusta on kodinomaisuus ja normaalit päivittäiset toimet. (Kivelä 2010.)

4 HYVINVOINTITEKNOLOGIA VANHUSTEN HOIDOSSA

Ikääntyneisiin teknologian käyttäjinä liittyvät ensimmäiset tutkimus- ja kehittämishankkeet ovat alkaneet Suomessa 1980-luvulla, mutta vasta 1990-luvulla ryhdyttiin huomiomaan vanhukset teknologian käyttämisen erityisryhmänä. Kyseessä on siis suhteellisen uusi tutkimus- ja kehitysala. Kiinnostusta aiheeseen on lisännyt muun muassa ennusteet ikääntyvän väestön määrän kasvusta, teknologian nopea kehitys, kansainväliset suuntaukset, palvelurakenteiden muutokset ja geronteknologian synty 1980-luvun lopulla. Edellä mainittujen syiden lisäksi kyse on lisäksi samanaikaisista yhteiskunnallisista ja kulttuurisista muutoksista. (Paavilainen 2007, 117.)

On odotettavissa, että tulevaisuuden vanhusväestön omat voimavarat vahvistuvat. Tulevaisuuden vanhukset ovat todennäköisesti terveempiä, parempia liikkumaan, vauraampia, paremmin asuvia ja koulutettuja kuin samanikäiset tänä päivänä. Lähtökohtana ikäihmisten hyvälle elämälle on arvostus ja ikääntyvän väestön toimintakyvystä ja kuntoutuksesta huolehtiminen. (Holma 2003, 10–11.) Yleisesti ikääntyneiden palvelujen tarve näyttää kasvavan hitaammin ja vähemmän suoraviivaisesti suhteessa ikääntyvien määrän kasvuun. Tuleviin kustannuksiin vaikuttaa muun muassa terveiden vuosien kehitys, ikääntyvien sosiaaliset verkostot, ympäristön esteettömyys sekä se, voidaanko

ehkäisevillä ja kuntouttavilla toimilla myöhentää avuntarpeen alkua. (Välikangas 2006, 14.)

Ikäihmisten asumisen suunnittelussa korostuvat yksilöllisten tarpeiden, elämäntapojen ja yksilöllisen hyvinvoinnin huomioiminen, jota luovat etupäässä riittävä itsenäisyys, yhdessäolo sekä ympäristöön ja aikaan liittyvät tekijät. Kuntien on varmistettava, että asumisen suunnittelussa vanhusten tarpeita huomioidaan riittävästi ja heille annetaan mahdollisuus itse määritellä ja tuoda tarpeita esiin. Kotona asumisen suunnittelu ei ole helppoa, sillä asumisen ongelmat ikääntyvien kohdalla tulevat usein esiin pikkuhiljaa. (Välikangas 2006, 13.) Ympäristön rakenteelliset tekijät määrittävät paljon sitä, kuinka vanhus selviää kotiympäristössään. Teknologialla voidaan helpottaa muun muassa ikääntyneiden kotona asumista. Asuinympäristön ominaisuudet vaikuttavat paljon siihen, millaisista toiminnoista ikääntyneiden päivät koostuvat ja miten merkityksellisiksi arkipäivät koetaan. (Eloranta & Punkanen 2008, 36–37.)

Kun ikääntyneellä alkaa ilmetä vaikeuksia selvitä päivittäisistä toiminnoista, voi taustalla olla heikentynyt toimintakyky, ongelmat ympäristössä tai nämä yhdessä. Toimintakyvyn tukemiseksi voidaan yrittää vaikuttaa toiseen tai molempiin edellä mainituista tekijöistä ja usein riittää, että vanhukselle opetetaan uusi tapa selviytyä haasteita aiheuttavasta toiminnasta. Mikäli ongelma ei tällä ratkea, on ikääntyneelle ja hänen omaisilleen tarjolla runsaasti erilaisia arkea helpottavia apuvälineitä ja muuta tekniikkaa. Tietoyhteiskunnan luomia innovaatioita on lukuisia, niistä esimerkkeinä turvarannekkeet, kaatumisen tunnistavat matot ja hyvinvointitelevisio. Tekniikka saattaa usein olla jopa tehokkaampi toiminnanvajavuuden lievittäjä kuin toisen henkilön antama apu, vaikkakin on muistettava, että teknisten laitteiden harkitsematon käyttö voi myös edesauttaa suorituskyvyn heikkenemistä. (Eloranta & Punkanen 2008, 76–77, 188.)

4.1 Vanhukset hyvinvointiteknologian käyttäjinä

Teknologinen kehitys kuuluu kaikille. Olennaista onnistuneessa tietoyhteiskunnassa on taata, että kaikki ikäluokat pääsevät nauttimaan uusien teknologioiden saavutuksista. Ikääntyneille suunnatun teknologian tavoitteita ovat muun muassa; yleisen hyvinvoinnin tukeminen, toimintakyvyn ylläpito, itsenäisyyden säilyttäminen, turvallisuuden lisääminen, yhteydenpidon ja kommunikaation helpottaminen sekä sairauksien varhainen to-

teaminen ja hoito. (Eloranta & Punkanen 2008, 186.) Teknologian avulla on mahdollisuus parantaa vanhuksille tarjottua kotipalvelua, sekä valikoiman että laadun suhteen ja toisaalta myös lisätä tehokkuutta ja alentaa toimintakustannuksia (Sixsmith 2000, 63.).

Stereotyyppinen käsitys usein on, että vanhuksilla on negatiivinen asenne teknologiaa kohtaan. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa, vaan he suhtautuvat siihen pääosin positiivisesti. On hyvä muistaa, että teknologinen kehitys on ollut viimeisen sadan vuoden aikana erityisen nopeaa ja näin ollen tämän päivän ikääntyneet ovat elämänsä aikana onnistuneesti omaksuneet jo paljon uusia teknologioita. (Eloranta & Punkanen 2008, 186.) Vaikka vanhuksilla ei ilmene varsinaista teknologiapelkoa, he suhtautuvat uusimpaan teknologiaan kuitenkin jonkin verran epäillen ja erilaisten laitteiden hyödyllisyyttä pohtien. Tämä saattaa johtua teknologiakulttuurin mukanaan tuomien arvojen nopeus, tehokkuus, ainainen vaihtuvuus, vieraudesta ikääntyneen elämässä. Kyse on siis enemmän teknologian ominaisuudesta, sen sopimattomuudesta kaikille väestöryhmille, kuin iästä ihmisen ominaisuutena. Teknologiaa pitäisikin pyrkiä muokkaamaan erilaisten yksilöiden tarpeita palvelemaan. On myös hyvä muistaa, että vanhusten teknologiayönteisyyteen tai – kielteisyyteen vaikuttaa myös heidän läheistensä suhtautuminen teknologiaan. (Törmä ym. 2001, 21.)

Yleisesti kansalaisten suhtautuminen teknologisiin ratkaisuihin vaihtelee. Osa pitää niitä aiempaa vaivattomampina, kun taas toisten mielestä ne ovat huonontaneet asiakkaan asemaa. Vanhustenhuolto ja ikääntyneet ovat olleet melko hitaita omaksumaan uutta tekniikkaa työn ja arjen helpottamiseksi ja yhtenä syynä tähän saattaa olla se, että vanhuksia ja vammaisia ei juuri ole kuultu tekniikan kehittämisessä. (Hyppönen 2004, 23.)

Tietoyhteiskunnan välineissä ja palveluissa on paljon käytettävyysoongelmia ja ikääntyneillä nämä ongelmat liittyvät usein vanhenemisen aiheuttamiin fysiologisiin muutoksiin. Motoriikkaan liittyviä muutoksia ovat muun muassa sorminäppäryyden heikkeneminen ja yleisesti liikkumiseen liittyvät ongelmat. Aistitoiminnoissa muutoksia tapahtuu näkökyvyssä ja kuulossa ja kognitiivisia muutoksia ovat uuden oppimisen hitaus, reagointiajan pidentyminen sekä yhtäaikaisten asioiden huomioimisen vaikeus. Nämä muutokset voivat aiheuttaa vaikeuksia esimerkiksi laitteiden käytössä ja erilaisten päivittyvien ohjelmien ja mallien ymmärtämisessä. Tärkeää vanhusten osuudelle teknistyvässä yhteiskunnassa on esteiden poistaminen, liittyvätpä ne sitten vaikka oppimiseen, käytet-

tävyyteen tai saatavuuteen. (Eloranta & Punkanen 2008, 187–188.) Teknologian käyttäjien korkea ikä voidaan ottaa huomioon muun muassa siten, että kaikki laitetta käytettäessä tarvittava teksti, kuten käyttöohjeet, on helposti luettavia, kirjainten koko on riittävä ja tekstin kontrasti alustaan on riittävä mutta ei räikeä. Laitteen mahdollisen ohjelman tulee olla niin käyttäjänsä huomion vangitseva, että hän ei ehdi epäröidä uuden laitteen käyttöä. Laitteen tulee näyttää helppokäyttöiseltä, jotta se ei tuntuisi pelottavalta ja liian vaikealta käyttää. Niiden toimintojen, joiden seuraaminen on tarkoitettu esimerkiksi hoitohenkilöstölle, olisi hyvä olla laitteen takana tai muuten poissa esiltä. Hyvä tekninen tuote on yksilöllinen tai yksilöllisen tuntuinen, antaa tunteen omatoimisuudesta ja riippumattomuudesta, antaa kokemuksen vaikuttamismahdollisuudesta, on hienotunteinen, tukee elämän yhtenäisyyden kokemusta ja ohjaa itse käyttäjänsä. (Mäki 2000, 33, 38.)

Melkaksen ym. (2008, 84–85) tutkimuksen mukaan kolme tärkeintä ominaisuutta hyvinvointiteknologiatuotteissa on houkuttelevuus, yksinkertaisuus ja hinta. Houkuttelevuus tarkoittaa tuotteen ulkonäköä muotokielen, materiaalien ja värien osalta. Ihmisillä on erilaisia mieltymyksiä ja sen tähden tuotetta olisi hyvä voida personoida käyttäjäkohtaisesti. Ulkonäkö vaikuttaa olevan yksi tärkeimmistä tekijöistä ensivaikutelman luomisessa ja vaikuttaa siihen, kuinka helposti tuote otetaan käyttöön. Kun ulkonäkö on käyttäjien näkökulmasta normaali ja kodikas, kynnyks käyttöönottoon on matalampi, koska niin sanottua leimaantumista ei tällöin tapahdu. Tutkimuksen mukaan tuotteen käytettävyyden tulee olla yksinkertaista. Samassa tuotteessa ei tule olla liikaa toimintoja, koska käytön opettelu on tällöin hankalaa ja osa toiminnoista jää helposti käyttämättä. Selkeät ohjeet vaikuttavat myös tuotteen käytettävyyteen ja mahdollisten lisäosien vaihdon ja käytön tulee olla yksinkertaista. (Melkas ym. 2008, 84–85.)

4.2 Eettisyys hyvinvointiteknologian käytössä

Hyvinvointiteknologian käytössä ja sen viemisessä esimerkiksi vanhusten arkeen on hyvä pohtia myös siihen liittyviä eettisiä näkökulmia. Terveys sosiologi ja valtiotieteen tohtori Päivi Topo (2007) on gerontologia lehden artikkelissaan tuonut esille eettisiä kysymyksiä, joita liittyy teknologian käyttöön erityisesti dementiaoireisten ihmisten hoidossa. Teknologian kiivaan kehityksen myötä eettisyys koskettaa ajankohtaisuudel-

laan ihan kaikkia teknologian käyttäjäryhmiä, kuten tietysti myös tutkijoita, suunnittelijoita, kouluttajia ja päättäjiä.

Eettiset kysymykset ovat kaikessa hoito- ja hoivatyössä vahvasti läsnä. Hyvän vanhus-
tenhoidon eettisiä periaatteita ovat muun muassa toiminta hyvinvoinnin puolesta ja va-
hingollisen tekemisen välttäminen, vanhuksen päätöksien, omanarvontunnon, loukkaa-
mattomuuden ja mieltymyksien huomioon ottaminen, avoin ja oikeudenmukainen koh-
teleminen, sekä vanhuksen oikeuksien kunnioittaminen. (Mäki ym. 2000, 26–28.) Oi-
keudenmukaisuuden periaatteessa on kyse siitä, saavatko ikääntyneet reilun osuutensa
teknologian kehityksestä ja osansa julkisista resursseista. Itsemääräämisoikeuden peri-
aate johdattaa kysymään, perustuuko teknologian käyttö esimerkiksi vanhuksen toi-
minnan rajoittamiseen vai tukeeko se olemassa olevia kykyjä ja niiden ylläpitoa. Yksi-
tyisyyden periaate ohjaa pohtimaan tiedon keräämistä ja välittämistä. Tehokkuuden
perspektiivistä kyse on siitä, käytetäänkö teknologiaa niin, että saadaan ihanteellinen
tulos resurssien käytöstä. Edellä mainitut periaatteet muodostavat käytännössä moni-
mutkaisen kokonaisuuden, jossa tasapainoillaan eri suuntaan vetävien periaatteiden ja
arvojen välillä. (Topo 2007, 221–222.)

Vähitellen on teknologian käytössä siirrytty yksilön toiminnan rajoittamisesta hänen
kykyjensä tukemiseen. Tällaisia esimerkkejä ovat henkilön toiminnan seuraaminen
muun muassa liiketunnistimilla, kaatumisvahdeilla tai levottomuuden ilmaisimilla. Tek-
nologian perustavoite näissä on tukea henkilön turvallisuutta ilman, että hänen toimin-
nan tarvettaan sivuutetaan. Se, että teknologian käytössä on vähitellen siirrytty rajoitta-
vasta kykyjä tukevaan ajatteluun, liittyy mitä todennäköisimmin muutoksiin yhteiskun-
nassa, joiden myötä esimerkiksi vanhusten asemaa ja oikeuksia on vahvistettu. (Topo
2007, 225, 229.)

Kaikkien teknologisten järjestelmien hyöty hoito- ja hoivatyössä on riippuvainen niiden
teknisestä luotettavuudesta, mutta tätäkin enemmän henkilökohtaisen avun saamisesta.
Järjestelmiä voidaan käyttää myös niin, että henkilön tilannetta vain seurataan tarkem-
min mutta hänen toiminnan mahdollisuuksiaan ei samalla lisätä. Näissä tilanteissa seu-
rannan hyödyllisyyttä tulisi kriittisesti arvioida. Paljon tietoa keräävien järjestelmien
kohdalla on tärkeää myös pohtia, kuka ehtii seuloa tarpeellisen tiedon ja analysoida sen,
sekä kuka hävittää tarpeettoman tiedon ja varmistaa luvat tiedon keruuseen ja kartut-

tamiseen? Eettisten periaatteiden näkökulmasta olennaista teknologian käytössä on se, että jonkinlainen yhteisymmärrys teknologian käytöstä saavutetaan ja asiakkaan näkökulma otetaan huomioon. (Topo 2007, 225–226.)

Myös teknologian kehittämiseen liittyy eettisiä ongelmia. Kokeiluhankkeisiin osallistumisesta ei välttämättä ole osallistujalle hyötyä, tietoisien suostumuksen saaminen voi olla vaikeaa, osallistumiseen saattaa liittyä riskejä ja osallistumisesta aiheutuvien kustannusten korvaaminen sekä tilanne tutkimuksen tai kokeilun jälkeen voi olla epäselvä. Lisäksi ovat kysymykset henkilön liittyvien tietojen suojaamisesta, vielä tuntemattomien odotusten nostamisesta sekä tutkimus- ja kehittämissuunnitelmien eettisen arvioinnin tarpeista. Tekniikkaan liittyviä kokeilu- ja tutkimushankkeita varten ei ole yhtä selkeitä eettisiä ohjeita kuin on lääketutkimukseen. (Topo 2007, 228.)

Vahtolan (2004, 75, 104–105) tutkimuksen mukaan perinteisen turvapuhelimen käyttöön ei vanhusten näkemysten mukaan liittynyt eettisiä ongelmia. Perinteistä turvapuhelinta käyttävät vanhukset kokivat, että laite ei rajoita elämää ja sen käyttöön ei liity kielteistä valvontaa eikä se loukkaa vanhuksen yksityisyyttä. Kaikki perinteistä turvapuhelinta käyttävät vanhukset kokivat laitteen ja siihen liittyvän avunsaannin luotettavaksi. Hyvinvointiranneketta käyttävistä vanhuksista kaksi (7 %) koki, että hyvinvointirannekkeeseen liittyy kielteistä valvontaa ja laite loukkaa yksityisyyttä. Lisäksi neljä (13 %) hyvinvointirannekkeen käyttäjistä koki, että hyvinvointiranneke rajoittaa elämää ja että turvahälytysjärjestelmä ei ole luotettava. Viiden (17 %) hyvinvointirannekkeen käyttäjän mielestä avunsaantiin turvahälytysjärjestelmän kautta ei voi luottaa. Tutkimuksesta ilmeni, että hyvinvointirannekkeeseen liittyneet tekniset ongelmat vaikuttivat negatiivisesti mielikuvaan laitteen toimivuudesta ja avunsaannista.

5 ASIAKASVAIKUTTAVUUS

Vaikuttavuuden käsite on laaja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2010) mukaan se tarkoittaa suppeimmillaan palvelujen välittömiä konkreettisia vaikutuksia ja laajemmin ymmärrettynä muutoksia esimerkiksi asiakkaan tai potilaan tai kotitalouden hyvinvoinnissa tai terveydentilassa. Vaikuttavuutta voidaan tarkastella vieläkin laajemmin. Esimerkkinä palvelujen hyvinvointivaikuttavuus, jolloin hyvinvointivaikutukset voivat nä-

kyä koko kotitalouden laajuksena toimeentulona ja selviytymisenä sekä mahdollisuuksina kohdentaa kulutusta muihin kohteisiin palvelujen sisältämän tukipalkkion ansiosta. Silvennoinen-Nuora (2005, 3) toteaa myös, että tietyissä olosuhteissa vaikuttavuus voi toisaalta olla myös esimerkiksi työ- tai toimintakyvyn ylläpitämistä, jolloin vaikuttavuus on asiakkaan tilan vakaana pitämistä. Rautava ym. (2009, 6) huomauttaa, että terveydenhuollossa toiminnan vaikuttavuudella (*effectiveness*) tarkoitetaan terveydentilan muutosta terveydenhuollon tavanomaisessa toiminnassa. Jos terveydentilan muutos saadaan aikaan ihanteellisissa olosuhteissa, kuten esimerkiksi suunnitelluissa ja organisoituissa kokeissa, puhutaan tehosta (*efficacy*). Jos tarkastelussa huomioidaan lisäksi vaikuttavuuden saamiseksi tarvittavat panokset (kustannukset), on kyse tehokkuudesta (*efficiency*).

Tässä opinnäytetyössä vaikuttavuus on erityisesti asiakasvaikuttavuutta. Silvennoinen-Nuoran (2005, 3) mukaan ”vaikutus ilmenee jonkinlaisena muutoksena asiakkaan tilanteessa” ja tähän on pyritty myös Mobiilihoiva -hankkeessa. Asiakasvaikutuksia arvioidaan tässä tutkimuksessa vaikuttavuuden arvioinnin keinoin.

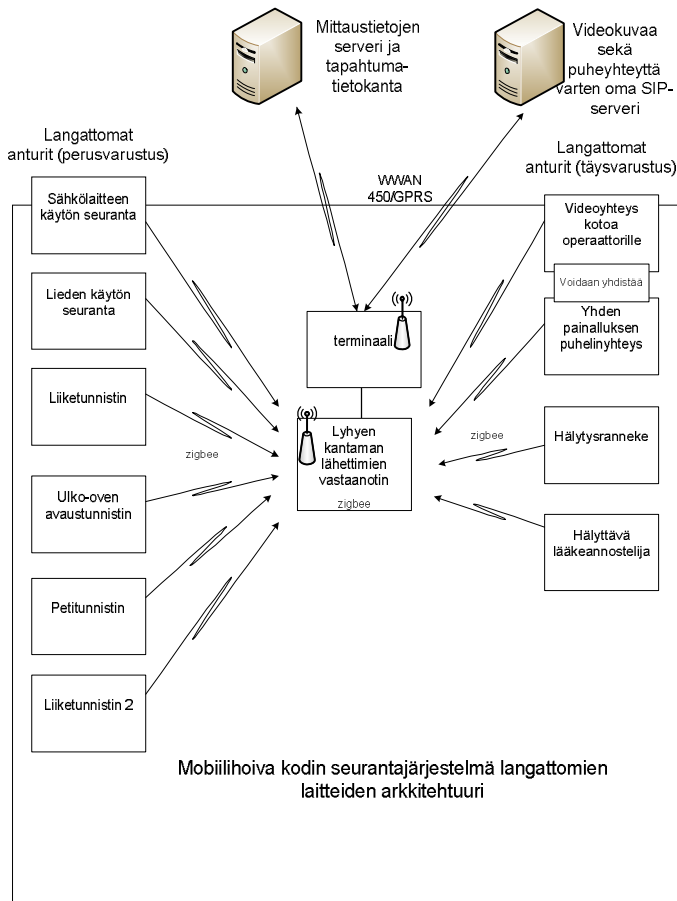
6 MOBIIHOIVAHANKE

MOBIIHOIVA turvallisen kotihoidon tukena -projekti oli Mikkelin ammattikorkeakoulu Oy:n hallinnoima EAKR-toimenpideohjelmaan kuuluva hanke, joka toteutettiin Etelä-Savon maakuntaliiton ja Pohjois-Savon liiton yhteishankkeena. Hanke toteutettiin 1.5.2008 – 30.6.2010 välisenä aikana. Hankkeen tarkoituksena oli tietotekniikkaa hyödyntämällä lisätä yksin asuvien vanhusten kotihoidon turvallisuutta. (MOBIIHOIVA -hankeinfo 2009.)

Mobiilihoiva -projektin tavoitteena oli kehittää, testata ja tuottaa uusi mobiiliavusteinen toimintamalli yksin asuvan vanhuksen turvallisesta kotihoidosta. Hankkeen aikana neljänkymmenen vapaaehtoisen yksinasuvan kotihoidon asiakkaan kotiin asennettiin langaton kokeilujärjestelmä, joka oli käytössä kolme kuukautta, lokakuusta joulukuuhun 2009. Kodeista 30 sijaitsi Savonlinnan ympäristössä, kuusi Kuopiossa, kaksi Lapinlahdessa ja kaksi Mikkelissä. (Mobiilihoiva turvallisen kotihoidon tukena 2008.) Kaikissa kokeilukodeissa oli asennettuna ns. perusvarustus: liiketunnistimet oleskelutilassa ja

eteisessä, ulko-oven avaustunnistin, kahden sähkölaitteen käytön seuranta (liesi ja kahvinkeitin tai mikroaaltouuni) sekä vuodetunnistin. Ulko-oven avaustunnistimella seurattiin oven avaamista/sulkemista ja yhdistämällä anturin havaitsema tilatieto eteisessä olevan liiketunnistimen tilatietoon, voitiin päätellä, onko asukas mahdollisesti poistunut asunnosta vai ainoastaan avannut oven. Oleskelutilan liiketunnistimella seurattiin asukkaan aktiivisuutta ja vuodetunnistimen tilatiedon avulla voitiin päätellä, onko asukas vuoteessa vai ei. Myös sähkölaitteiden käytön seurannalla välittyi tietoa asukkaan aktiivisuudesta. Muita kokeilussa mukana olleita laitteita olivat video- ja puheyhteys päivystäjään, joka oli käytössä yhdessä kodissa sekä hälyttävä lääkeannostelija, joka oli 15 asukkaalla. Lääkeannostelijan käytössä huomattiin joidenkin asiakkaiden kohdalla rajoituksia muun muassa siten, että asiakkaan lääkkeet eivät mahtuneet annostelijaan, jos lääkkeitä oli paljon tai ne olivat suurikokoisia tai lääkkeitä oli eri muodoissa (esim. nestemäisenä), lääkkeet tuli säilyttää kylmässä tai asiakkaalla oli motorisia esteitä käyttää lääkekelloa. (Ojala 2010.)

Kokeilussa ollut seurantajärjestelmä välitti langattomasti sähköiseen tietojärjestelmään tietoa asiakkaan liikkumisesta, muusta toiminnasta ja aktiivisuudesta kotona. Terveysalan koulutuksen saaneet hoitotyön asiantuntijat seurasivat antureiden lähettämää tilatietoa ympäri vuorokauden web-palvelua hyödyntämällä niin, että näytöllä voitiin asukaskohtaisesti tarkastella eri antureiden lähettämää tietoa numeerisesti tai graafisesti. Yhdistämällä eri antureiden tuottamaa tilatietoa kunkin asukkaan profiilitietoon, otettiin yhteyttä asukkaaseen, jos havaittiin jotain asukkaan tavallisesta rutiinista poikkeavaa. (Luukkainen 2010.) Kuviossa 1 on kuvattu kodin seurantajärjestelmien laitteiden arkkitehtuuri.



KUVIO 1. Kodin tekninen ympäristö (Ojala 2010.)

Ajatuksena Mobiilihoiva -hankkeessa oli, että turvallisuuden tunteen lisääntyminen koventaa sekä vanhuksen että hänen omaistensa elämän laatua. Reaaliaikainen seuranta-tieto yksin elävän vanhuksen arjesta antaa myös kotihoidon henkilöstölle turvallisuuden tunnetta sekä parantaa hoidon laatua ja vaikutuksia. Sähköinen seurantatieto myös vapauttaa kotihoidon henkilöstön työaikaa käytettäväksi vanhuksen muuhun hoivaan, huolenpitoon ja inhimilliseen vuorovaikutukseen. Turvallinen kotihoito antaa ikäihmisille mahdollisuuden asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään ja tällä on suuri merkitys niin vanhusten hyvän elämän laadun kuin hoidon kustannustenkin kannalta. (MOBIILIHUIVA -hankeinfo 2009.)

7 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille Mobiilihoiva -projektin vaikutuksia asiakkaisiin ja pohtia onnistumista sekä tulevaisuuden näkymiä. Tavoitteena on myös tuoda esille asiakkaiden kokemukset ja mielipiteet kokeilusta ja siitä, miten mobiiliteknologia on heidän elämäänsä vaikuttanut sekä asiakkaiden omaisten ja heidän luonaan työskentelevien kotihoidon henkilöstön näkemykset kokeilun hyödyistä. Aineisto tähän opinnäytetyöhön on saatu projektin aikana suoritetuista kotihoidon yksin asuvien asiakkaiden haastatteluista sekä asiakkaiden omaisille ja kotihoidon henkilöstölle lähetetyistä kyselyistä. Työni rajautuu Mobiilihoiva -hankkeen tarpeeseen kyselyjen purusta, analysoinnista ja asiakasvaikutusten arvioinnista.

Tutkimusongelmana on selvittää Mobiilihoiva -hankkeen asiakkaille, heidän omaisilleen ja kotihoidon henkilöstölle tehtyjen kyselyjen pohjalta, **minkälaiset ovat Mobiilihoiva -hankkeen asiakasvaikutukset.**

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimusmenetelmä

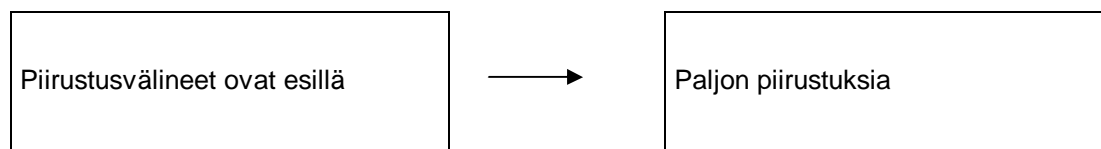
Tutkimusmenetelmäksi Mobiilihoiva -hankkeessa valittiin kyselytutkimus. Tässä tutkimuksessa keskitytään kyselytutkimusten tulosten purkamiseen ja arviointiin vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmasta. Dahler-Larsenin (2005) mukaan ”vaikuttavuuden arvioinnin perusajatus on se, että arvioitava julkinen interventio perustuu olettamukseen ”jos a, niin b” eli käsitykseen siitä, että interventio johtaa tiettyihin tuloksiin. Vaikuttavuuden arvioinnissa testataan näitä käsityksiä todellisuudessa.” Päämääränä vaikuttavuuden arvioinnissa on selvittää, missä määrin interventio on vaikuttanut tietyn päämäärän toteutumiseen. Vaikuttavuuden arvioinnissa ei sinänsä olla kiinnostuneita asiakkaiden yms. näkökulmien huomioimisesta, vaan siinä keskitytään siihen, toimiiko interventio. Kuitenkin joissain tapauksissa eri osapuolten tyytyväisyys, yhteistyöhalu jne. sisältyvät luontaisesti siihen, miten ja miksi interventio vaikuttaa ja tällöin nämä asiat tuodaan arvioinnissa esiin. (Dahler-Larsen 2005, 8, 18, 20.) Vaikuttavuuden arvioinnissa yksi suurimmista ongelmista liittyy kiistattoman näytön osoittamiseen. Tär-

kein kysymys onkin; milloin, ja kuinka huomattavasti, voimme sanoa arvioitavalla asialla olleen vaikutusta. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 5.)

Lähtökohtana vaikuttavuuden arvioinnille on selvät ja tarkat käsitykset siitä, miten ja miksi joku tietty interventio vaikuttaa. Näitä käsityksiä nimitetään ”ohjelmateoriaksi”. Ohjelmateorialla kerrotaan, miten interventio muutetaan tuloksiksi. Arvioinnissa pyritään tutkimaan johdonmukaisesti kaikki ohjelmateorian osat. Arvioijan ei itse tarvitse olla vakuuttunut ohjelmateorian oikeellisuudesta. Ohjelmateorian vahvistamisen sijaan saatetaan myös osoittaa yleiset ja näennäisesti oikeat käsitykset interventiosta vääriksi. Vaikuttavuuden arvioinnin ajattelutapa on hyvin yleisluontoinen, sitä voidaan käyttää hyvin monilla interventioalueilla ja arvioinnissa ei tarvitse etukäteen valita mitään tiettyä tiedonkeruumenetelmää. (Dahler-Larsen 2005, 23.)

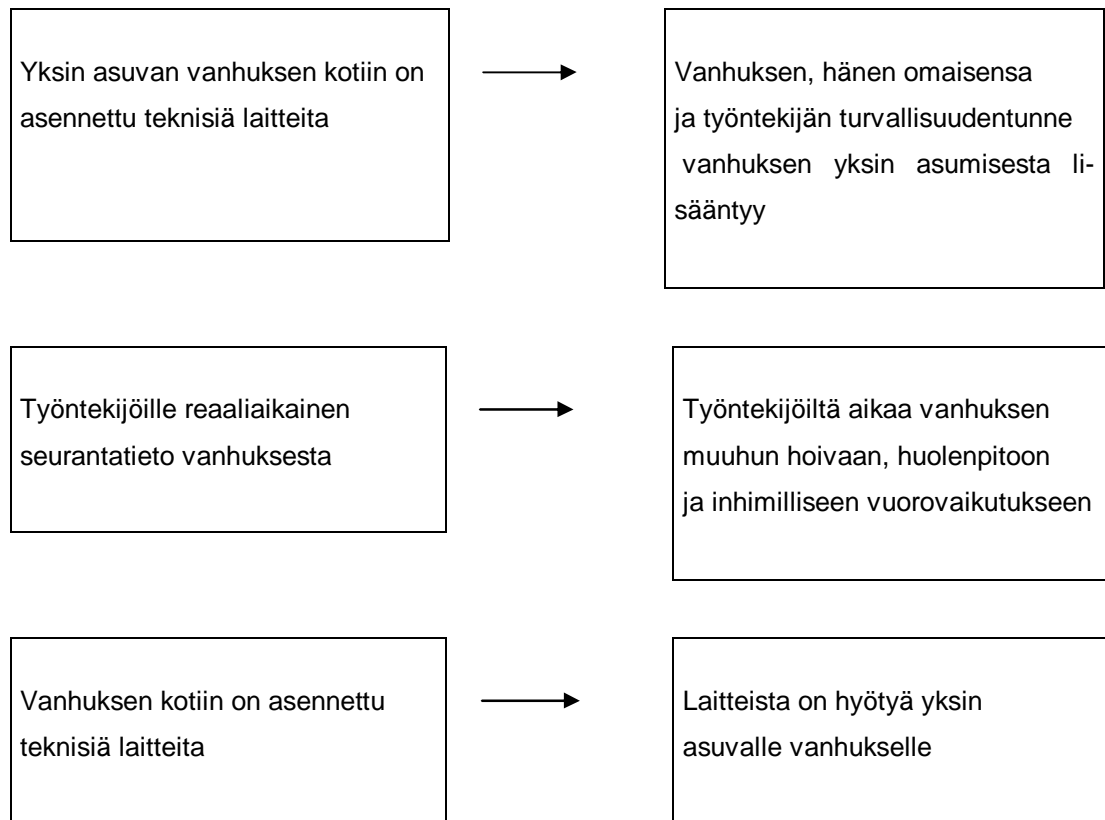
Vaikuttavuuden arvioinnissa on seitsemän vaihetta: arviointikysymyksen esittäminen, ohjelmateorian lähteiden löytäminen, ohjelmateorian laatiminen, ohjelmateorian selventäminen arviointia varten, menetelmien valitseminen, tietojen kerääminen sekä analyysi ja johtopäätökset (Dahler-Larsen 2005, 24.). Tähän tutkimukseen liittyen monet vaikuttavuuden arviointiin liittyvät vaiheet on ratkaistu jo etukäteen Mobiilihoiva-hankkeen edetessä, eikä niihin ole voinut tämän tutkimuksen aikana vaikuttaa. Mobiilihoiva -hankkeessa on tehty tietojen keruu lomakkeilla, joiden pohjalta tässä työssä vaikuttavuutta arvioidaan. Vaikuttavuuden arviointi keskittyy aihealueiltaan kotihoidon asiakkaiden, heidän omaistensa ja kotihoidon työntekijöiden kokemuksiin vanhuksen yksin asumiseen liittyvästä turvallisuudesta, kotihoidolta saadusta palvelusta sekä ko-keilussa mukana olleiden teknisten laitteiden hyödyllisyydestä.

Dahler-Larsenin (2005, 29) mukaan ohjelmateorian voi graafisesti esittää samoin, kuin kuviossa 2:



KUVIO 2. Esimerkki ohjelmateorista (Dahler-Larsen 2005)

Ohjelmateorian voi myös tässä tutkimuksessa esittää Dahler-Larsenin (2005) tapaan. Kuviossa 3 olevat ohjelmateoriat on johdettu Mobiilihoiva -hankkeen tavoitteista, joita on avattu luvussa Mobiilihoiva -hanke.



KUVIO 3. Ohjelmateoriat arvioinnin taustalla (Dahler-Larsenia 2005 mukailten)

8.2 Aineiston keruu

Sekundaariaineistoksi kutsutaan aineistoa, joka on muiden keräämää. (Hirsjärvi ym. 2009, 186.). Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty kyselylomakkeilla, jotka on laatinut Mobiilihoiva -projektin projektipäällikkö Sirpa Luukkainen yhdessä Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksikön kanssa. Aineisto on kerätty tutkimuksessa mukana olleille yksin asuville kotihoidon asiakkaille tehdyillä alku- ja loppu haastattelulla sekä heidän omaisilleen ja kotihoidon työntekijöille lähetetyillä alku- ja loppukyselyillä. Kotihoidon asiakkaille haastattelut tekivät Mikkelin ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat Savonlinnasta.

8.3 Aineiston käsittely

Tutkimuksen aineisto vaatii usein esitöitä, ennen kuin päätelmiä päästään tekemään. Ensimmäiseksi on tehtävä tietojen tarkistus, jossa aineistosta tarkastetaan virheellisyydet ja mahdolliset puuttuvat tiedot. Näiden pohjalta on tehtävä päätös esimerkiksi materiaalin hylkäämisestä. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Tämän tutkimuksen aineiston osalta hylättiin niiden asiakkaiden, omaisten ja kotihoidon työntekijöiden vastaukset, joilta ei saatu vastausta molemmista mittauksista. Perusteluna tälle on, että vain molempien mittausten tuloksia voidaan verrata keskenään ja havainnoida mahdollista muutosta. Virheellisyyksiä aineistossa havaittiin kahden asiakkaan vastauksissa sekä kyselylomakkeissa. Kahden asiakkaan kohdalla virhe kyselyaineistossa oli se, että vastaaja ilmoitti jatkokyselyssä iäkseen alkukyselyyn ristiriidassa olevan vastauksen ja näin ollen heräsi kysymys siitä, onko vastaaja sama henkilö vai ovatko vastaajien koodit jotenkin sekoittuneet? Näiden kahden vastaajan aineistot otettiin kuitenkin mukaan tutkimukseen, koska usealla tarkastuskerralla tultiin siihen johtopäätökseen, että lomakkeille ei löydy muita sopivia vastapareja ja kyseessä voi hyvin olla vastaajan muistamattomuuden aiheuttama virhe. Kyselylomakkeissa virhe oli jokaiselle ryhmälle suunnatussa toisessa kyselylomakkeessa. Kysymyksessä ”mikä seuraavista väittämistä kuvaa parhaiten asennettujen laitteiden käytettävyyttä”, vastausvaihtoehtoina oli kaksi kertaa ”melko samaa mieltä”, kun toisessa kohdassa olisi tullut olla ”melko erimieltä”. Tätä kysymystä ei näin ollen voida luotettavasti arvioida.

Asiakkaille, omaisille ja kotihoidon työntekijöille suunnatuissa kyselylomakkeissa oli avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä sekä asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Kotihoidon asiakkaille suunnatuissa lomakkeissa kysyttiin taustatietoina vastaajan ikää, sukupuolta ja yksin asumiseen sekä tekniikan käyttöön liittyviä asioita. Kaikilta vastaajaryhmiltä kysyttiin lisäksi vanhuksen yksinasumisen turvallisuuteen liittyviä asioita, kokeiluun liittyviä odotuksia, mielipiteitä kokeilussa mukana olleista laitteista ja niiden käytettävyydestä sekä vanhuksen kotihoidolta saamaan palveluun liittyviä asioita. Avoimista kysymyksistä saadaan aineistoa laadulliseen analyysiin. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on muun muassa todellisen elämän kuvaaminen, jonkin ilmiön seikkaperäinen kuvaileminen, jonkin asian ymmärrettäväksi tekeminen, hypoteesittomuus sekä teorian rakentaminen aineiston pohjalta. Laadullisen aineiston vahvuuksia ovat muun muassa syvyys ja yksityiskohtaisuus, avoimuus ja ennalta arvaamattomuus

sekä tutkittavien näkökulman ja todellisuuden avautuminen. (Vehkaperä 2003.) Strukturoiduista kysymyksistä saadaan puolestaan aineistoa tilastolliseen analyysiin. Tilastollisilla kysymyksillä tarkoitetaan kirjallisessa muodossa systemaattisesti esitettyä kysymyssarjaa valmiine vastausvaihtoehtoineen. Mitä strukturoidumpi lomake on, sitä parempi se on tilastollisen tarkastelun kannalta mutta toisaalta se on myös vähemmän informatiivinen. (Kvantitatiivisen tutkimuksen vaiheet 2009.)

Tutkimuksen tulokset esitetään tässä työssä sanallisesti ja graafisesti. Lisäksi liitteenä (liite 1) on yksityiskohtaisempaa tietoa antavia taulukoita. Jokaisessa tuloksia kuvaavassa luvussa on raportoitu sekä ensimmäisen että toisen mittauksen tulokset sekä yksittäisten kotihoidon asiakkaiden muutokset.

8.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuudessa tarkastellaan yleensä sen reliäbeliutta, joka tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja validiutta, joka tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tässä tutkimuksessa keskityttiin jo olemassa olevan aineiston purkuun, analysointiin ja arviointiin. Tämän tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellista on, että aineisto purettiin huolella ja siinä ilmenneet virheet kirjattiin ylös ja ne huomioitiin myös aineiston analysoinnissa.

Hirsjärvi ym. (2009, 23–25) toteavat, että ”eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä”. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus suunnittelussa, tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä ja tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa, eettisyys tutkimuksen kaikilla osa-alueilla sekä tekijänoikeuksien ja muiden tutkijoiden ja tutkimusryhmän jäsenten huomioiminen. Tutkimuksen lähtökohtana tulee aina olla ihmisarvon kunnioittaminen ja epärehellisyyden välttäminen tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Tämän tutkimuksen toteuttamiseen on haettu lupa (liite 2) tutkimussuunnitelman perusteella Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eettiseltä toimikunnalta. Tutkimuslupa on saatu 15.12.2009. Luvan ovat antaneet eettisen toimikunnan oikeutuksella hallintoylihoitaja Arja Sistonen ja johtajaylilääkäri Heikki Pyökkänen. Tutkittavien tunnistamat-

tomuus on varmistettu jo kyselyvaiheessa. Haastateltavien kotihoidon asiakkaiden ja postikyselyyn vastanneiden omaisten ja kotihoidon henkilöstön nimet ja osoitteet pysyvät salaisina, sillä niitä tietoja ei tiedonkeruussa ole tallennettu. Vastaajista on käytetty ainoastaan koodia, jolla pystytään yhdistämään asiakkaan, omaisen ja kotihoidon työntekijän vastaus.

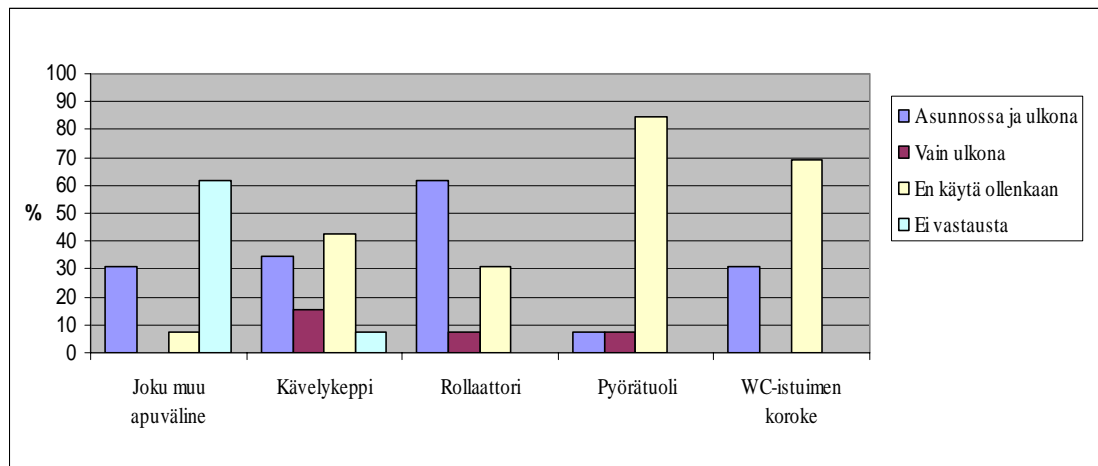
9 TULOKSET

9.1 Yksin asuvien kotihoidon asiakkaiden vastaukset ennen ja jälkeen kokeilun

Mobiilihoiva -kokeiluun osallistuville kotihoidon yksin asuville asiakkaille suunnattuihin lomakehaastatteluihin vastasi ennen kokeilua 30 henkilöä ja kokeilun jälkeen 26 henkilöä. Tästä joukosta tähän tutkimukseen on valittu ne, joilta on saatu vastaus sekä ennen että jälkeen kokeilun. Ennen ja jälkeen kokeilun vastanneita yksin asuvia oli 26 henkilöä.

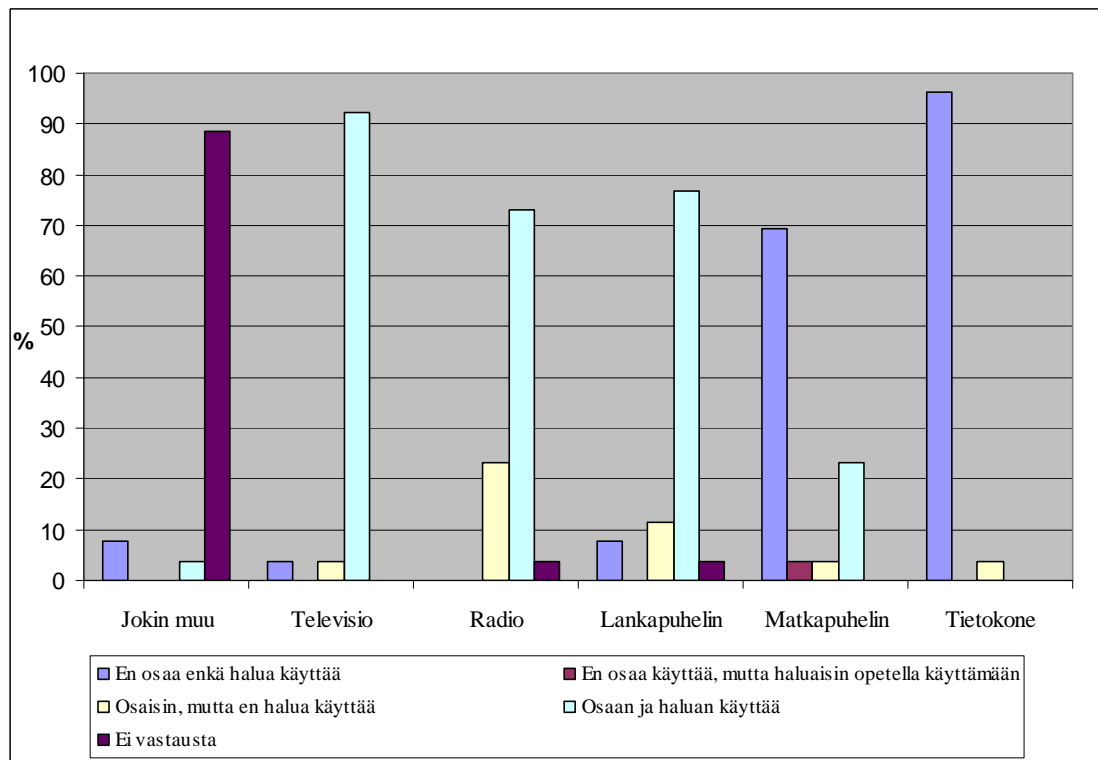
Vastaajien iät vaihtelivat alle 65-vuotiaista yli 90-vuotiaisiin. Ennen kokeilua vastaajista kaksi oli alle 65-vuotiaista, yksi 70–74-vuotias, yksi 75–79-vuotias, kymmenen asettui ikähaarukkaan 80–84-vuotiaat, 85–89-vuotiaita oli yhdeksän ja yli 90-vuotiaita kolme. Kyselyaineistossa kaksi vastaajaa ilmoitti jatkokyselyssä iäkseen alkukyselyyn ristiriidassa olevan vastauksen, mutta tämä saattaa johtua esimerkiksi mahdollisesta muistisairaudesta. Miehiä vastaajista oli 6 (23,1 %) ja naisia 20 (76,9 %).

Ennen kokeilua vastaajilta kysyttiin mitä apuvälineitä he käyttävät (Kuvio 4). Eniten sisä- ja ulkokäytössä oli rollaattoreja (16) ja kävelykeppejä (9). Joksikin muuksi apuvälineeksi oli mainittu silmälasit (7), WC:n apukahvat (4), turvapuhelin (3), suihkutuoli (2), suurennuslasi (2), turvaranneke (2), sauvat (2), sukkavedin, portatiivi, nousutuki sängyn laidassa, kuulolaite ja uniapnealaite.



KUVIO 4. Kotihoidon asiakkaiden käyttämät apuvälineet prosentteina (ennen kokeilua) (n=26)

Vastaajilta kysyttiin myös ennen kokeilua, mitä teknologian apuvälineitä he käyttävät (Kuvio 5). Yli puolet vastaajista käyttää televisiota (24), lankapuhelinta (20) ja radiota (19). Yli puolet vastaajista ei osaa, eikä halua käyttää tietokonetta (25) tai matkapuhelinta (18). Muista käytössä olevista teknologian apuvälineistä mainittiin seuraavat: digiboksi (3), turvapuhelin ja turvaranneke.



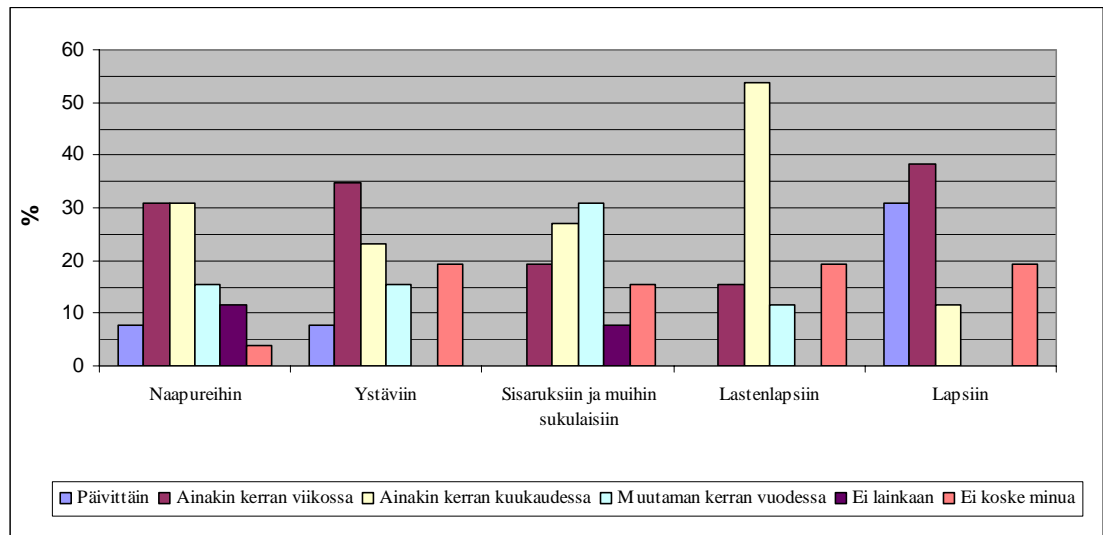
KUVIO 5. Kotihoidon asiakkaiden käyttämät teknologiset välineet prosentteina (ennen kokeilua) (n=26)

Ennen kokeilua arjen sujumiseen omassa kodissa hyvin tyytyväisiä oli 15 (57,7 %) vastaajista, melko tyytyväisiä 9 (34,6 %), melko tyytymätön oli yksi (3,8 %) vastaaja, hyvin tyytymätön ei ollut kukaan (0 %) ja yksi (3,8 %) vastaajista ei osannut sanoa. Kokeilun jälkeen arjen sujumiseen omassa kodissa hyvin tyytyväisiä oli 13 (50 %) vastaajista, melko tyytyväisiä 11 (42,3 %), melko tyytymätön oli yksi (3,8 %) vastaajista, hyvin tyytymätön ei ollut kukaan (0 %) ja yksi (3,8 %) vastaajista ei osannut sanoa. Verrattaessa yksittäisten vastaajien tyytyväisyyttä arjen sujumiseen omassa kodissa ennen ja jälkeen kokeilun, viidellä (19,2 %) vastaajista tilanne oli parantunut, kuudella (23,1 %) tilanne oli hieman heikentynyt ja 15 (57,7 %) vastaajista tilanne oli pysynyt samana.

Ennen kokeilua 23 (88,5 %) vastaajista tunsi pärjäävänsä kotonaan ja kokeilun jälkeen vastaava luku oli 25 (96,2 %) vastaajaa. Ennen kokeilua vastaajat mainitsivat pärjäämättömyyden syiksi; ”kun kukaan ei huolehdi”, ”terveys” ja ”ilman apua ei pärjää”. Kokeilun jälkeen yksi vastasi syyksi ”epävarmaa”. Verrattaessa yksittäisten vastaajien tunnetta kotona pärjäämisestä ennen ja jälkeen kokeilun, 25 (92,3 %) vastaajista tilanne oli pysynyt samana ja yhdellä (7,7 %) tunne kotona pärjäämisestä oli vahvistunut.

9.1.1 Yksin asumiseen liittyvät vastaukset

Vastaajilta kysyttiin ennen kokeilua, kuinka usein he pitävät yhteyttä omaisten, ystävien ja naapureiden kanssa (Kuvio 6). Eniten yhteyttä pidetään lapsiin. Päivittäin yhteyttä lasten kanssa pitää kahdeksan vastaajista ja ainakin kerran viikossa 10.



KUVIO 6. Kotihoidon asiakkaiden yhteydenpito omaisten, ystävien ja naapureiden kanssa prosentteina (ennen kokeilua) (n=26)

Ennen kokeilua vastaajista yhdeksän (34,6 %) koki viihtyvänsä hyvin yksin, eikä kaivannut seuraa, 15 (58,7 %) kaipasi joskus seuraa ja kaksi (7,7 %) ei ole mielellään yksin.

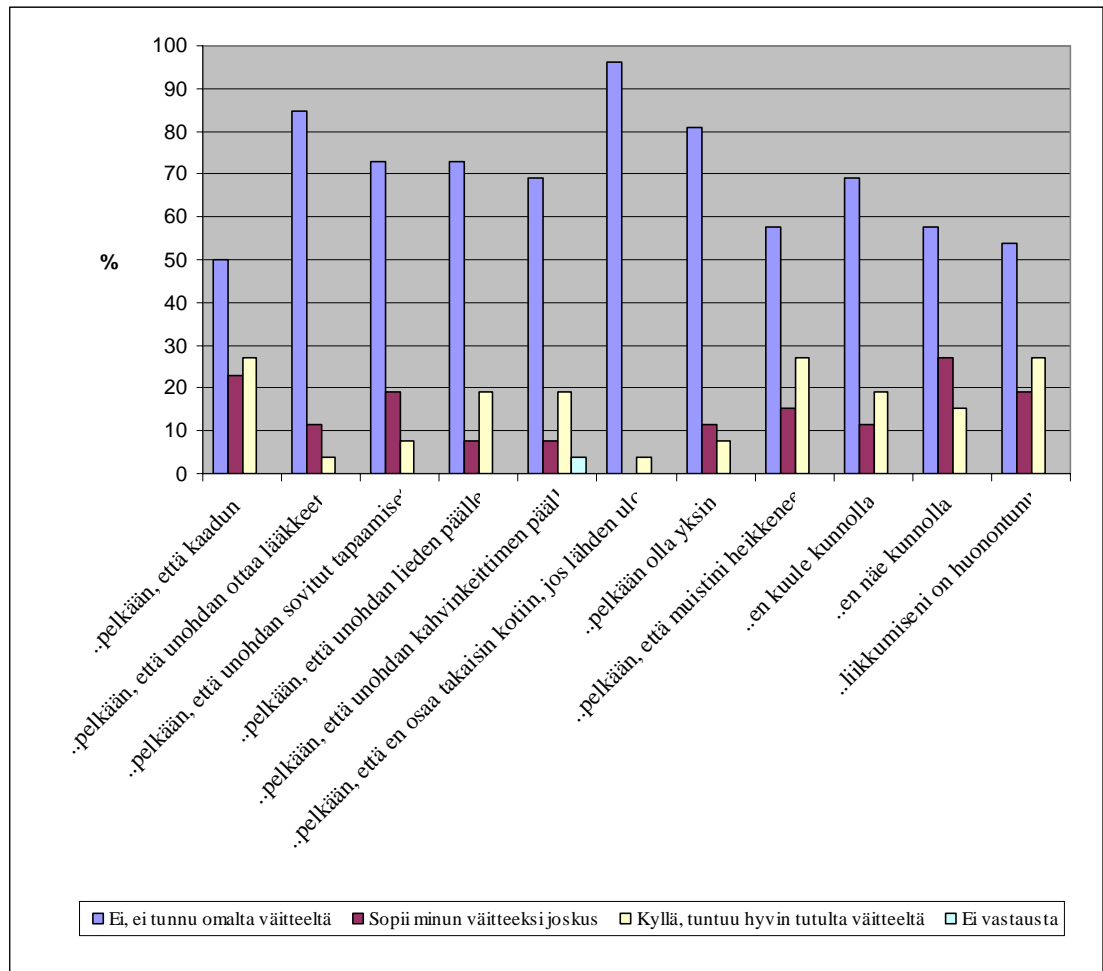
Ennen kokeilua 15 (57,7 %) vastaajista ei kokenut lainkaan itseään yksinäiseksi ja kokeilun jälkeen vastaava luku oli 14 (53,8 %). Joskus itsensä yksinäiseksi koki ennen kokeilua 10 (38,5 %) vastaajista ja kokeilun jälkeen 7 (26,9 %). Ennen kokeilua usein itsensä yksinäiseksi koki yksi (3,8 %) vastaaja ja kokeilun jälkeen viisi (19,2 %) vastaajaa. Verrattaessa yksittäisten vastaajien yksinäisyyden kokemuksia ennen ja jälkeen kokeilun, kolmella (11,5 %) vastaajista yksinäisyyden tunne väheni, seitsemällä (26,9 %) vastaajista yksinäisyyden tunne lisääntyi ja 16 (61,5 %) vastaajista tilanne pysyi samana.

Ennen kokeilua aika ei käynyt lainkaan pitkäksi 15 (57,7 %) vastaajista ja kokeilun jälkeen 18 (69,2 %) vastaajista. Joskus aikansa koki pitkäksi ennen kokeilua 9 (34,6 %) vastaajaa ja kokeilun jälkeen kuusi (23,1 %). Vastaajista kaksi (7,7 %) koki ajan käyvän usein pitkäksi sekä ennen että jälkeen kokeilun. Verrattaessa yksittäisten vastaajien ajan käymistä pitkäksi ennen ja jälkeen kokeilun, kuudella (23,1 %) vastaajista tunne ajan käymisestä pitkäksi väheni, neljällä (15,4 %) tunne ajan käymisestä pitkäksi lisääntyi ja 16 (61,5 %) tilanne pysyi samana.

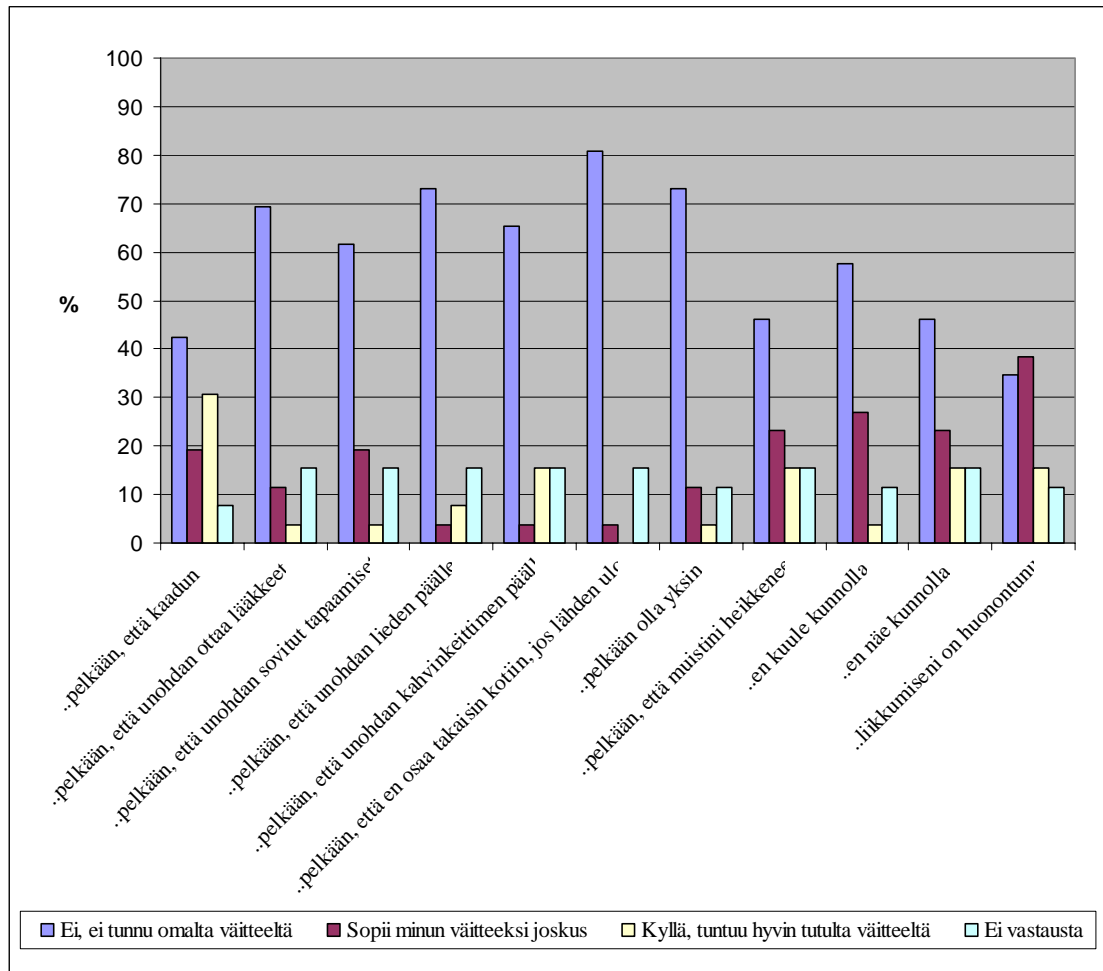
9.1.2 Turvallisuuteen liittyvät vastaukset

Kysymykseen kuinka turvalliseksi tunnette olonne kodissanne vastasi ennen ja jälkeen kokeilun 25 vastaajista. Olonsa kodissaan hyvin turvalliseksi koki ennen ja jälkeen kokeilun 21 (84 %) vastaajista. Vastaajat mainitsivat syiksi ennen kokeilua: ”hyvä terveys (1), ovet ovat lukossa (4), hoitajat käyvät (7) ja tuntuu vain turvalliselta ja on tottunut ympäristöönsä (9). Syitä kokeilun jälkeen olivat: ranneke on käytössä (1), omaiset käyvät (2), hoitajat käyvät (2), kukaan ei häiritse (3), ovet ovat lukossa (4), tuntuu turvallisesta (4) ja ympäristö on tuttu (8)”. Olonsa kodissaan välillä turvalliseksi ja välillä turvattomaksi koki ennen kokeilua kolme (12 %) vastaajista ja kokeilun jälkeen neljä (16 %). Ennen kokeilua tehdyssä kyselyssä kolme vastaajaa mainitsi syiksi ” kalakauppiat käyvät”, ”kun on yksin” ja ”pelkää tulipaloja/onnettomuuksia”. Kokeilun jälkeen tehdyssä kyselyssä kaksi vastaajaa mainitsi syyksi yksinäisyyden, yksi, että huimaus pelottaa ja yksi, että ”yöllä käy vieraita asukkaan tietämättä”. Olonsa hyvin turvattomaksi ennen kokeilua koki yksi (4 %) vastaaja ja kokeilun jälkeen ei kukaan. Ennen kokeilua tehdyssä kyselyssä itsensä hyvin turvattomaksi kokeneen perustelu asialle oli, että ”kotihoitajat on tukena”. Verrattaessa yksittäisten vastaajien turvallisuuden tunnetta kodissaan ennen ja jälkeen kokeilun, kolmella (12,5 %) vastaajista turvallisuuden tunne kodissa oli lisääntynyt, kahdella (8,3 %) vastaajista se oli hieman heikentynyt ja 19 (79,2 %) turvallisuuden tunne ei ollut muuttunut kokeilun aikana.

Vastaajilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, mikä aiheuttaa heille turvattomuuden tunnetta (Kuviot 7 ja 8). Ennen kokeilua eniten turvattomuuden tunnetta aiheutti kaatumisen pelko (7), pelko muistin heikkenemisestä (7) ja liikkumisen huonontuminen (7). Kokeilun jälkeen kaatumisen pelko (8) aiheutti edelleen turvattomuuden tunnetta. Vähiten turvattomuuden tunnetta aiheutti ennen (25) ja jälkeen (21) kokeilun pelko siitä, että ei osaa takaisin kotiin jos lähtee ulos.



KUVIO 7. Kotihoidon asiakkaille turvattomuuden tunteen aiheuttajia ennen kokeilua prosentteina. Turvattomuuden tunne tulee koska.. (n=26)



KUVIO 8. Kotihoidon asiakkaille turvattomuuden tunteen aiheuttajia kokeilun jälkeen prosentteina. Turvattomuuden tunne tulee koska.. (n=26)

Kokeilun jälkeen osallistujilta kysyttiin, ovatko kokeilussa olleet laitteet vähentäneet tai lisänneet jotakin edellisessä taulukossa esitetystä turvattomuuden syistä tai peloista. Kysymykseen vastasi 19 henkilöä, joista 10 ei kokenut mitään vaikutusta. Kuuden vastaajan turvallisuuden tunne lisääntyi, kommentteina muun muassa; ”Kyllä, koki että turvattomuus vähentyi. Tuntui mukavammalta”, ”ilmeisesti hyötyä kun mitään ei sattunut. Turvallisuuden tunne lisääntyi”, ”kaatumisen pelko väheni kun liikkumista seurattiin”. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

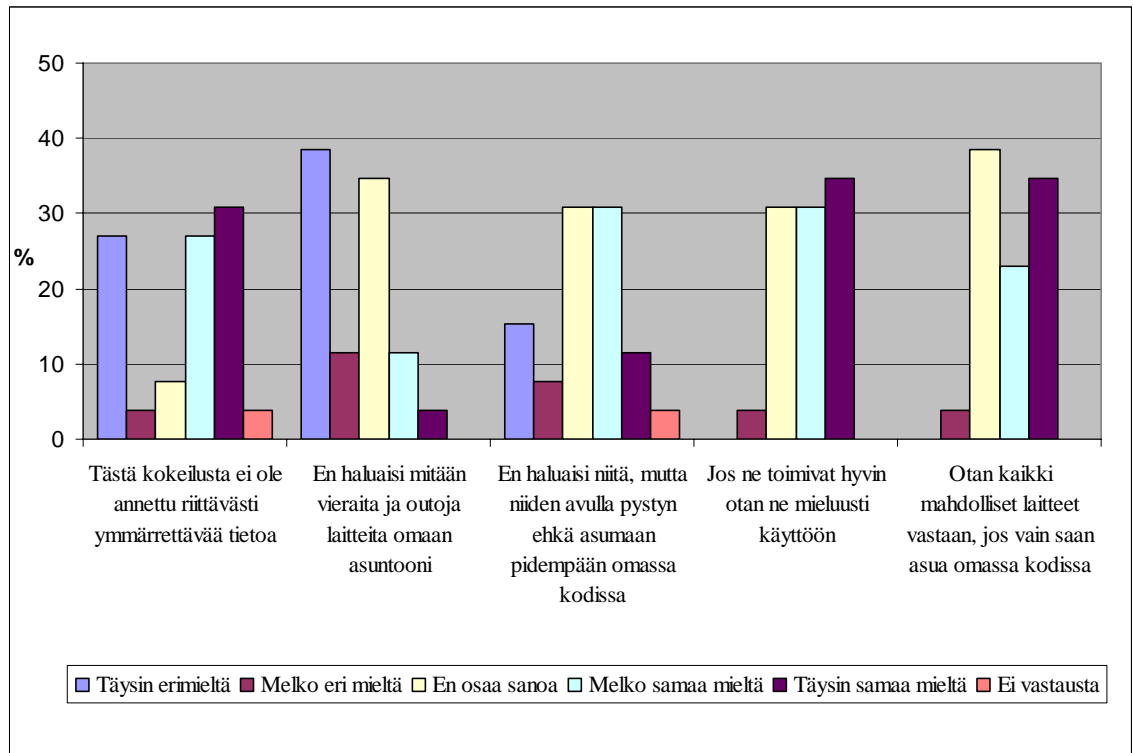
Ennen ja jälkeen kokeilun 15 vastaajaa oli vastannut kysymykseen turvattomuuden tunteen aiheuttajista. Ennen kokeilua turvattomuuden tunnetta aiheutti vastaajien mukaan: seuran puute (1), pimeys (2), huono muisti (2), tuntemattomat/asiattomat ihmiset (2) ja kaatumisen pelko (2). Kuusi vastaajaa ei pelännyt mitään. Kokeilun jälkeen turvattomuuden tunnetta aiheutti vastaajien mukaan: huono muisti (1), terveyden huono-

nemiseen liittyvät asiat (2), asiattomien mahdollinen tulo sisään asuntoon (2), kaatumisen mahdollisuus (3) ja yksinäisyys (3). Kolme vastaajaa ei osannut sanoa mikä aiheuttaisi turvattomuuden tunnetta ja kahta ei pelottanut mikään.

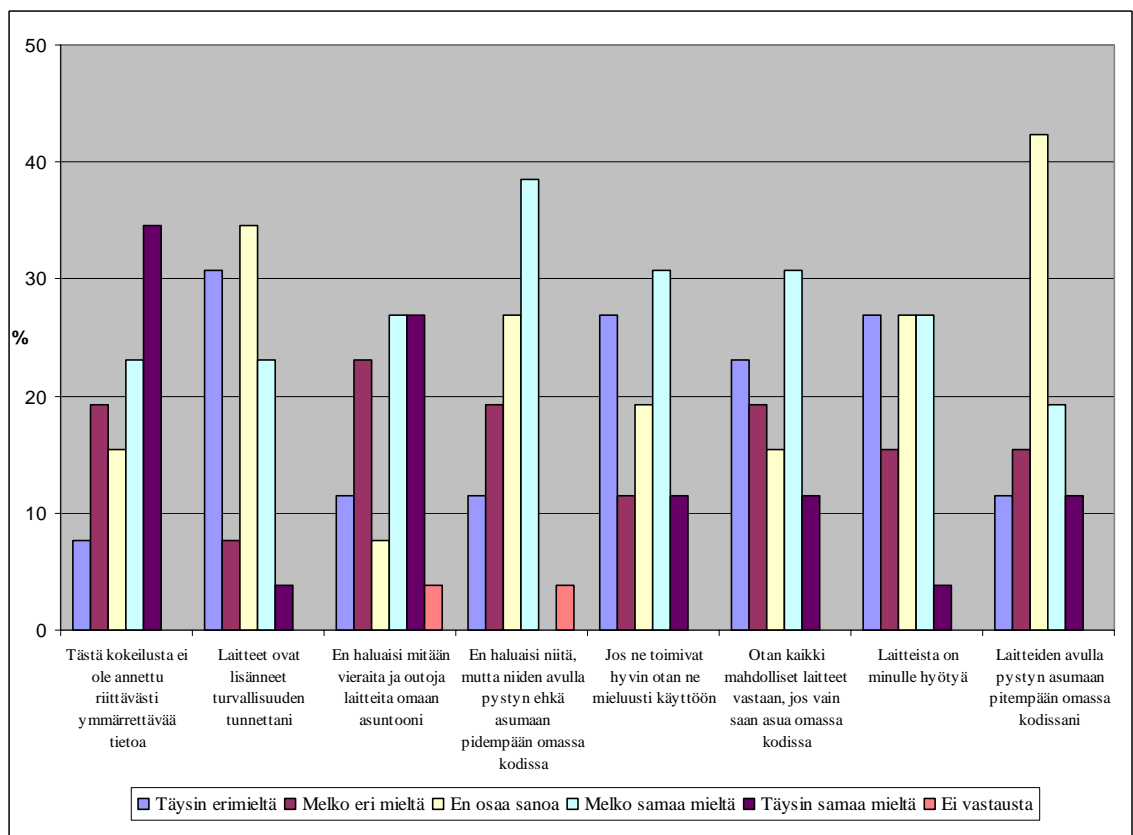
Ennen ja jälkeen kokeilun 13 vastaajaa oli vastannut kysymykseen turvallisuuden tunteen lisääjistä. Ennen kokeilua turvallisuuden tunnetta olisi vastaajien mukaan lisännyt se, että; näkisi pimeällä ulkovalot (1), hella sammuisi itsestään (1), apu olisi saatavilla kokoajan (1), liikkuminen olisi helpompaa (2), terveys olisi parempi (3) ja olisi toisen ihmisen seuraa (4). Yksi vastaajista ei kokenut tarvitsevansa mitään. Kokeilun jälkeen turvallisuuden tunnetta olisi vastaajien mukaan lisännyt se, että; hoitajat kävisivät useammin (1), muistaisi ottaa lääkkeitä paremmin (1) ja ei tarvitsisi olla yksin (5). Viisi vastaajaa ei kaivannut mitään lisää elämäänsä ja yksi ei osannut sanoa.

9.1.3 Koteihin asennettuihin teknisiin laitteisiin liittyvät vastaukset

Vastaajilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, mitä he odottavat/odottivat hankkeelta (Kuviot 9 ja 10). Suurin osa vastaajista oli ennen ja jälkeen kokeilun sitä mieltä, että kokeilusta ei ollut annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa. Ennen kokeilua 10 vastaaja oli täysin eri mieltä siitä, että he eivät haluaisi mitään vieraita laitteita kotiinsa. Yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä ja kolme vastaajista melko samaa mieltä, että ei haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita kotiinsa.. Kokeilun jälkeen seitsemän vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja toiset seitsemän melko samaa mieltä siitä, että ei haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita kotiinsa.



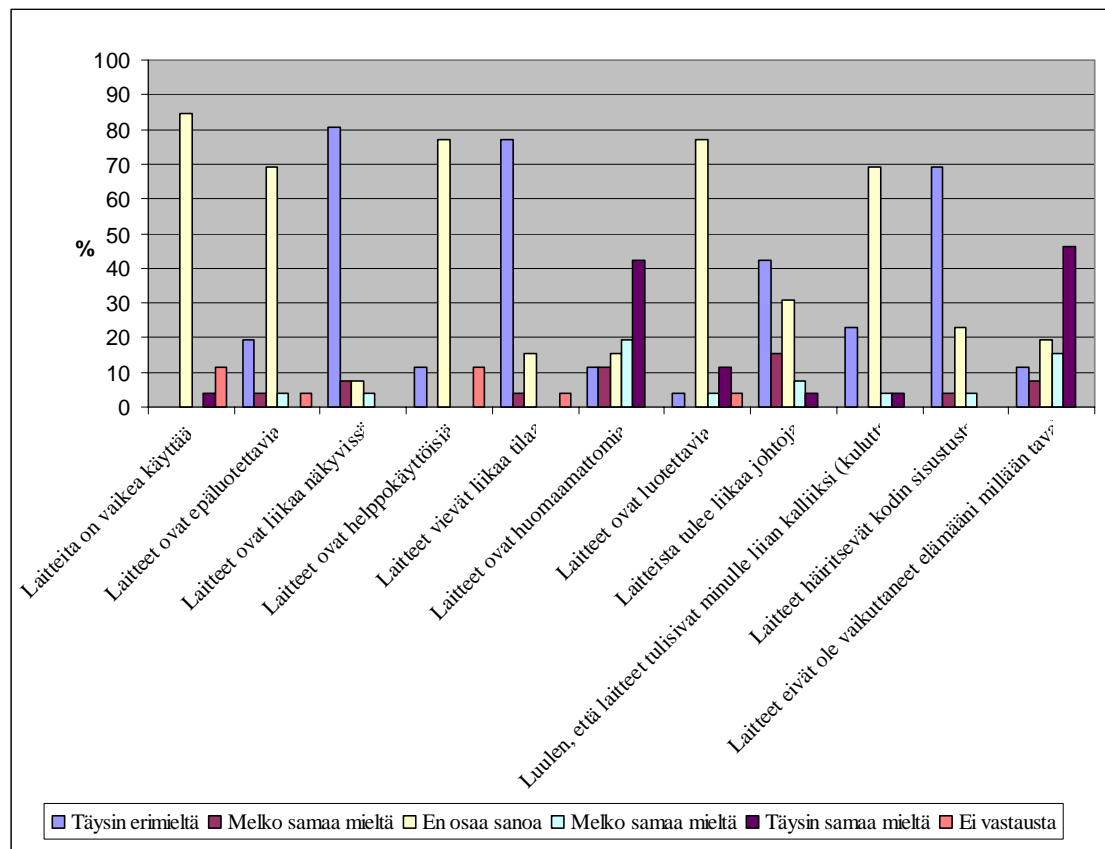
KUVIO 9. Kotihoidon asiakkaiden odotukset hankkeelta ennen kokeilua prosentteina (n=26)



KUVIO 10. Kotihoidon asiakkaiden odotukset hankkeelta kokeilun jälkeen prosentteina (n=26)

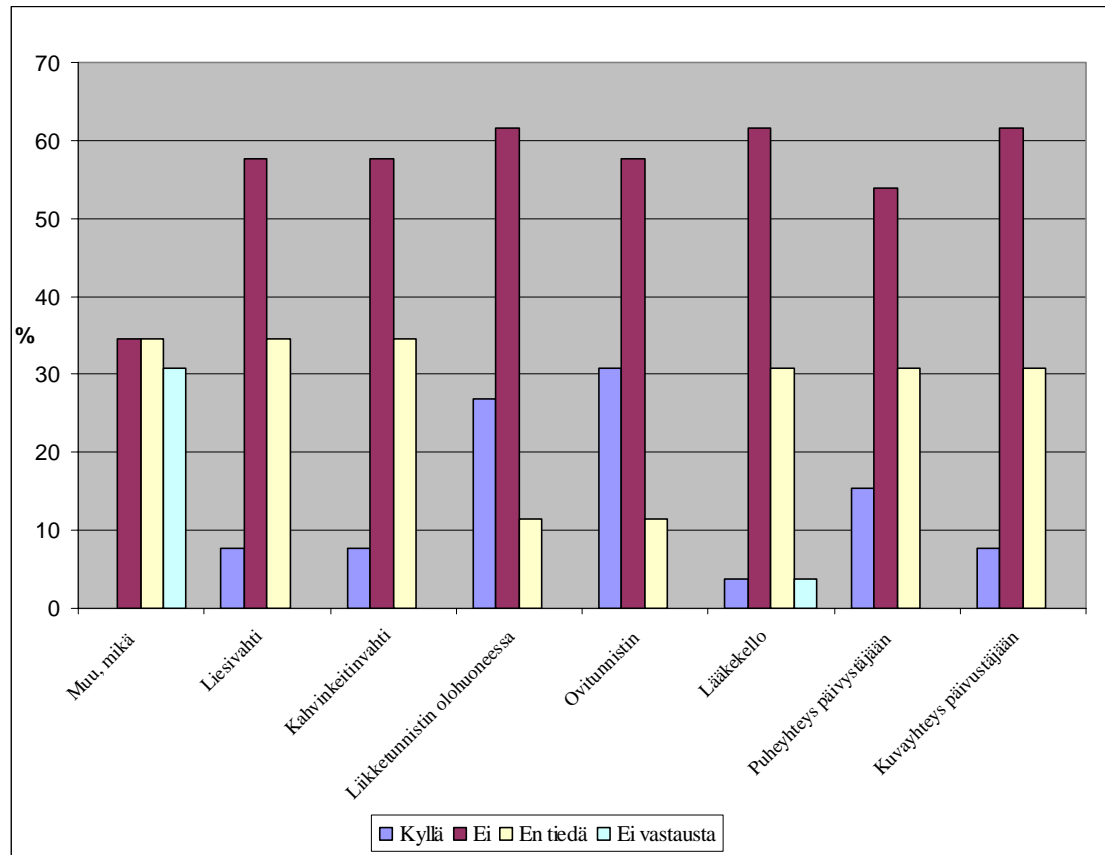
Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen, miten laitteet ovat vaikuttaneet vastaajan turvallisuuden tunteeseen. 18 (69,2 %) vastaajaa vastasi, että ne eivät ole muuttaneet tilannetta millään tavalla. Seitsemän (26,9 %) vastaajaa koki, että heillä on turvallisempi olo kuin ennen laitteita ja yksi (3,8 %) koki, että hänellä on turvattomampi olo, kuin ennen laitteita.

Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen mielipidettä kokeilussa mukana olleiden laitteiden käytettävyydestä (Kuvio 11). Lähes puolet (12) oli sitä mieltä, että laitteet eivät olleet vaikuttaneet vastaajan elämän millään tavalla. Laitteiden ei juurikaan koettu häiritseviksi kodeissa: täysin eri mieltä oltiin siinä, että laitteet ovat liikaa näkyvissä (21), laitteet vievät liikaa tilaa (20) ja että laitteet häiritsevät kodin sisustusta (18). (Kokeilun jälkeen tehdyn kyselyn lomakkeessa oli virhe; kuviossa 8 olevan taulukon vastausvaihtoehdoissa ”melko samaa mieltä” vastausvaihtoehto oli kahteen kertaan, kun toisessa kohdassa olisi tullut olla vaihtoehto ”melko eri mieltä”. Näin ollen vastauksia tämän kysymyksen osalta ei voida luotettavasti arvioida.)



KUVIO 11. Kotihoidon asiakkaiden mielipide laitteiden käytettävyydestä prosentteina (kokeilun jälkeen) (n=26)

Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen, haluaisivatko he pitää käytössä jotain kokeilussa mukana olleista laitteista (Kuvio 12). Kysyttäessä kaikkien laitteiden käytössä pitämisestä yli puolet vastaajista ei halunnut pitää laitetta käytössä. Eniten käytössä haluttiin pitää ovitunnistinta (8) ja liiketunnistinta olohuoneessa (7).



KUVIO 12. Kotihoidon asiakkaiden halukkuus pitää käytössä laitteita prosentteina (kokeilun jälkeen) (n=26)

Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen, mistä laitteesta heille on ollut eniten hyötyä. Vastauksia saatiin kymmeneltä henkilöltä. Kolme vastaajaa ei osannut vastata kysymykseen. Yksi vastasi, että hänen turvallisuudentunteensa on lisääntynyt. Eniten hyötyä oli ollut seuraavista laitteista: turvapuhelin (2), liikkeen tunnistin (2), lääkekello (1), pe-tianturi (1) ja ovianturi (1). Vastaajilta kysyttiin myös, miten laitteesta on ollut heille hyötyä ja vastaukset olivat seuraavanlaisia; ”mitään ei sattunut, joten kai laitteesta jo-tain hyötyä oli”, ”turvallisuuden tunne lisääntyi”, ”jos saa kohtauksen, joku tulee kat-somaan”, ”muistuttaa äänimerkillä, muuten jäisi lääkkeet ottamatta”, ”kotihoito tietää, jos ei pääse petiin takaisin”, ”saan soitettua apua”, ”jos nopea avuntarve”.

Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen, mistä laitteesta heille on ollut vähiten hyötyä ja miksi. Vastauksia oli muutama: ”lääkekello vaikea käyttää. Liiketunnistin ei tunnista liikettä”, ”kaikki, ei tarvetta, ei toimi”, ”laitteet eivät auta selviämään pidempään kotona jos kunto vielä heikkenee, joten ei halua laitteita jatkossa”, ”tuntuu, että valvotaan liikaa”, ”muut” paitsi lääkekello.

9.1.4 Kotihoidolta saatuun palveluun liittyvät vastaukset

Kokeilun jälkeen vastaajilta kysyttiin, onko kokeilulla ollut heidän mielestään vaikutusta kotihoidon henkilöstön käyntimääriin ja kotihoidon henkilöstön ajankäyttöön. 23 (88,5 %) vastaajista ei ollut huomannut käyntimäärissä mitään eroa entiseen ja kolmen (11,5 %) vastaajan mielestä kotihoidon henkilöstön käynnit olivat lisääntyneet. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että käynnit olisivat vähentyneet. Kotihoidon henkilöstön ajankäyttöön liittyen 25 (100%) vastaajista ei ollut huomannut ajankäytössä mitään eroa entiseen.

Kysymykseen saatteko riittävästi kodinhoitopalveluja, ennen kokeilua ja kokeilun jälkeen tulos oli sama. 24 (92,3 %) vastaajista oli sitä mieltä, että saa riittävästi kodinhoitopalveluja, yksi (3,8 %) vastaaja ei osannut sanoa ja yksi (3,8 %) vastaaja ei kokenut saavansa riittävästi kodinhoitopalveluja. Verrattaessa yksittäisten vastaajien kokemusta kodinhoitopalvelujen riittävydestä ennen ja jälkeen kokeilun kaikilla (100 %) vastaajilla tilanne oli pysynyt samana.

9.2 Yksin asuvan kotihoidon asiakkaan omaisten vastaukset ennen ja jälkeen kokeilun

Kotihoidon asiakkaiden omaisille lähetettyyn kyselyyn vastasi ennen kokeilua 17 omaista ja kokeilun jälkeen 11 omaista. Tästä joukosta tähän tutkimukseen on valittu ne, joilta on saatu vastaus sekä ennen että jälkeen kokeilun. Ennen ja jälkeen kokeilun vastanneita omaisia oli kahdeksan.

Ennen ja jälkeen kokeilun omaisilta kysyttiin, kuinka tyytyväisiä he ovat iäkkään omaisensa arjen sujumiseen hänen omassa kodissaan juuri sillä hetkellä. Ennen ja jälkeen kokeilun kukaan vastaajista ei ollut hyvin tyytyväinen tai tyytymätön. Melko tyytyväisiä

ennen kokeilua oli 7 (87,5 %) vastaajista ja kokeilun jälkeen yksi (12,5 %). Melko tyytymättömiä ei ollut kokeilua ennen kukaan ja kokeilun jälkeen vastaava luku oli kaksi (25 %). Ennen kokeilua yksi (12,5 %) vastaaja ei osannut vastata kysymykseen ja jälkeen kokeilun sama luku oli neljä (50 %). Kokeilun jälkeen yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Ennen ja jälkeen kokeilun omaisilta kysyttiin, tuntevatko he, että heidän omaisensa pärjää kotonaan. Kysymykseen vastasi ennen ja jälkeen kokeilun seitsemän vastaajista. Ennen kokeilua kaksi (25 %) vastaajista koki, että heidän omaisensa ei pärjää kotonaan ja viisi (62,5 %), että pärjää. ”Ei” vastanneiden perusteluja sille, mitkä asiat/tekijät vaikeuttavat omaisen pärjäämistä olivat; ” välillä pärjää välillä huonosti, kotiavun turvin paremmin”, ” Hän pärjää kun hänen luonaan käydään säännöllisesti (kotihoito) ja kun on järjestelmä, joka tiedottaa kaatumisista”, ”äidin sairauden eteneminen tuo omat vaikeutensa. Tällä hetkellä pärjää vielä kotona, kunhan käydään riittävän usein tarkistamassa vointi ja kun pitäisi turvaranneketta ranteessa”. Kokeilun jälkeen yksi (12,5 %) vastaajista koki, että hänen omaisensa ei pärjää kotonaan ja kuusi (75 %), että pärjää. Yksi vastaaja perusteli ”ei” vastaustaan seuraavasti; ” ei ole äiti pärjännyt 10v. enää yksin kotona. Pitää olla joku joka katsoo päivittäin perusasiat kuntoon. Ruoka, juoma, hygienia ym. Äidin sairaus vaikuttaa omatoimisuuteen ja liikkumiseen”.

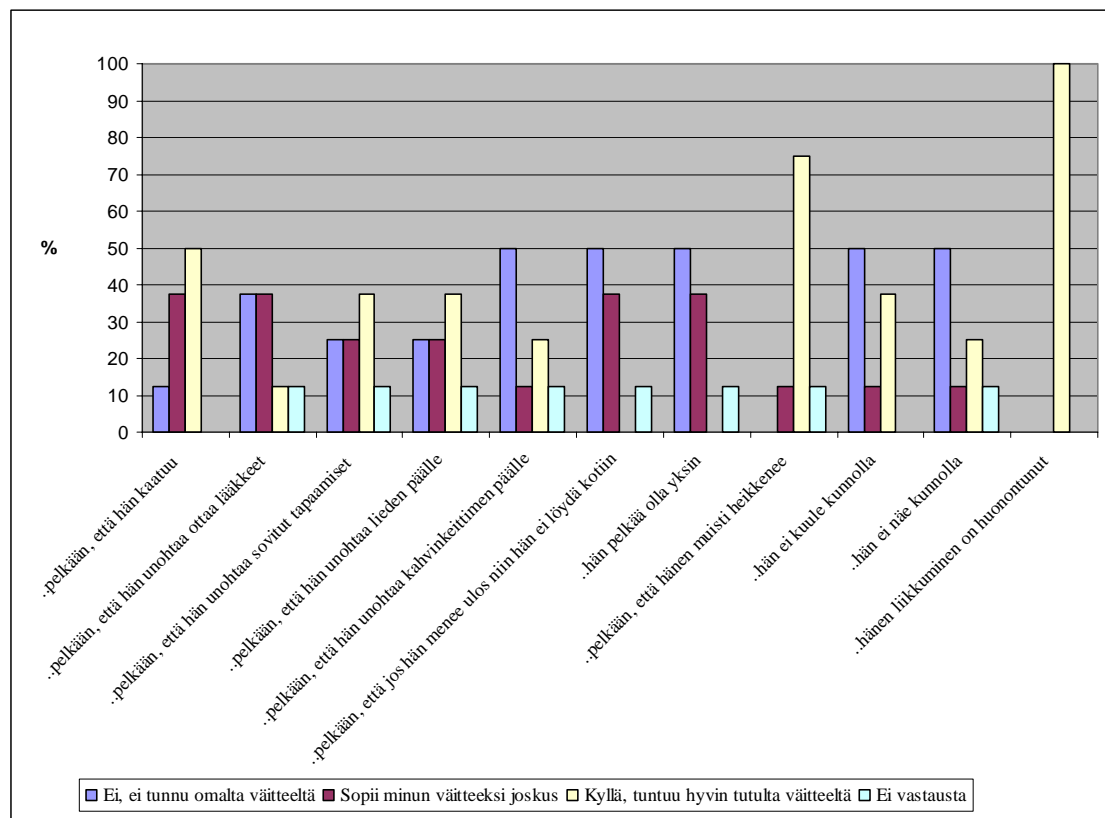
9.2.1 Vastaajien heidän omaisensa yksin asumiseen liittyvät vastaukset

Ennen kokeilua omaisensa yksinasumisen hyvin turvattomaksi koki yksi (12,5 %) vastaajista, koska; ”asun itse kaukana enkä voi auttaa hätätilanteessa”. Hyvin turvalliseksi koki niin ikään yksi (12,5 %) vastaajista, koska; ”turvapuhelin hyvä”. Omaisensa yksinasumisen välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi koki 6 (75 %) vastaajista, ja perusteluina oli; ”kunto, mielialavaihtelu”, ”omaiseni on muistamaton ja vuorokauden ajat on välillä hakusessa”, ”vahinkoja sattuu, onko valvonta riittävää?”, ”omaisen vointi vaihtelee”, ”joutuu olemaan paljon yksin”, ”käyttääkö turvaranneketta? Välillä unohtaa käyttää sitä”. Kokeilun jälkeen omaisensa yksinasumisen hyvin turvattomaksi koki yksi (12,5 %) vastaajista, koska; ”hänen lähimuistinsa on huono”. Loput 7 (87,5 %) vastaajista koki omaisensa yksinasumisen välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi, ja perusteluina tälle oli; ”välillä on huonoja päiviä, tahtoo olla hyvä päivä, huono päivä, hyvä päivä ja edell.”, ”omaiseni on muistihäiriöinen ja masentunut”, ”hoito ei ole kokopäi-

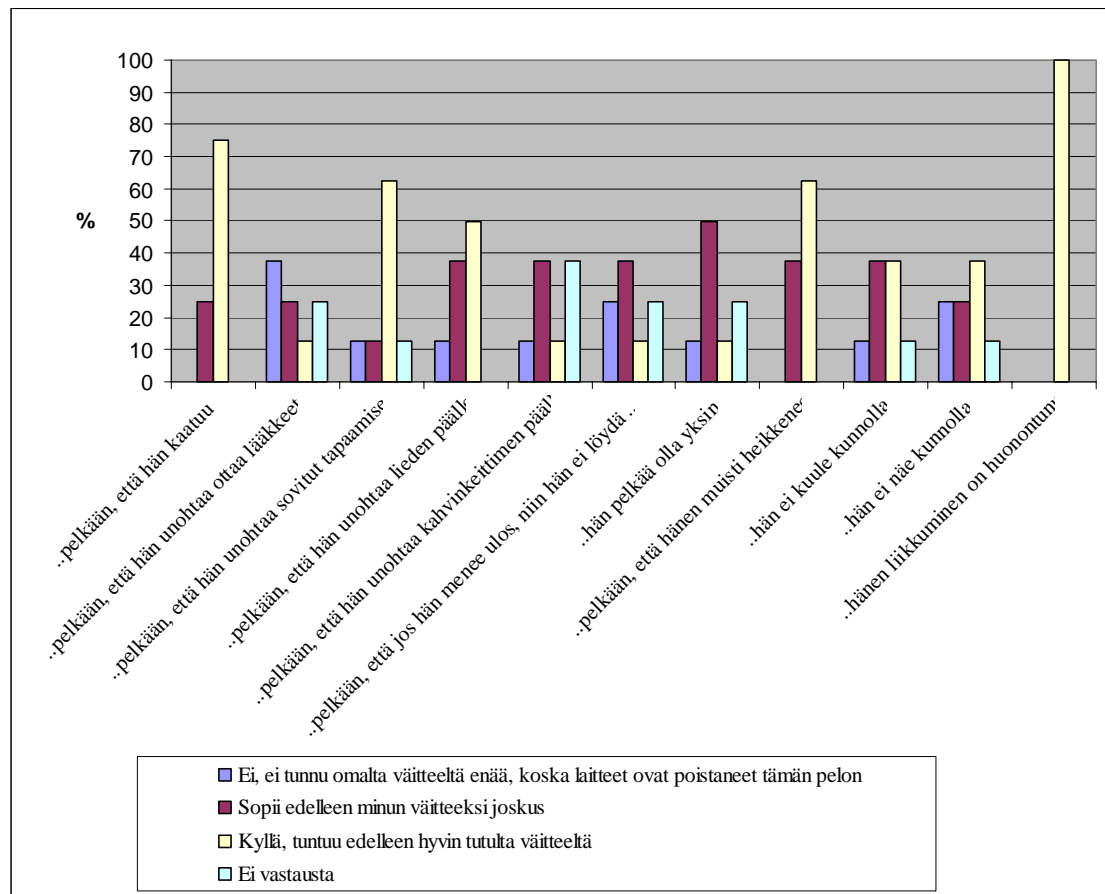
väistä ja itse olen kaukana”, ”ikä on jo 88v”, ”omaisen vointi vaihtelee”, ”hän saattaa kaatua tai mennä tajuttomaksi”.

9.2.2 Vastaajien heidän omaisensa turvallisuuteen liittyvät vastaukset

Vastaajilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, mikä aiheuttaa heille huolta heidän omaisensa turvattomuudessa (Kuviot 13 ja 14). Ennen kokeilua eniten huolta aiheutti omaisen liikkumisen huonontuminen (8), pelko omaisen muistin heikkenemisestä (6) ja pelko omaisen kaatumisesta (4). Kokeilun jälkeen huolta aiheutti edelleen omaisen liikkumisen huonontuminen (8), pelko omaisen kaatumisesta (5) ja pelko siitä, että omaisen unohtaa sovitut tapaamiset (5). Vähiten huolta aiheutti ennen kokeilua se, että omaisen pelkää olla yksin (4) se, että omaisen ei löydä takaisin kotiin (4), kahvinkeitin jää päälle (4), ja että omaisen ei näe tai kuule kunnolla (4). Kokeilun jälkeen vähiten huolta aiheutti se, että omaisen unohtaa ottaa lääkkeitä (3).



KUVIO 13. Kotihoidon asiakkaiden omaisille huolen aiheuttajia vanhuksen turvattomuudesta ennen kokeilua prosentteina. Turvattomuuden tunne tulee koska.. (n=8)



KUVIO 14. Kotihoidon asiakkaiden omaisille huolen aiheuttajia vanhuksen turvattomuudesta kokeilun jälkeen prosentteina. Turvattomuuden tunne tulee koska.. (n=8)

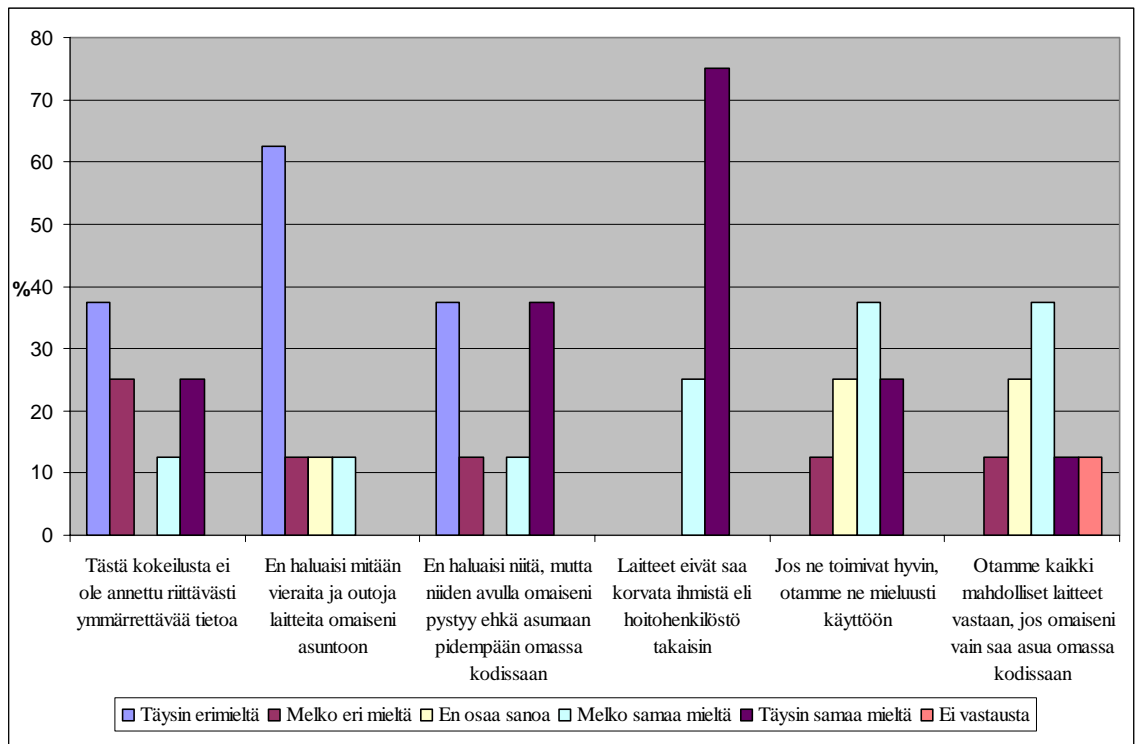
Ennen kokeilua suoritetussa kyselyssä kysyttiin vastaajalle turvattomuuden tunnetta iäkkään omaisensa yksinasumisesta aiheuttavista asioista. Kuusi vastaajista vastasi seuraavaa; ”omaiseni ei muista onko ilta vai päivä, lähtee ulos pimeään. Unohtaa lämmittää ruokaa ja ottaa lääkkeitä”, ”vaikka hänellä on turvaranneke niin hän ei muista käyttää sitä. Lisäksi hänen luonaan käydään harvoin”, ”vielä menne hyvin”, ” asuu yksin omakotitalossa. Esimerkiksi ”yökäyntejä” kotipalvelu ei tee. saattaa kaatua esim. WC:ssä käydessään”, ” pelkään että hänelle tulee joku sairaskohtaus tai hän pyöryy eikä ehdi hälyttää apua turvarannekkeella. Tulipaloriski, jos liesi jää päälle”, ” syöpä tekee päässä tuhojaan koko ajan. Liikkuminen huonontunut ja epileptiset kohtaukset lisääntyvät”. Kokeilun jälkeen tehdyssä kyselyssä huolta omaisensa yksinasumisesta aiheutti; ” Liikkuminen huonoa, muisti pätkee”, ” omaiseni on masentunut, ei ymmärrä sairauttaan, on voimakastahtoinen ja yhteistyöhaluton”, ” asuu omakotitalossa”, ” joutuu olemaan yön yli ilman valvontaa. Talossa puulämmitys ja kaivovesi (vesijohto). Hana unohtuu päälle -> kaivo tyhjenee. Puulämmityksen riskinä tulipalovaara”, ” hän ei saa riittävän nopeasti apua (esim. kaatuessaan) turvarannekkeesta huolimatta”, ” Ainut on sen kaatumisen

ja tajuttomuuskohtauksien saaminen. Kotipalvelu ei käy monesti päivässä katsomassa kuinka äiti voi”.

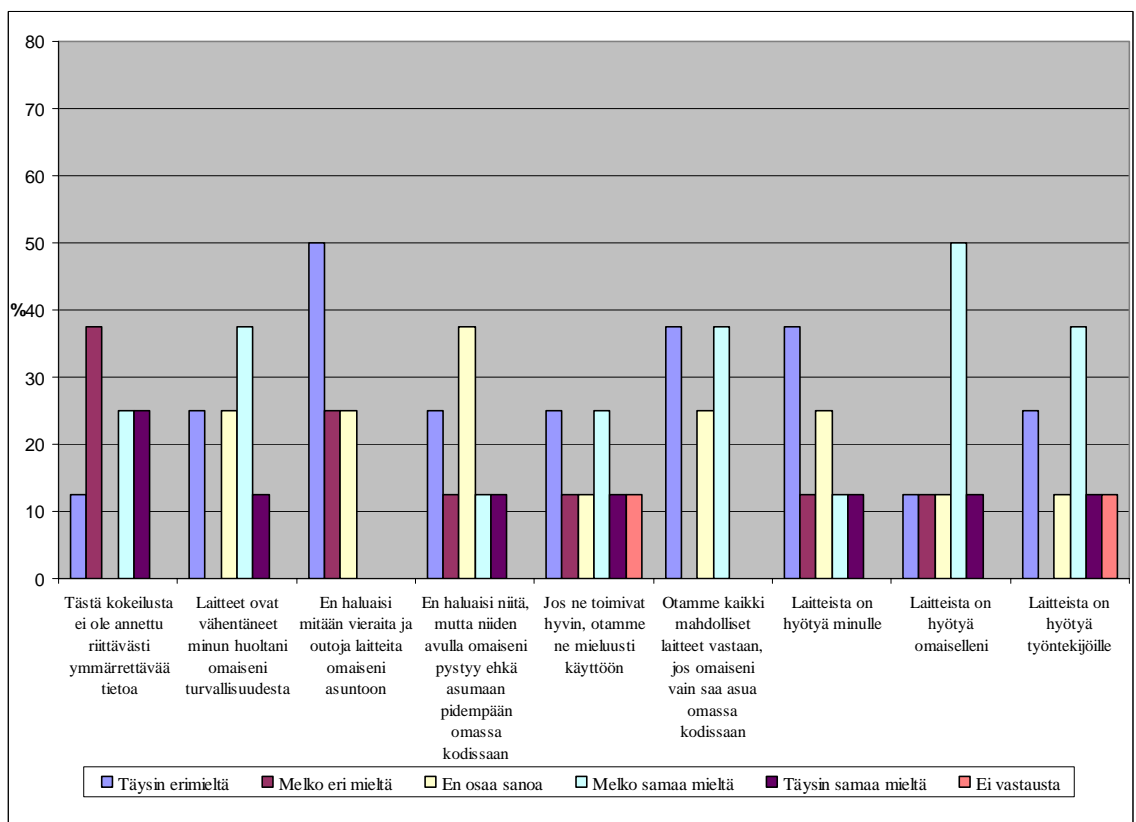
Ennen kokeilua suoritetussa kyselyssä viisi vastaajaa mainitsi, mikä lisäisi heidän turvallisuuden tunnettaan heidän iäkkään omaisensa turvallisuudesta. Vastauksena oli: ”hänellä olisi säännöllinen rytmi päivittäisissä toimissa”, ”kotona olisi tunnisteeet jotka hälyttäisivät hänen kaatuessaan”, ”kotipalvelu tekisi yhden yökäynnin”, ”omaiseni ei asuisi yksin. Mikään tekninen laite ei pysty korvaamaan toista ihmistä”, ”valvonta on jo nyt melkein ympärivuorokautista, mutta tietenkin aamuyöntunnit ovat äidin turvarannekkeen varassa. Tarkistuskäynnit ovat ehkä liian harvoin. (Eli valvonta saisi lisääntyä)”. Kokeilun jälkeen suoritetussa kyselyssä kuusi vastaaja kertoi, mikä lisäisi heidän turvallisuuden tunnettaan heidän omaisensa turvallisuudesta: ”omaiseni olisi enemmän muiden ihmisten kanssa”, ”olisin lähempänä tai lähellä olisi joku jonka voisi hälyttää paikalle”, ”voisin olla itse paikalla”, ”lämmitys muuten kuin puilla. Valvontaa myös yöajaksi”, ”omainen ei asuisi yksin. En usko, että mikään valvontalaite pystyisi korvaamaan toisen ihmisen jatkuvaa läsnäoloa”, ”Kyllähän se varmaan liiketunnistin, olisi hyvä juttu, mutta pelkään sen olevan liian kallis investointi”.

9.2.3 Vastaajien heidän omaisensa kotiin asennettuihin teknisiin laitteisiin liittyvät vastaukset

Vastaajilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, mitä he odottavat/odottivat hankkeelta (Kuviot 15 ja 16). Ennen kokeilua viisi vastaajista oli täysin eri mieltä siitä, että ei haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita omaisensa kotiin. Kokeilun jälkeen samasta kysymyksestä täysin eri mieltä oli neljä vastaajista. Ennen kokeilua kaikki vastaajat olivat täysin samaa tai melko samaa mieltä siitä, että ”laitteet eivät saa korvata ihmistä eli hoitohenkilöstö takaisin”. Kokeilun jälkeen puolet (4) vastaajista oli melko samaa mieltä siitä, että laitteista on hyötyä heidän omaiselleen.



KUVIO 15. Kotihoidon asiakkaiden omaisten odotukset hankkeelta ennen kokeilua prosentteina (n=8)

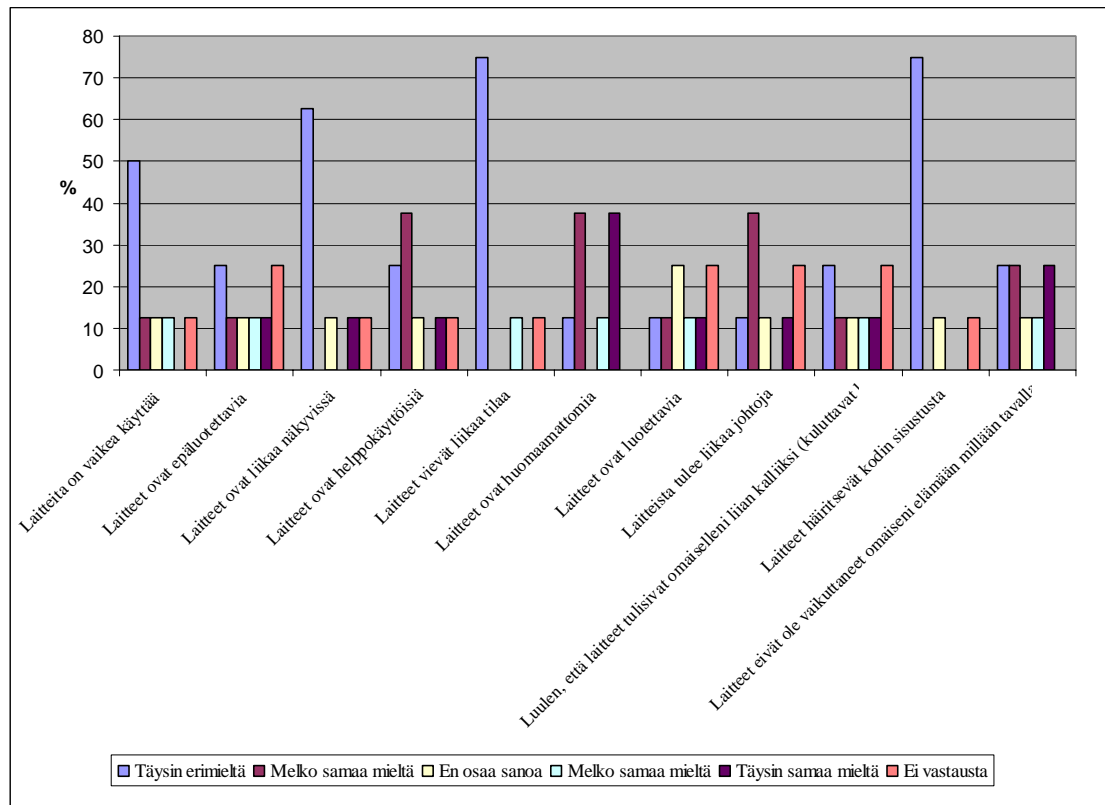


KUVIO 16. Kotihoidon asiakkaiden omaisten heränneitä ajatuksia heidän omaisensa kotiin asennetuista laitteista kokeilun jälkeen prosentteina (n=8)

Kokeilun jälkeen omaisilta kysyttiin, miten laitteet ovat vaikuttaneet heidän kokemaansa huoleen omaisensa turvallisuudesta. Kysymykseen vastasi seitsemän vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut kokeilun jälkeen enemmän huolissaan kuin ennen kokeilua. Kolme (37,5 %) vastaajista koki, että heillä on nyt huolettomampi ja turvallisempi olo kuin ennen laitteita ja neljällä (50 %) vastaajista laitteet eivät olleet muuttaneet tilannetta millään tavalla.

Laitteiden läsnäoloa asunnossa ei kukaan kokenut häiritseväksi. Viisi (62,5 %) vastaajista ei edes muistanut niiden olemassaoloa ja yhdelle (12,5 %) laitteiden läsnäolo loi turvallisuuden tunnetta. Kysymykseen vastaamatta jätti kaksi henkilöä.

Kotihoidon asiakkaiden omaisilta kysyttiin kokeilun jälkeen mielipidettä kokeilussa mukana olleiden laitteiden käytettävyydestä (Kuvio 17). Laitteita ei juurikaan koettu häiritseviksi vastaajien omaisten kodeissa: täysin eri mieltä oltiin siinä, että laitteet ovat liikaa näkyvissä (5), laitteet vievät liikaa tilaa (6) ja että laitteet häiritsevät kodin sisustusta (6). (Kokeilun jälkeen tehdyn kyselyn lomakkeessa oli virhe; kuviossa 14 olevan taulukon vastausvaihtoehdoissa ”melko samaa mieltä” vastausvaihtoehto oli kahteen kertaan, kun toisessa kohdassa olisi tullut olla vaihtoehto ”melko eri mieltä”. Näin ollen vastauksia tämän kysymyksen osalta ei voida luotettavasti arvioida.)



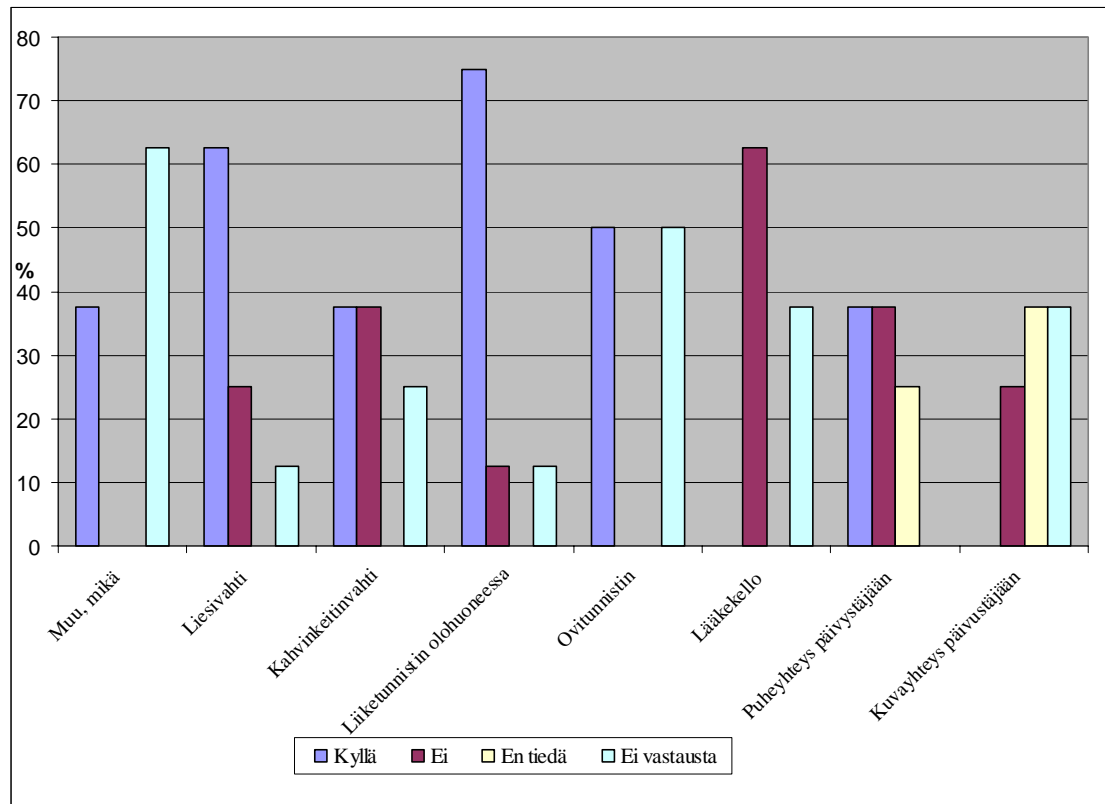
KUVIO 17. Kotihoidon asiakkaiden omaisten mielipide laitteiden käytettävyydestä prosentteina (kokeilun jälkeen) (n=8)

Kokeilun jälkeen omaisilta kysyttiin, mistä laitteesta on heidän mielestään ollut eniten hyötyä ja miksi. Kuuden vastaajan vastaukset perusteluineen olivat seuraavanlaisia; ”liesivahti”, ” liiketunnistin vuoteessa, voi arvioida nouseeko omaiseni vuoteesta koko päivänä”, ” liikkumisen tunnistin. Poisti yöllä kaatumisen ja sen huomaamatta jäämisen pelon”, ” ulko-ovessa oleva”, ” ei mistään, väärin hälytysten vuoksi laitteisiin ei voinut luottaa”, ” liiketunnistimesta. Kotipalvelu älyää käydä katsomassa äitiä jos liikettä ei ole ollut”.

Kokeilun jälkeen omaisilta kysyttiin myös, mistä laitteesta on heidän mielestään ollut vähiten hyötyä ja miksi. Neljän vastaajan vastaukset olivat seuraavat; ” lääkekello, ei osattu käyttää tai ei toiminut”, ” Lääkekello. Siitä tuli hirveä stressi ja se piti poistaa”, ” kaikista, väärin hälytysten vuoksi”, ” lääkekello. Ei toiminut tai jos toimi niin ihan miten sattui”.

Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen, haluaisivatko he, että heidän omaisensa pitää käytössä jotain kokeilussa mukana olleista laitteista (Kuvio 18) Eniten käytössä halut-

tiin pitää liiketunnistinta olohuoneessa (6), liesivahtia (5) ja ovitunnistinta (4). Vähiten käytössä haluttiin pitää lääkekelloa (5).



KUVIO 18. Kotihoidon asiakkaiden omaisten halukkuus siihen, että heidän omaisensa pitää käytössä laitteita prosentteina (kokeilun jälkeen) (n=8)

Omaisilta kysyttiin myös, miksi he kenties eivät halunneet, että heidän yksin asuva iäkäs omaisensa pitää käytössä jonkin edellä olevassa kuviossa 16 olevista laitteista. Perusteluja liesivahdin tarpeettomuudelle jatkossa olivat; ”ei laita ruokaa”, ”on jo”. Kahvinkeitinvahtia ei tarvittu jatkossa seuraavista syistä; ”ei keitä kahvia”, ”ei tarvetta”, ”on jo”. Viisi vastaajaa ei kokenut omaisensa tarvitsevänsä lääkekelloa jatkossa seuraavista syistä; ”häiritse häntä –lisästressi”, ”ei tarpeen, muisti tallella”, ”kodinhoitaja antaa lääkkeet”, ”ei tarvetta”, ”ei toiminut”. Puheyhteys päivystäjään ei ollut tarpeellinen kolmen vastaajan mielestä seuraavista syistä; ”on turvapuhelin”, ”on jo ranneke”, ”ei ollut käytössä”. Samoja perusteluita oli kuvayhteyden kanssa.

9.2.4 Vastaajien heidän omaisensa kotihoidolta saatuun palveluun liittyvät vastaukset

Omaisilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun mielipidettä siitä, saako heidän omaisensa riittävästi kodinhoitopalveluja. Ennen kokeilua kaksi (25 %) vastaajista koki, että ”ei saa” ja että enemmän apua tarvittaisiin esimerkiksi ulkoilussa (2) ja yökäynneissä (1). Neljä (50 %) vastaajista oli sitä mieltä, että heidän omaisensa saa riittävät kodinhoitopalvelut ja loput kaksi (25 %) ei osannut sanoa. Kokeilun jälkeen kaksi (25 %) vastaajista koki, että heidän omaisensa ei saa riittävästi kodinhoitopalveluja ja apua tarvittaisiin enemmän seuraavin perusteluin; ”hankalaa kun työntekijät vaihtuvat liikaa”, ”välillä saa ja välillä ei. Monesti ollut paskat housussa ja lääkkeet ottamatta, kun menen aamulla 10 jälkeen käymään. (Ajan puute kotihoitoa vaivaa)”. Loput viisi (62,5 %) vastaajaa olivat sitä mieltä, että heidän omaisensa saa riittävästi kodinhoitopalveluja. Kokeilun jälkeen kysymykseen vastaamatta jätti yksi henkilö.

Kokeilun jälkeen omaisilta kysyttiin, onko kokeilulla heidän mielestään ollut vaikutusta kotihoidon henkilöstön käyntimääriin heidän omaisensa luona ja ajankäyttöön omaisen hoidossa. Yksi (12,5 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kotihoidon henkilöstön käynnit ovat vähentyneet ja että kotihoidon henkilöstöllä on nyt aikaa omaiselle vähemmän kuin ennen kokeilua. Kaksi (25 %) vastasi, että kotihoidon henkilöstön käynnit ovat lisääntyneet ja viisi (62,5 %) vastaajista ei ollut huomannut mitään eroa entiseen. Yksi (12,5 %) vastasi, että kotihoidon henkilöstöllä on nyt aikaa enemmän kuin ennen kokeilua ja kuusi (75 %) vastaajista ei ollut huomannut ajankäytössä mitään eroa entiseen.

Kokeilun jälkeen omaisille annettiin mahdollisuus tuoda ilmi muita ajatuksiaan kokeilusta. Viisi vastaajaa oli kirjoittanut seuraavaa; ”viitaten edelliseen, laitteita ei ole enää!!!”, ”laitteet eivät tässä tapauksessa hyödytä. Hän tarvitsee ihmisen apua. Ruoanlaitto, kodinhoito, ym.”, ”kysymyksiin on vaikea vastata. Hankkeesta ja laitteista niukasti tietoa. En tiedä oliko niistä hyötyä”, ”epäluotettavat laitteet eivät helpota arjen sujumista. Olisi mielenkiintoista tietää johtuivatko väärät hälytykset laitteista vaiko omaisen toiminnasta jollain tavoin”, ”liiketunnistin ja painetunnistin sängyssä oli hyvä juttu. Sai kotipalveluunkin liikettä ja lisäsi käyntikertoja”.

9.3 Kotihoidon työntekijöiden vastaukset ennen ja jälkeen kokeilun

Kotihoidon työntekijöille lähetettyyn kyselyyn vastasi ennen kokeilua 28 työntekijää ja kokeilun jälkeen 21 työntekijää. Tästä joukosta tähän tutkimukseen on valittu ne, joilta on saatu vastaus sekä ennen että jälkeen kokeilun. Ennen ja jälkeen kokeilun vastanneita työntekijöitä oli 21.

Ennen kokeilua suoritetussa kyselyssä asukkaan arjen sujumiseen omassa kodissaan hyvin tyytyväisiä oli kuusi (28,6 %) vastaajista, melko tyytyväisiä 9 (42,9 %) ja melko tyytymättömiä kolme (14,3 %), vastaamatta jätti kolme henkilöä. Kokeilun jälkeen suoritetussa kyselyssä hyvin tyytyväisiä asukkaan arjen sujumiseen omassa kodissaan oli kaksi (10,5 %) vastaajista, melko tyytyväisiä 8 (42,1 %), melko tyytymättömiä 5 (26,3 %) ja hyvin tyytymättömiä yksi (5,3 %). Kolme (15,8 %) vastaajista ei osannut sanoa kantaansa ja kaksi jätti vastaamatta kysymyksen.

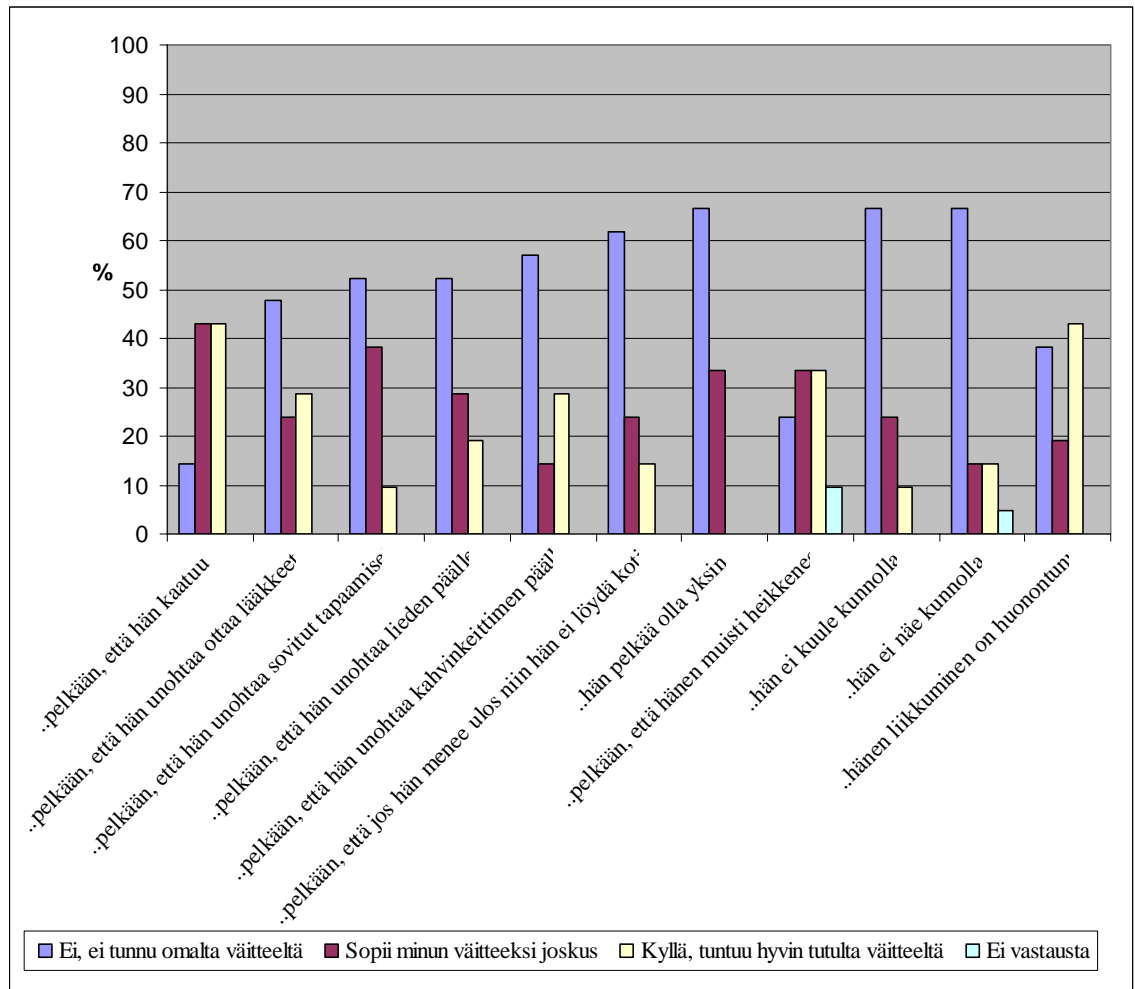
Ennen kokeilua 14 (66,7 %) vastaajista koki, että kodin asukas pärjää kotonaan. Kaksi vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen. Kokeilun jälkeen vastaava luku oli 17 (85 %) ja yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen. Kolme niistä, jotka vastasivat ennen kokeilua, että asukas ei pärjää kotonaan perustelivat vastaustaan seuraavasti: ”huimausta ajoittain ja ei osaa hätäntyneenä käyttää turvarannekettä”, ”huono muisti, asunnon sijainti syrjäseudulla”, ”muisti”. Kokeilun jälkeen kaksi perusteli, että ”kaatui ulkona, loukkaantui, ei pysty asumaan enää kotona”, ”muistin ja terveydentilan heikentyminen, turvattomuuden tunne”.

9.3.1 Kotihoidon työntekijöiden vastaukset heidän asiakkaansa turvallisuuteen liittyvistä asioista

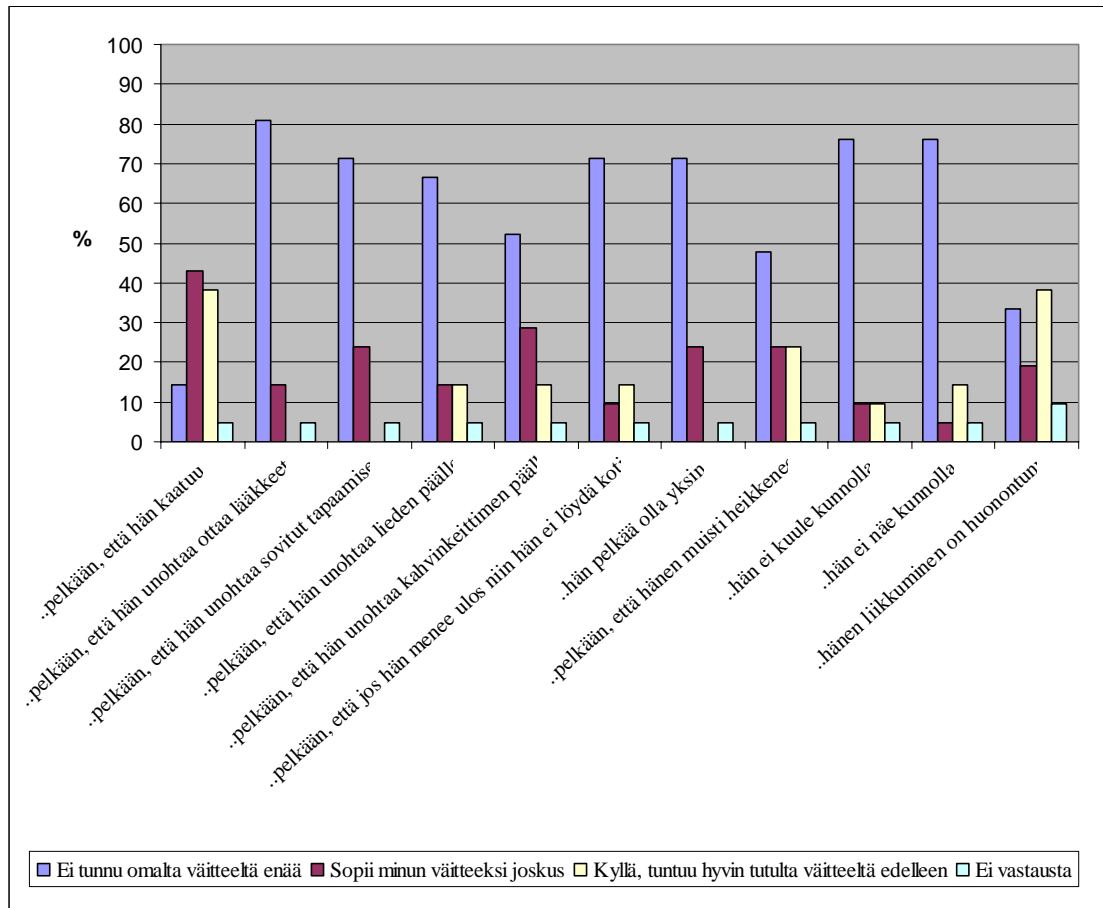
Työntekijöiltä kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun suoritetuissa kyselyissä, kuinka turvalliseksi he kokevat kodin asukkaan yksinasumisen. Ennen kokeilua hyvin turvattomaksi koki viisi (23,8 %) vastaajista ja syiksi he ilmoittivat: huono muisti (2), naapurit kaukana (1), omaiset kaukana (1) ja huono liikkumiskyky (1). Välillä turvattomaksi, välillä turvalliseksi koki 9 (42,9 %) vastaajista ja syiksi ilmoitettiin: huono muisti (2), kaatuilu/huimaus (5), vointi vaihtelee (4). Hyvin turvalliseksi asukaan yksinasumisen koki ennen kokeilua viisi (23,8 %) vastaajista ja syitä tähän olivat: tarpeeksi kotiapua

(2), apuvälineet (3), omaiset lähellä (1), selviytyy itsenäisesti (1). Ennen kokeilua kysymykseen jätti vastaamatta kaksi henkilöä. Kokeilun jälkeen hyvin turvattomaksi asukkaan yksinasumisen koki kaksi (9,5 %) vastaajista ja syyksi oli vastattu muistiongelma (1). Välillä turvattomaksi, välillä turvallisiksi koki 11 (52,4 %) vastaajista ja syitä tähän ilmoitettiin olevan: kaatuminen (4), terveys (3), heikko näkö/kuulo (2), yksinäisyys (1), karkailu (1), uunin lämmitys (1), tupakointi (1), naapurit kaukana (1). Kokeilun jälkeen hyvin turvallisiksi asukkaan yksinasumisen koki seitsemän (33,3 %) vastaajista ja syiksi kerrottiin: ”turvaranneke”, ”kotihoito ja ystävät käy”, ”hyötyy turvavälineistä”, ”viihtyy yksinään”, ”kotihoito käy usein”, ”on siirretty vuodeosastolle”. Kokeilun jälkeen kysymykseen jätti vastaamatta yksi henkilö.

Vastaajilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, mikä aiheuttaa heille huolta heidän asiakkaansa turvattomuudessa (Kuviot 20 ja 21). Ennen kokeilua eniten huolta aiheutti asiakkaan liikkumisen huonontuminen (9) ja pelko asiakkaan kaatumisesta (9). Samat asiat huolestuttivat vastaajia eniten (8) myös kokeilun jälkeen. Vähiten huolta aiheutti ennen kokeilua se, että asiakas pelkää olla yksin (14) ja se, että asiakas ei näe tai kuule kunnolla (14). Kokeilun jälkeen vähiten huolta aiheutti se, että asiakas unohtaa ottaa lääkkeitä (17) ja se, että asiakas ei näe tai kuule kunnolla (16).



KUVIO 20. Kotihoidon työntekijöille huolen aiheuttajia asiakkaansa turvattomuudesta ennen kokeilua prosentteina. Turvattomuuden tunne tulee koska.. (n=21)



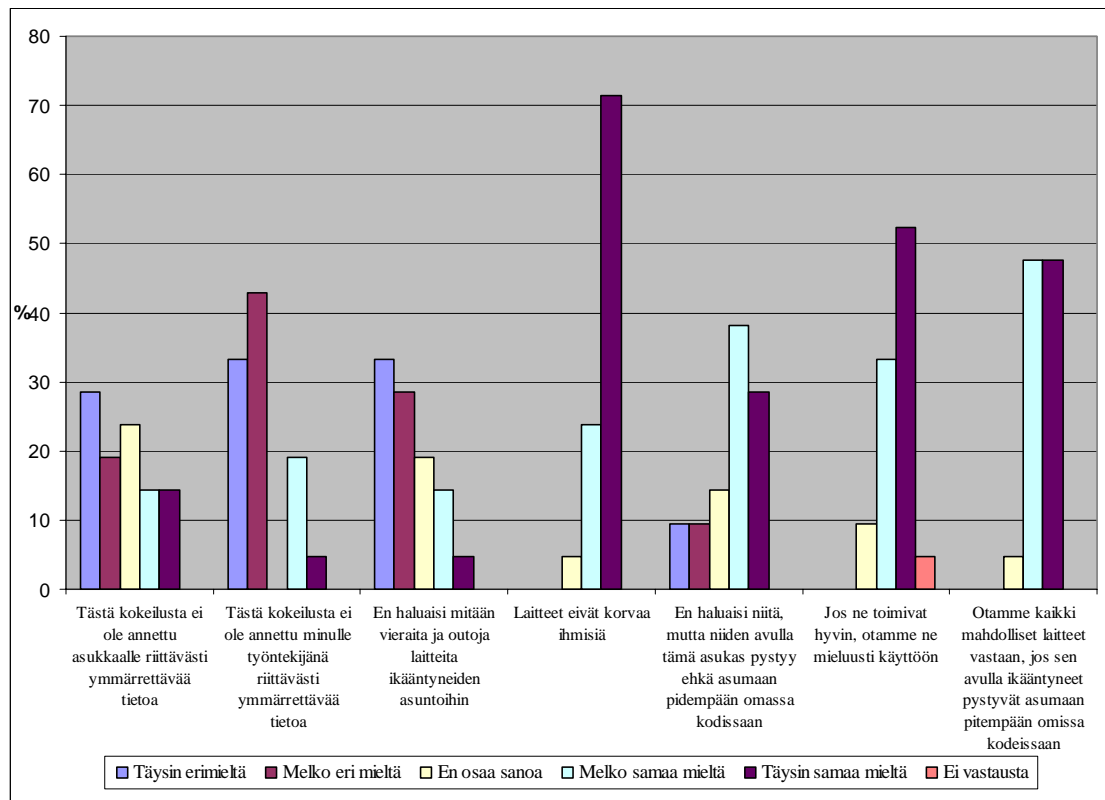
KUVIO 21. Kotihoidon työntekijöille huolen aiheuttajia asiakkaansa turvattomuudesta kokeilun jälkeen prosentteina. Turvattomuuden tunne tulee koska.. (n=21)

Työntekijöille turvattomuuden tunnetta hankkeeseen osallistuneiden asiakkaiden kohdalla aiheutti ennen kokeilua vastatessa kyselyssä; asiakkaan heikko liikkumiskyky (9), huono muisti (6), heikentynyt terveys (6), hoito kotihoidon varassa (3) ja seuran puute (1). Kokeilun jälkeen turvattomuuden tunnetta aiheutti edelleen se, että; asiakas on yksin (4), terveysongelmat (6), kaatuilu (5), huono muisti (2), omaiset ovat kaukana (1), kotihoidon harvat käynnit (1), karkailu (1) ja alkeelliset asumisolot (1).

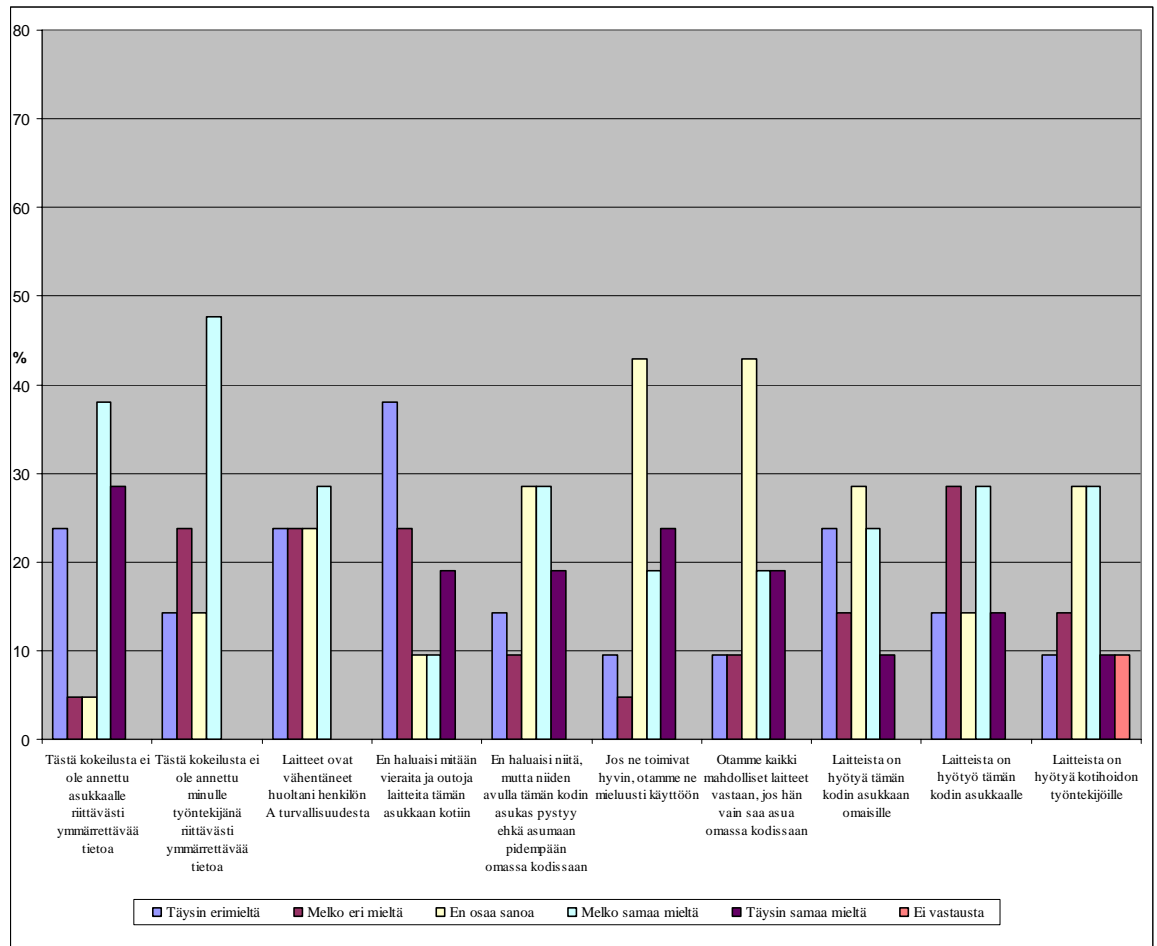
Ennen kokeilua vastatessa kyselyssä työntekijälle turvallisuuden tunnetta hankkeeseen osallistuneiden asiakkaiden kohdalla olisi lisääntynyt, jos; asukkaalla olisi toimivat/vakituiset turvalaitteet (6), hoitajilla olisi enemmän aikaa (3), asukas pääsisi laitoshoidon (2), terveys olisi tasapainossa (1), omaiset kävisivät useammin (1) ja asunto olisi väljempi (1). Kokeilun jälkeen turvallisuuden tunnetta olisi lisännyt se, että; asukkaalla olisi tarpeelliset turvalaitteet (3), olisi seuraa (2), saisi paikan hoitokodista (2) ja asiakkaan luona käytäisiin useammin (2).

9.3.2 Kotihoidon työntekijöiden heidän asiakkaansa kotiin asennettuihin teknisiin laitteisiin liittyvät vastaukset

Vastaajilta kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, mitä he odottavat/odottivat hankkeelta (Kuviot 22 ja 23). Ennen kokeilua 11 vastaajista oli täysin tai melko eri mieltä siitä, että kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa. Kokeilun jälkeen 14 vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa. Ennen kokeilua 20 vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että laitteet eivät korvaa ihmisiä. Ennen ja jälkeen kokeilun 13 vastaajista oli täysin tai melko eri mieltä siitä, että ei haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita ikääntyneiden asuntoihin. Ennen kokeilua 20 vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että ”otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos sen avulla ikääntyneet pystyvät asumaan pidempään omilla kodeissaan”. Kokeilun jälkeen kahdeksan vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että ”otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos hän vain saa asua omassa kodissaan”.



KUVIO 22. Kotihoidon työntekijöiden odotukset hankkeelta ennen kokeilua prosentteina (n=21)



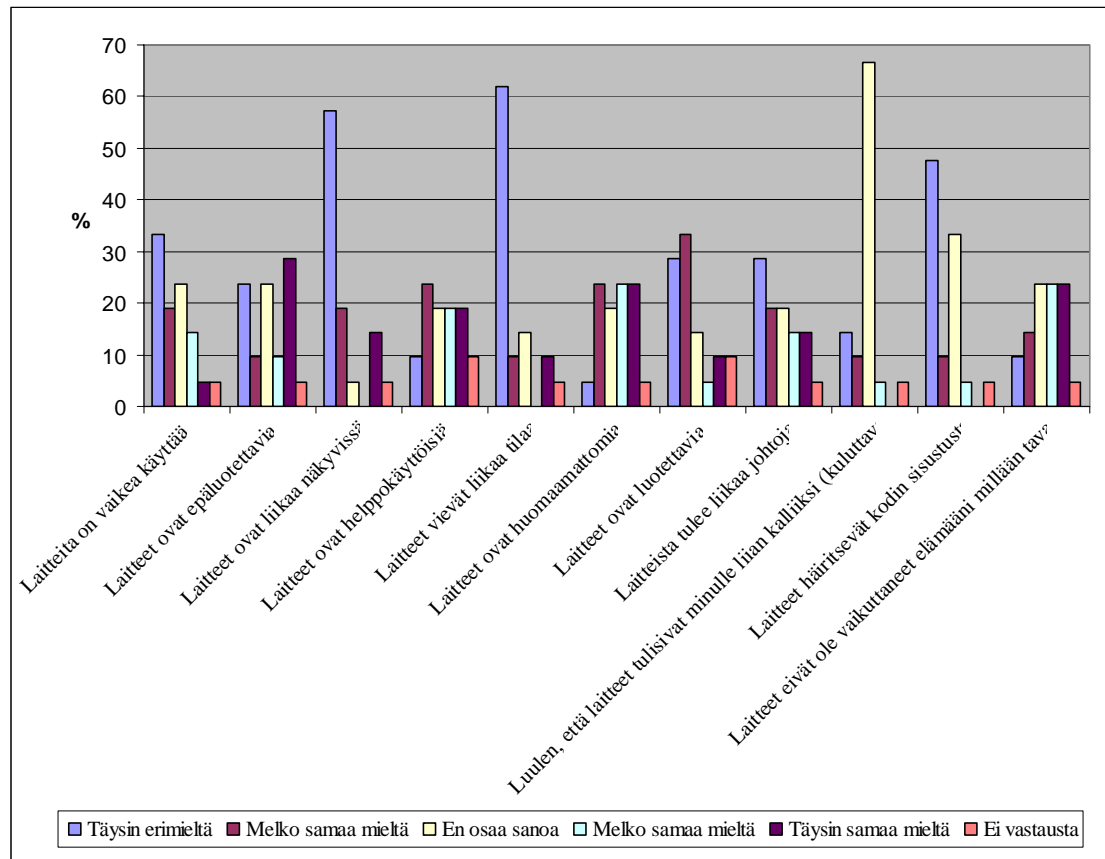
KUVIO 23. Kotihoidon työntekijöissä heränneitä ajatuksia heidän asiakkaidensa kotiin asennetuista laitteista kokeilun jälkeen prosentteina (n=21)

Kokeilun jälkeen työntekijöiltä kysyttiin, miten laitteet ovat vaikuttaneet työntekijän kokemaan huoleen asiakkaansa turvallisuudesta. 16 (80 %) vastaajista koki, että laitteet eivät muuttaneet tilannetta millään tavalla. Kolme (15 %) vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on huolettomampi ja turvallisempi olo kuin ennen laitteita ja yksi (5 %) vastaajista oli enemmän huolissaan kuin ennen laitteita.

Kokeilun jälkeen työntekijöiltä kysyttiin, kokevatko he laitteiden läsnäolon asiakkaansa asunnossa häiritseväksi. 14 (70 %) vastaajista ei edes muistanut laitteiden läsnäoloa, viisi (25 %) koki laitteiden läsnäolon luovan turvallisuuden tunnetta ja yksi (5 %) vastaajista koki laitteet häiritsevinä.

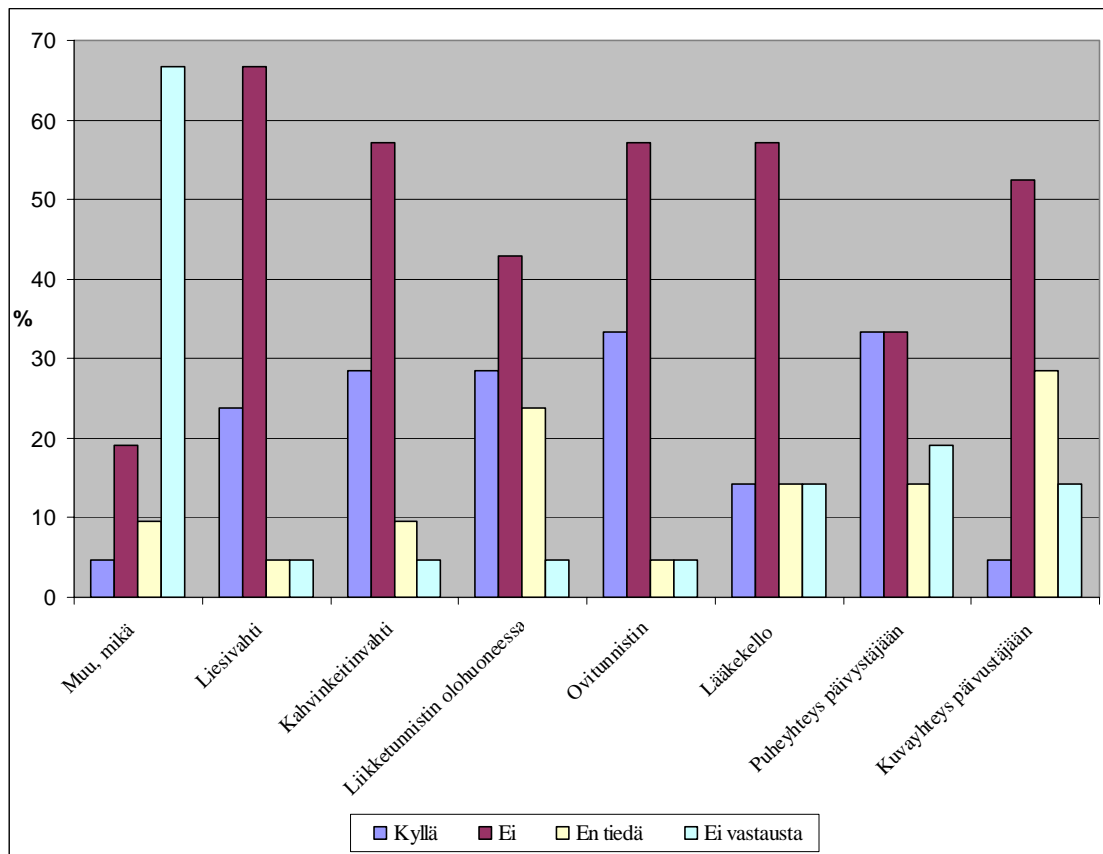
Kotihoidon työntekijöiltä kysyttiin kokeilun jälkeen mielipidettä kokeilussa mukana olleiden laitteiden käytettävyydestä (Kuvio 24). Laitteita ei juurikaan koettu häiritseviksi asiakkaiden kodeissa: täysin eri mieltä oltiin siinä, että laitteet ovat liikaa näkyvis-

sä (12), laitteet vievät liikaa tilaa (13) ja että laitteet häiritsevät kodin sisustusta (10). (Kokeilun jälkeen tehdyn kyselyn lomakkeessa oli virhe; kuviossa 20 olevan taulukon vastausvaihtoehdoissa ”melko samaa mieltä” vastausvaihtoehto oli kahteen kertaan, kun toisessa kohdassa olisi tullut olla vaihtoehto ”melko eri mieltä”. Näin ollen vastauksia tämän kysymyksen osalta ei voida luotettavasti arvioida.)



KUVIO 24. Kotihoidon työntekijöiden mielipide laitteiden käytettävyydestä prosentteina (kokeilun jälkeen) (n=21)

Vastaajilta kysyttiin kokeilun jälkeen, haluaisivatko he, että heidän asiakkaansa pitää käytössä jotain kokeilussa mukana olleista laitteista (Kuvio 25). Eniten käytössä haluttiin pitää ovitunnistinta (7) ja liiketunnistinta olohuoneessa (6). Vähiten käytössä haluttiin pitää liesivahtia (14), kahvinkeitinvahtia (12) ja, lääkekelloa (12). Puheyhteyttä päivystäjään halusi pitää käytössä ja olla pitämättä käytössä sama määrä vastaajia (7).



KUVIO 25. Kotihoidon työntekijöiden halukkuus siihen, että heidän asiakkaansa pitää käytössä laitteita prosentteina (kokeilun jälkeen)

Vastaajien mielestä eniten hyötyä oli ollut ovitunnistimesta (8). Muita hyödyllisiä laitteita olivat sänkytunnistin (2), liiketunnistin (2), lääkekello (1) ja kahvinkeitinvahti (1). Kaksi työntekijää ilmoitti, että laitteista ei ole ollut hyötyä. Edellä mainituista laitteista on työntekijöiden mielestä ollut hyötyä, koska; ”liikkuminen huono ja sängystä nouseminen”, ”jos lähti ulos”, ”tietää liikkeistä ja onko palannut vuoteeseen”, ”lääkkeenotto on varmempaa”, ”jos sattuu kaatuilua ulkona käydessä”, ”ilmoitti milloin asukas meni ulos”, ”huomataan jos karkailee”, ”ulko-ovi jäänyt joskus auki”.

Vastaajien mielestä vähiten hyötyä asiakkaalle oli ollut lääkekellosta (4) ja perusteluina tälle oli: ”asiakkaan mielestä sitä on liian vaikea käyttää ja se ei varmista lääkkeen suuhun päätymistä”. Vähiten hyötyä oli vastaajien mielestä ollut myös vuodetunnistimesta (3) ja yhtenä perustelun tälle ilmoitettiin: ”koska se aiheutti asiakkaalle säteilyä”. Vähiten hyötyä tuottavina mainittiin myös liesivahti (1) ja liikeanturi (1), joka erään vastaajan mukaan ”aiheutti turhia hälytyksiä”.

9.3.3 Kotihoidon työntekijöiden vastaus heidän asiakkaansa kotihoidolta saamaan palveluun

Työntekijöiltä kysyttiin ennen ja jälkeen kokeilun, saako kodin asukas heidän mielestään riittävästi kodinhoitopalveluja. Ennen kokeilua 15 (71,4 %) vastaajista oli sitä mieltä, että saa, kahden (9,5 %) mielestä ei saa, yksi (4,8 %) vastaajista ei osannut sanoa ja kolme vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Kokeilun jälkeen 18 (85,7 %) vastaajan mielestä saa, yhden (4,8 %) vastaajan mielestä ei saa ja kaksi (9,5 %) vastaajista ei osannut sanoa.

9.4 Kolmen yksittäisen kotihoidon asiakkaan, heidän omaisensa ja työntekijöiden vastaukset yhdistettyinä

Koko tutkimusotoksesta löytyi kolme kotihoidon asiakasta, joiden tilanteesta myös sekä omainen että työntekijä olivat antaneet omat vastauksensa. Tässä luvussa tarkastellaan tuloksia kunkin asiakkaan kohdalta erikseen ja tuodaan yhteen asiakkaan, omaisen ja työntekijän näkemys kysytyistä asioista, joita oli selvitetty kaikilta samalla tavalla.

9.4.1 Kotihoidon asiakas A

Yksiasuvalta kotihoidon asiakkaalta A kysyttiin ennen kokeilua, kuinka tyytyväinen hän on arjen sujumiseen omassa kodissaan. Asiakas A oli melko tyytyväinen. Samaa kysyttiin myös asiakkaan omaiselta ja kotihoidon työntekijältä. Omainen oli vanhuksen arjen sujumiseen melko tyytyväinen ja työntekijä melko tyytymätön. Kokeilun jälkeen kysyttiin samaa asiaa ja silloin asukas oli hyvin tyytyväinen, omainen ei osannut sanoa ja työntekijä oli edelleen melko tyytymätön.

Ennen kokeilua asiakas A koki pärjäävänsä kotonaan ja omainen oli samaa mieltä. Kotihoidon työntekijän mielestä asiakas A ei pärjää kotonaan ja perusteluina tälle oli, ”huono muisti. Asunnon sijainti syrjäseudulla. Syksy/talvi uuninlämmitys”. Kokeilun jälkeen asiakas A koki edelleen pärjäävänsä kotonaan, omainen oli samaa mieltä ja työntekijä koki, että asiakas ei pärjää ja perusteluina oli: ”kodinhoito, lämmitys, mieli-ala”.

Ennen kokeilua asiakas A koki yksin asumisensa hyvin turvalliseksi, koska ”ruoka tuodaan ja itse saa asioita hoidettua”. Omainen koki vanhuksen yksinasumisen välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi, koska ”vahinkoja sattuu”. Työntekijä puolestaan koki asukkaan yksinasumisen ennen kokeilua hyvin turvattomaksi, koska ”muistamaton ja uunia lämmittelee”. Kokeilun jälkeen asiakas A koki edelleen olonsa hyvin turvalliseksi, koska hänellä on ”kotihoito”. Asiakkaan omainen ja kotihoidon työntekijä taas kokivat asukkaan yksinasumisen hyvin turvattomaksi, koska ”hänen lähimuistinsa on huono” ja ”uunia lämmittää jatkuvasti”, ”hanat jättää auki välillä”.

Taulukossa 1 ja 2 on kuvattu kotihoidon asiakkaan, hänen omaisensa ja kotihoidon työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan A turvallisuudesta ennen ja jälkeen kokeilun. Asiakas itse ei ollut ennen eikä jälkeen kokeilun juurikaan huolissaan mistään. Omainen oli huolissaan vanhuksesta sekä ennen että jälkeen kokeilun ja työntekijä oli joskus huolissaan tietyistä asioista.

TAULUKKO 1. Kotihoidon asiakkaan A, hänen omaisensa ja työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan A turvattomuudesta ennen kokeilua. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

Turvattomuuden tunne tulee, koska..	Ei, ei tunnu omalta väitteeltä			Sopii minun väitteeksi joskus			Kyllä, tuntuu tutulta väitteeltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
..pelkää, että vanhus kaatuu	X							X	X
..pelkää, että vanhus unohtaa ottaa lääkkeit	X				X	X			
..pelkkää, että vanhus unohtaa sovitut tapaamiset	X					X	X		
..pelkää, että vanhus unohtaa liedon päälle	X						X		X
..pelkää, että vanhus unohtaa kahvinkeitinmen päälle	X						X		X
..pelkää, että vanhus ei osaa takaisin kotiin jos lähtee ulos	X				X	X			
..vanhus pelkää olla yksin			X	X	X				
..pelkää, että vanhuksen muisti heikkenee	X						X		X
..vanhus ei kuule kunnolla	X						X		X
..vanhus ei näe kunnolla	X		X		X				
..vanhuksen liikkuminen on huonontunut	X		X				X		

TAULUKKO 2. Kotihoidon asiakkaan A, hänen omaisensa ja työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan A turvattomuudesta kokeilun jälkeen. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

Turvattomuuden tunne tulee, koska..	Ei, ei tunnu omalta väitteeltä			Sopii minun väitteeksi joskus			Kyllä, tuntuu tutulta väitteeltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
..pelkää, että vanhus kaatuu				X		X	X		
..pelkää, että vanhus unohtaa ottaa lääkkeit	X	X	X						
..pelkää, että vanhus unohtaa sovitut tapaamiset	X		X				X		
..pelkää, että vanhus unohtaa lieden päälle	X		X				X		
..pelkää, että vanhus unohtaa kahvinkeitinmen päälle	X					X	X		
..pelkää, että vanhus ei osaa takaisin kotiin jos lähtee ulos	X					X	X		
..vanhus pelkää olla yksin	X				X	X			
..pelkää, että vanhuksen muisti heikkenee	X						X	X	
..vanhus ei kuule kunnolla	X						X	X	
..vanhus ei näe kunnolla	X		X				X		
..vanhuksen liikkuminen on huonontunut	X						X	X	

Asiakkaalle A turvattomuuden tunnetta ennen kokeilua aiheutti ”tuntemattomat vieraat jotka käyvät pihassa”. Omaiselle turvattomuuden tunnetta vanhuksen yksinasumisesta aiheutti se, että; ”asuu yksin omakotitalossa. Esimerkiksi yökäyntejä kotihoito ei tee. Saattaa kaatua esim. WC:ssä käydessään”. Kotihoidon työntekijälle turvattomuuden tunnetta asiakkaan yksinasumisesta aiheutti ”hän lämmittää uunia paljon ja pellit olisi muistettava pitää auki. Muistamaton”. Kokeilun jälkeen turvattomuuden tunnetta ei aiheuttanut asiakkaalle mikään, omaiselle se, että vanhus ”joutuu olemaan yön yli ilman valvontaa. Talossa puulämmitys ja kaivovesi (vesijohto). Hana unohtuu päälle -> kaivo tyhjenee. Puulämmityksen riskinä tulipalovaara”. Työntekijälle turvattomuutta asiakkaan yksinasumisesta kokeilun jälkeen aiheutti ”yksin suurimman osan päivästä. Viluinen, uunia lämmittää jatkuvasti, 400-500 astetta välillä. Hanoja ei muista aina sulkea, kaivo ollut tyhjä muutaman kerran talven aikana”.

Ennen kokeilua asiakkaalta A kysyttiin, millä keinolla hänen turvallisuuden tunteensa lisääntyisi. Asiakas ei osannut vastata. Omaisen turvallisuuden tunne vanhuksesta lisääntyisi, jos ”kotipalvelu tekisi yhden yökäynnin” ja työntekijän, jos ”olisi aikaa viettää enemmän asiakkaan luona. Asiakas asuisi lähempänä”. Kokeilun jälkeen asiakas ei

myöskään ole vastannut kysymykseen turvallisuuden tunteen lisääjistä. Omaiselle turvallisuuden tunnetta asukkaasta lisäisi kokeilun jälkeen ”lämmitys muuten kuin puilla. Valvontaa myös yöajaksi” ja työntekijälle se, että ”asukas muuttaisi valvotumpiin oloihin”.

Taulukossa 3 ja 4 on kuvattu kotihoidon asiakkaan, hänen omaisensa ja kotihoidon työntekijän odotuksia hankkeelle ennen ja jälkeen kokeilun. Asukas ja omainen olivat ennen ja jälkeen kokeilun täysin samaa ja melko samaa mieltä siitä, että kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa. Työntekijä oli asiasta täysin erimielistä. Kaikki kolme olivat ennen ja jälkeen kokeilun melko samaan mieltä siitä, että jos laitteet toimivat hyvin, ne otetaan mieluusti käyttöön.

TAULUKKO 3. Kotihoidon asiakkaan A, hänen omaisensa ja työntekijän odotukset hankkeelta ennen kokeilua. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

	Täysin eri mieltä			Melko eri mieltä			En osaa sanoa			Melko samaa mieltä			Täysin samaa mieltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa			X								X				X
En halaisi mitään vieraita ja outoja laitteita vanhuksen asuntoon				X	X										X
En haluaisi niitä, mutta niiden avulla vanhus pysyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan				X								X			X
Jos ne toimivat hyvin, ne otetaan mieluusti käyttöön										X	X	X			
Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos vanhus vain saa asua omassa kodissaan								X		X	X				

TAULUKKO 4. Mitä kotihoidon asiakas A, hänen omainen ja työntekijän odottivat hankkeelta (kokeilun jälkeen). AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

	Täysin eri mieltä			Melko eri mieltä			En osaa sanoa			Melko samaa mieltä			Täysin samaa mieltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa			X								X			X	
En halaisi mitään vieraita ja outoja laitteita vanhuksen asuntoon					X	X				X					
En haluaisi niitä, mutta niiden avulla vanhus pystyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan					X					X		X			
Jos ne toimivat hyvin, ne otetaan mieluummin käyttöön										X	X	X			
Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos vanhus vain saa asua omassa kodissaan						X				X	X				

Kokeilun jälkeen asiakkaalta, hänen omaiseltaan ja kotihoidon työntekijältä kysyttiin halukkuutta pitää asiakkaan A käytössä joitain laitteista. Asiakas halusi pitää käytössä liikkumisen tunnistimen olohuoneessa sekä ovitunnistimen. Omaisen halusi asiakkaan käytössä olevan liesivahdin, kahvinkeitinvahdin, liikkumisen tunnistimen olohuoneessa sekä ovitunnistimen. Lisäksi omainen halusi vanhukselle vesivahdin. Työntekijä ei halunnut asiakkaalle mitään laitetta käyttöön.

Ennen kokeilua asiakas A koki saavansa riittävästi kodinhoitopalveluja. Omaisen ja kotihoidon työntekijän mielestä vanhus ei saanut riittävästi kodinhoitopalveluja ja enemmän apua asiakas tarvitsisi omaisen mielestä ”yökäynti, ”ulkoiluapu” ja työntekijän mielestä ”aamupala, juomisista huolehtiminen, henk.koht. hygienia”. Kokeilun jälkeen asiakas A koki edelleen saavansa riittävästi kodinhoitopalveluja ja omainen sekä työntekijä olivat samaa mieltä.

Asiakkaalta ja omaiselta kysyttiin kokeilun jälkeen, onko kokeilulla heidän mielestään ollut vaikutusta kotihoidon henkilöstön käyntimääriin. Asiakas eikä omainen ei ollut

huomannut mitään eroa entiseen. Heiltä kysyttiin myös, onko kokeilulla ollut heidän mielestään vaikutusta kotihoidon henkilöstön ajankäyttöön. Tässäkään vastaajat eivät olleet huomanneet mitään eroa entiseen.

9.4.2 Kotihoidon asiakas B

Yksin asuvalta kotihoidon asiakkaalta B kysyttiin ennen kokeilua, kuinka tyytyväinen hän on arjen sujumiseen omassa kodissaan. Asiakas B oli hyvin tyytyväinen. Samaa kysyttiin myös asiakkaan omaiselta ja kotihoidon työntekijältä. Omainen sekä työntekijä olivat vanhuksen arjen sujumiseen melko tyytyväisiä. Kokeilun jälkeen kysyttiin samaa asiaa ja silloin asukas oli edelleen hyvin tyytyväinen, omainen melko tyytymätön ja työntekijä ei osannut sanoa.

Ennen kokeilua asiakas B koki pärjäävänsä kotonaan. Omainen vastasi, että ”välillä pärjää, välillä huonosti. Kotiavun turvin paremmin”. Kotihoidon työntekijän mielestä asiakas B pärjää kotonaan. Kokeilun jälkeen asiakas B koki edelleen pärjäävänsä kotonaan ja omainen sekä työntekijä olivat samaa mieltä.

Ennen kokeilua asiakas B koki yksin asumisensa hyvin turvalliseksi, koska ”ei ole kukaan tullut luvatta, kotiapu käy auttamassa”. Omainen koki vanhuksen yksinasumisen välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi, koska ”kunto ja mieliala vaihtelee”. Toisaalta hän myös koki vanhuksen yksinasumisen hyvin turvalliseksi, koska ”turvapuhelin hyvä”. Työntekijä puolestaan koki asukkaan yksinasumisen ennen kokeilua välillä turvattomaksi, välillä turvalliseksi. Kokeilun jälkeen asiakas B koki edelleen olonsa hyvin turvalliseksi, koska ”tuttu asunto, kotihoito käy”. Asiakkaan omainen ja kotihoidon työntekijä taas kokivat asukkaan yksinasumisen välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi, koska ”välillä on huonoja päiviä, tahtoo olla hyvä päivä, huono päivä, hyvä päivä...” ja ”ajoittain ripuloiva”, ”yksinäinen”.

Taulukossa 5 ja 6 on kuvattu kotihoidon asiakkaan, hänen omaisensa ja kotihoidon työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan B turvallisuudesta ennen ja jälkeen kokeilun. Asukas itse ei ollut ennen eikä jälkeen kokeilun juurikaan huolissaan mistään. Omainen oli huolissaan vanhuksesta ja vielä enemmän kokeilun jälkeen. Työntekijä oli ennen

TAULUKKO 6. Kotihoidon asiakkaan B, hänen omaisensa ja työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan B turvattomuudesta kokeilun jälkeen. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

Turvattomuuden tunne tulee, koska..	Ei, ei tunnu omalta väitteeltä			Sopii minun väitteeksi joskus			Kyllä, tuntuu tutulta väitteeltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
..pelkää, että vanhus kaatuu	X		X					X	
..pelkää, että vanhus unohtaa ottaa lääkkeet	X		X					X	
..pelkkää, että vanhus unohtaa sovitut tapaamiset	X		X					X	
..pelkää, että vanhus unohtaa lieden päälle	X		X					X	
..pelkää, että vanhus unohtaa kahvinkeitinmen päälle	X		X		X				
..pelkää, että vanhus ei osaa takaisin kotiin jos lähtee ulos	X		X						
..vanhus pelkää olla yksin	X		X		X				
..pelkää, että vanhuksen muisti heikkenee	X		X					X	
..vanhus ei kuule kunnolla			X	X	X				
..vanhus ei näe kunnolla	X		X		X				
..vanhuksen liikkuminen on huonontunut	X		X					X	

Asiakkaalle B turvattomuuden tunnetta ennen ja jälkeen kokeilua ei aiheuttanut mitään. Omainen ei ollut vastannut kysymykseen ennen kokeilua ja kotihoidon työntekijälle turvattomuuden tunnetta asiakkaan yksinasumisesta aiheutti se, että ”hänellä on diabetes ja sydämen vajaatoiminta. Sokeriarvot heittelevät jatkuvasti”. Kokeilun jälkeen turvattomuuden tunnetta vanhuksen yksinasumisesta aiheutti omaiselle se, että ”liikkuminen huonoa ja muisti pätkii”. Työntekijälle turvattomuutta asiakkaan yksinasumisesta kokeilun jälkeen aiheutti se, että asiakas ”kokee olonsa joskus yksinäiseksi ja kipuja on paljon, etenkin öisin”.

Ennen kokeilua asiakkaalta B kysyttiin, millä keinolla hänen turvallisuuden tunteensa lisääntyisi. Vastauksena oli, että ”olisi apua käsillä (omat lapset, kotiapu) paikalla koko ajan”. Työntekijän turvallisuuden tunne vanhuksesta lisääntyisi ennen kokeilua, jos ”verensokerit eivät heittelisi niin alas, hän itse ymmärtäisi asian. Uusia ”keinoja” kokoajan kokeilemme”. Kokeilun jälkeen asiakas vastasi, että hänen turvallisuuden tunteensa lisääntyisi jos ”vieraita kävisi enemmän”. Työntekijälle turvallisuuden tunnetta asukkaasta lisäisi kokeilun jälkeen se, että ”asiakas ei asuisi yksin”. Omainen ei ollut vastannut kysymykseen ennen eikä jälkeen kokeilun.

TAULUKKO 8. Mitä kotihoidon asiakas B, hänen omainen ja työntekijän odottivat hankkeelta (kokeilun jälkeen). AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

	Täysin eri mieltä			Melko eri mieltä			En osaa sanoa			Melko samaa mieltä			Täysin samaa mieltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa				X							X				X
En halaisi mitään vieraita ja outoja laitteita vanhuksen asuntoon					X	X									X
En haluaisi niitä, mutta niiden avulla vanhus pystyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan							X		X		X				
Jos ne toimivat hyvin, ne otetaan mieluusti käyttöön	X	X							X						
Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos vanhus vain saa asua omassa kodissaan	X	X							X						

Kokeilun jälkeen asiakkaalta, hänen omaiseltaan ja kotihoidon työntekijältä kysyttiin halukkuutta pitää asiakkaan B käytössä joitain laitteista. Asiakas ei halunnut pitää käytössään mitään laitteista. Työntekijä haluaisi asiakkaan pitävän käytössään lääkekellon sekä kuva- ja puheyhteyden päivystäjään. Omainen ei vastannut kysymykseen.

Ennen kokeilua asiakas B koki saavansa riittävästi kodinhoitopalveluja. Omainen koki, että vanhus tarvitsisi enemmän apua ulkoilussa ja kotihoidon työntekijän mielestä vanhus sai riittävästi kodinhoitopalveluja. Kokeilun jälkeen asiakas B sekä kotihoidon työntekijä kokivat edelleen, että asiakas saa riittävästi kodinhoitopalveluja. Omainen koki edelleen, että ”ei saa” ja kommenttina oli, että ”hankalaa kun työntekijät vaihtuvat liikaa”.

Asiakkaalta ja omaiselta kysyttiin kokeilun jälkeen, onko kokeilulla heidän mielestään ollut vaikutusta kotihoidon henkilöstön käyntimääriin. Asiakas eikä omainen ei ollut huomannut mitään eroa entiseen. Vastajat eivät myöskään olleet huomanneet kokeilulla olleen mitään vaikutusta kotihoidon henkilöstön ajankäyttöön.

9.4.3 Kotihoidon asiakas C

Yksiasuvalta kotihoidon asiakkaalta C kysyttiin ennen kokeilua, kuinka tyytyväinen hän on arjen sujumiseen omassa kodissaan. Asiakas C oli melko tyytyväinen. Samaa kysyttiin myös asiakkaan omaiselta ja kotihoidon työntekijältä ja he molemmat olivat myös melko tyytyväisiä. Kokeilun jälkeen kysyttiin samaa asiaa ja silloin asiakas oli hyvin tyytyväinen, työntekijä oli edelleen melko tyytyväinen ja omainen vastasi, että ”laitteita ei ole enää!”.

Ennen kokeilua asiakas C koki pärjäävänsä kotonaan ja työntekijä oli samaa mieltä. Omainen ei ollut vastannut, mutta oli kommentoinut annettuun tyhjään tilaan, että ”hän pärjää kun hänen luonaan käydään (kotihoito) ja kun on järjestelmä, joka tiedottaa kaatumisista”. Kokeilun jälkeen asiakas C koki edelleen pärjäävänsä kotonaan ja hänen omaisensa sekä kotihoidon työntekijä olivat samaa mieltä.

Ennen kokeilua asiakas C koki yksin asumisensa hyvin turvalliseksi, koska ”olen vahva ihminen, ovat kiinni, sähkölaitteet toimii”. Omainen koki vanhuksen yksinasumisen hyvin turvattomaksi, koska ”asun itse kaukana enkä voi auttaa hätätilanteessa”. Työntekijä puolestaan koki asukkaan yksinasumisen ennen kokeilua välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi, koska ”kaatumisia sattuu välillä”. Kokeilun jälkeen asiakas C koki edelleen olonsa hyvin turvalliseksi, koska ”ovat kiinni, tuttu ympäristö”. Asiakkaan omainen koki asukkaan yksinasumisen välillä turvattomaksi ja välillä turvalliseksi, koska ”hoito ei ole kokopäiväistä ja itse olen kaukana” ja työntekijä hyvin turvalliseksi, koska ”kotihoito käy ja ystävä”.

Taulukossa 9 ja 10 on kuvattu kotihoidon asiakkaan, hänen omaisensa ja kotihoidon työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan C turvallisuudesta ennen ja jälkeen kokeilun. Ennen kokeilua asiakas C oli eniten huolissaan liikkumisensa huonontumisesta ja kokeilun jälkeen hän ei ollut huolissaan mistään muusta kuin siitä, että jos kaatuu. Kokeilun jälkeen myöskään työntekijä ei ollut enää huolissaan mistään ja asiakkaan omaisenkin huolen aiheet olivat vähentyneet.

TAULUKKO 9. Kotihoidon asiakkaan C, hänen omaisensa ja työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan C turvattomuudesta ennen kokeilua. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

Turvattomuuden tunne tulee, koska..	Ei, ei tunnu omalta väitteeltä			Sopii minun väitteeksi joskus			Kyllä, tuntuu tutulta väitteeltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
..pelkää, että vanhus kaatuu	X							X	X
..pelkää, että vanhus unohtaa ottaa lääkkeitä	X							X	X
..pelkkää, että vanhus unohtaa sovitut tapaamiset				X	X				X
..pelkää, että vanhus unohtaa lieden päälle	X		X		X				
..pelkää, että vanhus unohtaa kahvinkeitinmen päälle		X	X						
..pelkää, että vanhus ei osaa takaisin kotiin jos lähtee ulos	X	X	X						
..vanhus pelkää olla yksin	X	X	X						
..pelkää, että vanhuksen muisti heikkenee	X							X	X
..vanhus ei kuule kunnolla	X	X	X						
..vanhus ei näe kunnolla		X	X	X					
..vanhuksen liikkuminen on huonontunut							X	X	X

TAULUKKO 10. Kotihoidon asiakkaan C, hänen omaisensa ja työntekijän huolen aiheuttajia asiakkaan C turvattomuudesta kokeilun jälkeen. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

Turvattomuuden tunne tulee, koska..	Ei, ei tunnu omalta väitteeltä			Sopii minun väitteeksi joskus			Kyllä, tuntuu tutulta väitteeltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
..pelkää, että vanhus kaatuu			X	X				X	
..pelkää, että vanhus unohtaa ottaa lääkkeitä	X		X		X				
..pelkkää, että vanhus unohtaa sovitut tapaamiset	X		X		X				
..pelkää, että vanhus unohtaa lieden päälle	X		X		X				
..pelkää, että vanhus unohtaa kahvinkeitinmen päälle	X		X						
..pelkää, että vanhus ei osaa takaisin kotiin jos lähtee ulos	X		X						
..vanhus pelkää olla yksin	X		X						
..pelkää, että vanhuksen muisti heikkenee	X		X		X				
..vanhus ei kuule kunnolla	X		X						
..vanhus ei näe kunnolla	X		X						
..vanhuksen liikkuminen on huonontunut	X		X					X	

Asiakas ei ollut vastannut ennen kokeilua siihen mikä aiheuttaa hänelle turvattomuuden tunnetta. Omaiselle turvattomuuden tunnetta vanhuksen yksinasumisesta aiheutti se, että ”vaikka hänellä on turvaranneke, hän ei maista käyttää sitä. Kotihoidon lisäksi hänen luonaan käydään harvoin”. Kotihoidon työntekijälle turvattomuuden tunnetta asiakkaan yksinasumisesta aiheutti se, että ”omaiset asuvat kaukana -> eivät käy kovin usein, hoito kotihoidon varassa”. Kokeilun jälkeen turvattomuuden tunnetta aiheutti asiakkaalle se, että ”joku asiaton tulisi ovesta sisään, jos se on jäänyt auki. Omaiselle turvattomuutta vanhuksesta aiheutti se, että ”hoito ei ole kokopäiväistä ja itse olen kaukana”. Työntekijä ei ollut vastannut kysymykseen kokeilun jälkeen.

Ennen kokeilua asiakkaalta C kysyttiin, millä keinolla hänen turvallisuuden tunteensa lisääntyisi. Asiakas ei osannut vastata. Omaisen turvallisuuden tunne vanhuksesta lisääntyisi, jos ”kotona olisi tunnisteet, jotka hälyttäisivät hänen kaatuessaan” ja työntekijän, jos ”kyseiset laitteet toimivat niin kuin on luvattu ja saisimme tukea siihen työhön jota kotona asiakkaan luona teemme”. Kokeilun jälkeen asiakas ”ei osannut kaivata mitään”. Omaiselle turvallisuuden tunnetta asukkaasta lisäisi kokeilun jälkeen se, että ”olisin lähempänä tai lähellä olisi joku, jonka voisi hälyttää paikalle”. Työntekijä ei ollut vastannut kysymykseen kokeilun jälkeen.

Taulukossa 11 ja 12 on kuvattu kotihoidon asiakkaan C, hänen omaisensa ja kotihoidon työntekijän odotuksia hankkeelle ennen ja jälkeen kokeilun. Asiakas, hänen omaisensa ja työntekijä olivat ennen kokeilua täysin eri ja melko eri mieltä siitä, että kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa. Kokeilun jälkeen omaisen ja työntekijän mielipide oli pysynyt samana mutta asiakas C oli täysin samaa mieltä siitä, että kokeilusta ei ollut annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa. Kaikki kolme olivat ennen ja jälkeen kokeilun melko samaan mieltä siitä, että kaikki laitteet otetaan vastaan, jos vanhus vain saa asua omassa kodissaan.

TAULUKKO 11. Kotihoidon asiakkaan C, hänen omaisensa ja työntekijän odotukset hankkeelta ennen kokeilua. AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

	Täysin eri mieltä			Melko eri mieltä			En osaa sanoa			Melko samaa mieltä			Täysin samaa mieltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa	X		X		X										
En halaisi mitään vieraita ja outoja laitteita vanhuksen asuntoon	X	X	X												
En haluaisi niitä, mutta niiden avulla vanhus pysyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan			X									X			
Jos ne toimivat hyvin, ne otetaan mieluummin käyttöön										X				X	X
Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos vanhus vain saa asua omassa kodissaan										X				X	X

TAULUKKO 12. Mitä kotihoidon asiakas C, hänen omainen ja työntekijän odottivat hankkeelta (kokeilun jälkeen). AS= asukas itse, OM= omainen, TT= työntekijä

	Täysin eri mieltä			Melko eri mieltä			En osaa sanoa			Melko samaa mieltä			Täysin samaa mieltä		
	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT	AS	OM	TT
Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa			X			X									X
En halaisi mitään vieraita ja outoja laitteita vanhuksen asuntoon		X	X							X					
En haluaisi niitä, mutta niiden avulla vanhus pystyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan		X								X		X			
Jos ne toimivat hyvin, ne otetaan mieluummin käyttöön		X								X		X			
Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos vanhus vain saa asua omassa kodissaan										X	X	X			

Kokeilun jälkeen asiakkaalta, hänen omaiseltaan ja kotihoidon työntekijältä kysyttiin halukkuutta pitää asiakkaan C käytössä joitain laitteista. Asiakas ei halunnut pitää käytössään mitään laitteista. Omaisen halusi asiakkaan käytössä olevan liikkumisen tunnistimen olohuoneessa sekä ovitunnistimen. Työntekijä halusi asiakkaan käyttöön lääkekellon.

Ennen kokeilua asiakas C koki saavansa riittävästi kodinhoitopalveluja. Omaisen ja kotihoidon työntekijä olivat samaa mieltä. Kokeilun jälkeen asiakas tilanne oli sama.

Asiakkaalta ja omaiselta kysyttiin kokeilun jälkeen, onko kokeilulla heidän mielestään ollut vaikutusta kotihoidon henkilöstön käyntimääriin. Asiakas ei ollut huomannut mitään eroa entiseen ja omaisen mielestä kotihoidon henkilöstön käynnit olivat vähentyneet. Heiltä kysyttiin myös, onko kokeilulla ollut heidän mielestään vaikutusta kotihoidon henkilöstön ajankäyttöön. Tässä kumpikaan vastaajista ei ollut huomannut mitään eroa entiseen.

10 POHDINTA

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, millaiset ovat Mobiilihoiva -hankkeen asiakasvaikutukset. Asiakasvaikutuksia tarkasteltiin kotihoidon yksin asuvien asiakkaiden, heidän omaistensa ja kotihoidon työntekijöiden vanhuksen yksin asumisen turvallisuuden kokemusten näkökulmasta, vanhuksen kotihoidolta saadun palvelun näkökulmasta sekä kokeilussa mukana olleiden teknisten laitteiden hyödyllisyyden kannalta.

Asiakasvaikutusten arviointi ei tässä tutkimuksessa ole täysin yksiselitteistä ja helppoa. Vertailuryhmän käyttö olisi voinut helpottaa vaikutusten arviointia, mutta kotihoidon aikapulan takia Mobiilihoiva -kokeilussa ei käytetty verrokkiryhmää. Topo (2007, 223–224) toteaa, että ”teknologian käytön hyödyllisyys on kuitenkin riippuvainen asiakkaan itsensä ominaisuuksista, persoonallisuudesta, mieltymyksistä ja motivaatiosta sekä hänen läheistensä näkemyksistä ja toiminnasta sekä hänen tukipalveluidensa toimivuudesta. Tästä monisäikeisestä kokonaisuudesta johtuen esimerkiksi kustannusten ja vaikuttavuuden arviointi on vaikeaa”.

Jo tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmä kappaleessa on todettu, että vaikuttavuuden arvioinnissa yksi suurimmista ongelmista liittyy kiistattoman näytön osoittamiseen. Koskinen-Ollonqvist (2005, 5) toteaa, että esimerkiksi terveyden edistämässä pyrkimyksenä on usein ihmisen käyttäytymisen muuttaminen, johon pyritään esimerkiksi tietoisuutta lisäämällä, asenteisiin vaikuttavalla tai ympäristöä muokkaamalla, jolloin luodaan paremmat mahdollisuudet ihmisille edistää omaa terveyttään. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arvioinnissa, kuten tässäkin tutkimuksessa, pulmallista on koeasetelmien luominen, joissa saadaan rajattua pois kaikki muut ulkoiset ja sisäiset vaikuttimet. Ihmisiä ja heidän käyttäytymistään voidaan havainnoida, mutta muutoksen ehdottoman syyn osoittaminen ja yksilöiminen on hankalaa.

Kysymyksiä herättää myös se, kuinka luotettavasti kyselylomakkeiden tuloksia voidaan arvioida esimerkiksi työntekijöiden kohdalla. Kyselylomakkeista oli havaittavissa, että saman asukkaan kohdalla ennen ja jälkeen tehtyyn kyselyyn oli joissain tapauksissa vastannut eri kotihoidon työntekijät. Tämä vaikuttaa väistämättä tuloksiin, koska jokaisella työntekijällä on kuitenkin oma henkilökohtainen näkemyksensä asiakkaasta sekä hänen toimintakyvystään ja pärjäämisestä yksin omassa kodissaan. Myös kotihoidon asiakasta

oli ennen ja jälkeen kokeilun saattanut haastatella eri henkilö ja myös tällä voi olla vaikutusta tuloksiin.

Vaikka hyvinvointiteknologiaa on kehitetty ja tutkittu kiihtyvällä vauhdilla, ei teknologian asiakasvaikutuksiin liittyvää tutkimusta ole kovin helppo löytää. Erityisesti turvallisuuden tunteen näkökulmasta tutkimusta tuntuu olevan melko vähän. Tutkimuksissa keskitytään enemmän tekniikan käyttöön ja erilaisten järjestelmien ja laitteiden pilotointiin. Myös Sixsmith (2000, 63) toteaa, että tutkittua tietoa teknologian vaikutuksista asiakkaiden jokapäiväiseen elämään on vähän vaikka teknologialla olisi edellytykset auttaa vanhuksia elämään itsenäisesti.

10.1 Tulosten pohdinta

10.1.1 Tärkeimmät tulokset turvallisuuden näkökulmasta

Vahtola (2004, 98.) toteaa tutkimuksessaan, että hyvin suuri osa (83 %) vanhuksista koki elämänsä turvalliseksi jo ennen hyvinvointirannekkeen käyttöönottoa, eikä terveyteen liittyvä turvallisuus juurikaan muuttunut kuuden kuukauden käytön aikana. Samoihin lukuihin päästiin myös tässä tutkimuksessa. Olonsa hyvin turvalliseksi kodissaan tunsivat 84 % asiakkaista ja kokeilun aikana muutosta turvallisuuden tunteessa ei tapahtunut 80 % asiakkaista.

Tämän tutkimuksen mukaan vanhuksille turvattomuuden tunnetta aiheutti ennen ja jälkeen kokeilun kaatumisen pelko. Omaisille huolta vanhuksen turvattomuudesta aiheutti ennen ja jälkeen kokeilun vanhuksen liikkumisen huonontuminen sekä puolelle omaisista pelko vanhuksen kaatumisesta. Myös työntekijät olivat huolissaan asiakkaidensa liikkumisen huonontumisesta ja kaatumisesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös saatu samansuuntaisia tuloksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa turvattomuuden syitä vanhuksilla ovat oma huono kunto, sairaus tai sen pelko, yksinäisyys, kipu ja kärsimys, pelko kaatumisesta ja siitä, että ei saa apua sairauskohtauksen aikana. Aikaisemmissa tutkimuksissa pelkoa ei aiheuttanut esimerkiksi muistin mahdollinen heikkeneminen. (Kivelä 2002, Vahtola 2004, Laatikainen 2009, Sixsmith 2000.) Muistin heikkenemisestä ei oltu kovin huolissaan tässäkään tutkimuksessa. Kaikki huolen aiheet liittyivät sekä kotihoidon asiakkailla että omaisilla ja työntekijöillä vanhuksen liikkumi-

seen ja kaatumisen mahdollisuuteen. Tämä on tärkeä havainto, sillä se auttaa kohdentamaan apuvälineiden käyttöä ja pohtimaan muutenkin vanhusten fyysisen ympäristön tarpeita ja kehittämisen kohteita.

Tässä tutkimuksessa 70 % asukkaista ja 50 % omaisista oli sitä mieltä, että laitteet eivät ole vaikuttaneet heidän turvallisuudentunteeseensa millään tavalla. Myös 80 % työntekijöistä oli sitä mieltä, että laitteet eivät ole muuttaneet heidän huolta asukkaasta millään tavalla. Kuitenkin aikaisemmista tutkimuksista (Törmä ym. 2001, Vahtola 2004, Sixsmith 2000) käy ilmi, että hälytysjärjestelmä lisää asiakkaiden, omaisten ja henkilökunnan kokemaa turvallisuuden tunnetta. Törmä ym. (2001, 52) toteaa, että aluksi tieto lisää tuskaa, koska teknologia tuo esiin kaiken, esimerkiksi levottomuuden ja epävakaisuuden asukkaiden terveydentilassa, ja se vaikuttaa henkilökuntaan huolta lisäävästi. Vähitellen tilanne kuitenkin kääntyy toisinpäin ja henkilökunta uskaltaa esimerkiksi lähteä huonompikuntoisenkin luota tietäen, että laite hälyttää, jos apua tarvitaan. Mobiilihoiva -kokeilun tulosten tarkastelussa onkin huomioitava, että kolme kuukautta on erittäin lyhyt seuranta-aika.

Vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmasta voidaan todeta, että Mobiilihoiva -kokeilussa teknologian käyttö ja olemassaolo eivät lisänneet siihen osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden omaa turvallisuuden tunnetta, eikä heidän omaistensa ja työntekijöiden turvallisuuden tunnetta vanhuksen yksinasumisesta ja pärjäämisestä. Turvallisuutta koskevis- sa kysymyksissä ei tullut esille merkittäviä eroja, kun verrattiin tuloksia ennen ja jälkeen kokeilun. Turvattomuuden tunteen aiheuttajat eivät myöskään muuttuneet kotihoidon asiakkailta, heidän omaisillaan tai kotihoidon henkilökunnalla kokeilun aikana. Yksittäisiä poikkeuksia kuitenkin löytyy kaikista vastaaja ryhmistä.

10.1.2 Tärkeimmät tulokset vanhusten kotihoidolta kokeilun aikana saadusta palvelusta

Suurimman osan kokeiluun osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden ja omaisten mielestä Mobiilihoiva -kokeilulla ei ollut vaikutusta kotihoidon henkilökunnan käyntimääriin tai ajankäyttöön asiakkaan luona. Samansuuntaisiin tuloksiin on päästy myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Sixsmith 2000, Törmä ym. 2001) Tämä tulos ei kuitenkaan välttämättä anna oikeaa tietoa asiasta ja kuvaa enemmänkin asukkaiden ja omaisten tunnetta,

kuin todellista faktaa. On huomioitava, että esimerkiksi omaisten on voinut olla vaikea arvioida kysymystä kotihoidon käynneistä ja ajankäytöstä, koska he harvemmin ovat paikalla vanhuksen kodissa, kun kotihoito käy. Kotihoidon käyntimääriä ja ajankäyttöä on luotettavampi arvioida heidän omista tietojärjestelmistään.

10.1.3 Tärkeimmät tulokset teknisten laitteiden hyödyllisyydestä kokeilussa

Tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista reilusti yli puolet ei osannut, eikä halunnut käyttää tietokonetta tai matkapuhelinta. Myös Törmän ym. (2001, 59) raportin tapausesimerkkien mukaan asukkaat eivät yleensä olleet juurikaan kiinnostuneita teknisistä laitteista ja apuvälineistä. Nämä tulokset osoittavat, että vanhuksilla ei välttämättä ole kovinkaan suurta kiinnostusta ja innostusta ottaa vastaan uusia apuvälineitä ja arkea helpottavaa tekniikkaa.

Tutkimustulokset seurantateknologian käytöstä ja mahdollisesta hyödystä kotona asumisen tukemisessa ovat kovin puutteellisia. Yhteistä näiden tutkimusten tuloksille on ollut se, että asiakkaan oma myötämielisyys teknologian käytölle näyttäisi olevan tärkeää. (Topo 2007, 225) Tämän tutkimuksen tuloksissa huomattavaa on se, että ennen kokeilua 13 kotihoidon asiakasta oli täysin tai melko eri mieltä ja neljä täysin tai melko samaa mieltä siitä, että ei haluaisi mitään outoja ja vieraita laitteita kotiinsa. Kokeilun jälkeen seitsemän asiakasta oli täysin samaa mieltä ja toiset seitsemän melko samaa mieltä sekä yhdeksän täysin tai melko eri mieltä siitä, että ei haluaisi mitään outoja ja vieraita laitteita kotiinsa. Kotihoidon asiakkaat olivat siis ennen kokeilua suhteellisen myötämielisiä ottamaan kotiinsa teknisiä laitteita, mutta kokeilun aikana mielipide muuttui ja monella hyvinkin paljon. Myös työntekijöiden mielipide laitteiden käyttöön otosta muuttui kokeilun aikana. Ennen kokeilua 20 työntekijää oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että kaikki mahdolliset laitteet otetaan vastaan, jos asiakas vain saa asua omassa kodissaan. Kokeilun jälkeen vain kahdeksan oli enää täysin tai melko samaa mieltä.

Huomioitavaa on myös se, että kaikkien laitteiden osalta yli puolet asukkaista oli sitä mieltä, että he eivät halua pitää laitteita jatkossa käytössä. Syitä tähän voidaan vain arvailla. Melkas ym. (2008, 85) toteaa tutkimuksessaan, että apuvälineet tuntuvat antavan ikävän ja sairaan leiman, mutta tuotteen todistettua toimivuutensa ja tarpeellisu-

tensa siitä aletaan pitää. Yleisesti asenne apuvälineisiin oli se, että niitä käytetään vasta todelliseen tarpeeseen, muuten niitä ei haluta. Myös tekniset ongelmat voivat vaikuttaa negatiivisesti mielikuvaan laitteen toimivuudesta ja avunsaannista. Nämä kokemukset voivat aiheuttaa myös turvattomuuden tunteita. (Vahtola 2004, Kivelä 2002, Sixsmith 2000.) Kotihoidon asiakkaiden omaisten mielestä varsinkaan lääkekellosta ei ollut hyötyä, erityisesti koska sen toimivuus oli heikkoa ja epäluotettavaa. Oletettavasti tästä syystä sitä haluttiin myös vähiten pitää käytössä vanhuksella. Apuvälineiden suunnittelulla on siis vielä paljon tehtävää. Haluttavuuden näkökulmasta apuvälinesuunnittelu on aivan tiensä alussa. Osaltaan tähän vaikuttavat taloudelliset perustat, toisaalta myös suunnittelijoiden ja yritysten haluttomuus ratkaista ongelmia. Muutoksia on toki havaittavissa, mutta monella taholla on yhä ennakkoluuloja apuvälineiden suunnitteluun panostamisessa. (Melkas ym. 2008, 83.)

Omaiset olivat kuitenkin eniten positiivisia teknisten laitteiden hyödyntämiselle heidän läheisensä hoidossa. Ennen kokeilua omaisista viisi oli täysin erimieltä siitä, että ei haluaisi mitään outoja ja vieraita laitteita omaisensa kotiin ja kokeilun jälkeen puolet eli neljä. Kokeilun jälkeen puolet omaisista oli melko samaa mieltä siitä, että laitteista on hyötyä vanhukselle.

Asukkaat, omaiset, työntekijät olivat tässä tutkimuksessa kaikki sitä mieltä, että laitteet eivät olleet liikaa näkyvissä, eivät vieneet liikaa tilaa, eivätkä häirinneet kodin sisustusta. Voidaankin havaita, että hyvinvointiteknologian kehityksessä ollaan hyvällä mallilla laitteiden ulkonäköön ja kokoon liittyvissä asioissa. Toimintavarmuudessa näyttäisi olevan vielä kehitystyötä jäljellä.

Tässä tutkimuksessa vaikuttavuuden arvioinnin ohjelmateoria Mobiilihoiva -kokeilun teknisten laitteiden osalta oli se, että laitteista on hyötyä kotihoidon yksin asuvalle asiakkaalle. Ohjelmateoriat perustuivat hankkeen tavoitteisiin, joita olivat laitteiden hyödyllisyyden kannalta esimerkiksi se, että turvallisuuden tunteen lisääntyminen kohentaisi sekä vanhuksen että hänen omaistensa elämän laatua, sähköinen seurantatieto vapauttaisi kotihoidon henkilöstön työaikaan käytettäväksi vanhuksen muuhun huolenpitoon, turvallinen kotihoito antaisi ikäihmisille mahdollisuuden asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Laitteiden hyödyllisyyttä ei kuitenkaan näiden tutkimustulosten valossa voida todeta. Vaikuttavuuden näkökulmasta katsoen Mobiilihoiva -kokeilulla oli

negatiivinen vaikutus kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden haluun ottaa käyttöön hyvinvointiteknologiaa arjen ja terveydenedistämisen tueksi.

Kaiken kaikkiaan tässä tutkimuksessa saadut tulokset hyvinvointiteknologian käytöstä ikääntyneiden hoidossa olivat melko kielteisiä. Tässä tutkimuksessa todettiin aiemmin Välikankaaseen (2006) viitaten, että ikäihmisten asumisen suunnittelussa korostuvat yksilöllisten tarpeiden, elämäntapojen ja yksilöllisen hyvinvoinnin huomioiminen. Myös asumisen suunnittelussa tulisi varmistaa vanhusten tarpeiden riittävä huomioiminen sekä heille tulisi antaa mahdollisuus itse määrittellä ja tuoda tarpeita esiin. Näitä edellä mainittuja seikkoja olisi kenties hyvä noudattaa myös erilaisten, niin teknisten kuin tavallisempienkin, apuvälineiden suunnittelussa. Apuvälineitä suunniteltaessa käyttäjien tulisi olla keskeisiä ja tärkeitä. Käyttäjien keskuudessa luotu ja heidän näkemyksiään huomioiva innovaatio voisi löytää paremmin ja helpommin tiensä kuluttajan avuksi. Keskeistä olisi myös se, että apuvälineiden kehittämisessä tunnistettaisiin ne erityisryhmät, jotka erityisesti hyötyvät tietyistä välineistä tai tekniikasta. Näin apuvälineistä saataisiin kenties paremmin kokonaisvaltainen hyöty irti ja käyttäjä saisi kokemuksen hyödyllisestä laitteesta.

10.2 Jatkotutkimushaasteet

Hyvinvointiteknologia ja sen käyttö ikääntyneiden hoidossa ja kotona asumisen mahdollistajana näyttävät olevan monella taholla kiinnostuksen kohteina. Tutkimusta ja kehitystyötä tehdään paljon ja lähdemateriaalia alkaa olla hyvin saatavilla. Tutkittavaa myös riittää, sillä hyvinvointiteknologian tulo eri käyttäjäryhmille on vasta ihan aluillaan.

Mobiilihoiva -hanketta ajatellen hyvänä jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kotihoidon asiakkaiden ja heidän omaistensa vastausten laajempi yhdistäminen ja tulosten analysointi. Tässä tutkimuksessa yhdistettiin vain kolmen asiakkaan ja omaisen vastaukset, koska mukana oli myös työntekijöiden vastaukset ja tällöin yhdistettäviä vastauksia löytyi vain kolme.

Mielenkiintoista olisi myös selvittää, mitkä ovat ne todelliset syyt, jotka vaikuttavat asenteisiin ja halukkuuteen ottaa tekniikkaa käyttöön. Tässäkin tutkimuksessa havait-

tiin, että kokeilun aikana tapahtui tekniikan käyttöönottoa kohtaan mielenmuutos, positiivisesta negatiiviseen suuntaan. Mitkä ovat ne keinot, jolla ikääntyneiden myönteisyys tekniikkaa kohtaa saadaan säilymään?

Teknologinen kehitys on kaikilla osa-alueilla nopeaa ja tulevat sukupolvet ovat myös entistä taitavampia käyttämään tekniikkaa hyödykseen. Tämän vuoksi tutkimusta ja kehitystä tarvitaan jatkossakin niin hyvinvointiteknologian kuin geronteknologian alueilla. Laitteiden ja ohjelmien on pysyttävä ajanmukaisina ja vastattava käyttäjien tarpeisiin. Tulevaisuus näyttää, miten paljon tekniikasta saadaan apua ihmisten hyvinvoinnin ja asumisen tukemiseen.

LÄHTEET

Dahler-Larsen Peter 2005. Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt Menetelmä-käsikirja. Stakes. FinSoc arviointiraportteja. Helsinki.

Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. ISISEMD WWW-sivut. <http://www.ekso-te.fi/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=536&NakymaID=2>. Päivitystietoja ei saatavilla.

Luettu 1.6.2010.

Hedberg, Merja 2005. Ikääntyneiden turvallisuus ja teknologia. Gerontologia 2, 82-85.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holma, Tupu 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hyppönen, Hannele 2004. Tekniikka kehittyä, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittämisestä teknologiahankkeessa. Stakes, tutkimuksia 134.

Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Kivelä, Eeva Maija 2002. ”Tultaisiin lähelle ihmistä” –Iäkkäiden ihmisten kokemuksia turvattomuudesta ja turvallisuudesta palvelutalossa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologia ja kansanterveys. Pro gradu –tutkielma. PDF-dokumentti. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8389/eevkiv.pdf?sequence=1>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 14.4.2010.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2010. Myönteinen vanhustyö – miten se toteutuu? Mihin menet vanhustenhuolto? luento- ja keskustelutilaisuus Lappeenrannassa 3.5.2010.

Koskinen-Ollonqvist, Pirjo, Peltö-Huikko, Antti & Rouvinen-Wilenius, Päivi (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/05.

Laatikainen, Tanja 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. WWW-julkaisu. <http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf?sequence=1>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 1.6.2010.

Lehtonen, Anja, Sorsa, Pia & Heinonen, Sanna 2007. Turvallisuustyö kotipalveluissa. Selvitys kotona asuvien ikäihmisten turvallisuuden edistämisestä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa. Itä-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveystoimisto. Julkaisuja nro 144. WWW-julkaisu. [http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/37FBC643071E5D48C22573BE002BBC6A/\\$file/Turvallisuustyö_kotipalveluissa_2007_nro144.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/37FBC643071E5D48C22573BE002BBC6A/$file/Turvallisuustyö_kotipalveluissa_2007_nro144.pdf). Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 27.11.2009.

Luukkainen Sirpa 2010. Tiedoksianto 7.5.2010. Mobiilihoiva –hankkeen projektipäällikkö. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Melkas, Helinä, Pekkola, Sanna, Enojärvi, Sirkku & Makkula, Sami 2008. Vanhusten hyvä kotona asuminen: tutkimusta kuntatuottavuudesta, älykodeista ja apuvälinepalveluprosesseista. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö. LIITU - Liiketoiminnan tutkimusyksikkö. Tutkimusraportti 17. PDF-dokumentti. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38277/isbn9789522145871.pdf?sequence=1> Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 14.4.2010.

MOBIILIHAIVA –hankeinfo 2009. Moniste. Mikkelin ammattikorkeakouluyhtymä.

Mobiilihoiva turvallisen kotihoidon tukena 2008. Projektisuunnitelma. Mikkelin ammattikorkeakouluyhtymä.

Mäki, Outi, Topo, Päivi, Rauhala, Marjo & Jylhä, Marja 2000. Teknologia dementia-hoidossa. Eettinen näkökulma päätöksentekoon. Helsinki: Stakes, oppaita 37.

Niskanen, Vesa 2009. Kvantitatiivisen tutkimuksen vaiheet. Aineiston hankinta. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. WWW-dokumentti. <http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotu/ainker.htm>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 27.11.2009.

Ojala, Simo 2010. Puhelinkeskustelu ja sähköpostiviesti 21.5.2010. Mobiilihoiva-projektin projektiasiantuntija. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Paavilainen, Paula 2007. Ikääntyneet ja teknologia: katsaus Suomessa julkaistuun tutkimuskirjallisuuteen 1994-2005. Teoksessa Nygård, Clas-Håkan, Eskola, Hannu, Hyttinen, Jari & Savinainen, Minna (toim.) 2007. Näkökulmia hyvinvointiteknologiaan. Tampere: Tampere University Press.

Rautava, Päivi, Salanterä, Sanna, Helenius, Hans & Tofferi, Heile 2009. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Varsinais-Suomen siraanhoitopiiri. Turun yliopisto. PDF-dokumentti. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 1.6.2010.

Ronkainen, Raili, Ahonen, Sari, Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena 2002. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, Päivi, Vaarama, Marja, Backman, Kaisa, Paasivaara, Leena, Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes.

Rytty, Tuomas, Tuomi, Juha & Wickström, Barbro 2007. Hyvinvointiteknologia ikääntyvien tueksi. Aktuumi 3, 6-10. WWW-dokumentti. <http://www.oulu.fi/aktuumi/numerot/aktuumi307.pdf>. Päivitetty 5.11.2007. Luettu 2.11.2009.

Silvennoinen-Nuora, Leena 2005. Vaikuttavuuden arviointi. Esimerkkinä hoitoketjut. Tampereen yliopisto. Johtamistieteen laitos. PDF dokumentti. <https://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/silvennoinen.pdf>. Päivitetty 13.10.2005. Luettu 1.6.2010.

Sixsmith, A J 2009. An Evaluation of an Intelligent Home Monitoring System. Journal of Telemedicine and Telecare 6, 63-72.

Suhonen, Liisa & Siikanen, Tiina (toim.) 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Tampere.

PDF-dokumentti. http://www.lamk.fi/material/hyvinvointiteknologia_sosiaali_ja_terveysalalla_hyoty_vai_haitta.pdf. Päivitetty 3.10.2007. Luettu 4.11.2009.

Tekes 2005. Innovaatioista hyvinvointia. Painopisteet tulevaisuuden rakentamiseksi. Helsinki. PDF-dokumentti. http://www.ek.fi/ek_suomeksi/tulevaisuusluotain/dokumentit/linkki_pdf/sisaltolinjaukset2005.pdf. Päivitetty 9.6.2005. Luettu 7.4.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Hyvinvointipalvelujen vaikuttavuus. WWW-sivut. <http://www.stakes.fi/FI/Stakes/horisontaali/hyvinvointipalvelut/vaikuttavuus/index.htm>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 1.6.2010.

Topo, Päivi 2007. Dementia, teknologia ja etiikka. Gerontologia 3, 221-230.

Törmä, Sinikka, Nieminen, Jarmo & Hietikko, Merja 2001. Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevan teknologian arviointi käyttäjänäkökulmasta. Turvahälytysjärjestelmät. Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2001. Sosiaalikehitys Oy. PDF-dokumentti. [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip?\\${APPL}=erekj&\\${BASE}=erekj&\\${THWIDS}=0.29/125_7848849_523378&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip?${APPL}=erekj&${BASE}=erekj&${THWIDS}=0.29/125_7848849_523378&${TRIPPIFE}=PDF.pdf). Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 5.11.2009.

Vahtola, Maria 2004. Hyvinvointiranneke. Kotona asuvien vanhusten ja heidän omaistensa näkökulma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Vanhustyön keskusliitto 2010. Käyttäjälle kätevä teknologia KÄKÄTE. Liiton WWW-sivut. <http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/kakate-projekti/>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 1.6.2010.

Vehkaperä, Meri 2007. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. Esityskalvot. WWW-julkaisu. http://209.85.129.132/search?q=cache:2kiGNkLIuFQJ:www.jyu.fi/economics/ecampus/documents/vehkapera_laadullinen_021003.ppt+laadullinen+tutkimus&cd=3&hl=fi&ct=clnk&gl=fi. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 27.11.2009.

Voutilainen, Päivi, Vaarama, Marja & Peipponen, Arja 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, Päivi, Vaarama, Marja, Backman, Kaisa, Paasivaara, Leena, Elonie-mi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes.

Välikangas, Katariina 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Suomen ympäristö 21. Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki: Edita Prima Oy.

What is gerontechnology? 2009. Herman Bouma Fund for Gerontechnology Foundation. WWW-dokumentti. <http://www.gerontechnology.nl/english.htm>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 27.11.2009.

MOBIILIHUOIVA-KOKEILUN NE TULOKSET TAULUKOISSA PROSENTTEINA, JOTKA KYSYTTIIN SEKÄ ENNEN ETTÄ JÄLKEEN KOKEILUN

YKSIN ASUVIEN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN VASTAUKSET

N=30 n=26 (näistä poikkeava vastaajamäärä on merkitty kysymyksen yhteyteen)

Kuinka tyytyväinen olette arjen sujumiseen kodissanne?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Hyvin tyytymätön	0	0
Melko tyytymätön	3,8	3,8
En osaa sanoa	3,8	3,8
Melko tyytyväinen	34,6	42,3
Hyvin tyytyväinen	57,7	50

Tunnetteko pärjääväanne kotonanne?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Ei	11,5	3,8
Kyllä	88,5	96,2

Koetteko itsenne yksinäiseksi?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Usein	3,8	19,2
Joskus	38,5	26,9
En lainkaan	57,7	53,8

Käykö teidän aikanne pitkäksi?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Usein	7,7	7,7
Joskus	34,6	23,1
Ei lainkaan	57,7	69,2

LIITE 1 (2). Tuloksia

Kuinka turvalliseksi tunnette olonne kodissanne?

	ENNEN KOKEILUA % n=25	KOKEILUN JÄLKEEN % n=25
Hyvin turvattomaksi	4,0	0
Välillä turvattomaksi, välillä turvalliseksi	12,0	16,0
Hyvin turvalliseksi	84,0	84,0

Turvattomuuden tunne tulee, koska..

..pelkään, että kaadun

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=24)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	50,0	45,8
Sopii minun väitteeksi joskus	23,1	20,8
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	26,9	33,3

..pelkään että unohdan ottaa lääkkeet

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	84,6	81,8
Sopii minun väitteeksi joskus	11,5	13,6
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	3,8	4,5

LIITE 1 (3). Tuloksia

..pelkään, että unohdan sovitut tapaamiset

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	73,1	72,7
Sopii minun väitteeksi joskus	19,2	22,7
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	7,7	4,5

..pelkään, että unohdan lieden päälle

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	73,1	86,4
Sopii minun väitteeksi joskus	7,7	4,5
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	19,2	9,1

..pelkään, että unohdan kahvinkeitTIMEN päälle

	ENNEN KOKEILUA % (n=25)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	69,2	77,3
Sopii minun väitteeksi joskus	7,7	4,5
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	19,2	18,2

LIITE 1 (4). Tuloksia

..pelkään, että en osaa takaisin kotiin, jos lähden ulos

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	96,2	95,5
Sopii minun väitteeksi joskus	0,0	4,5
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	3,8	0,0

..pelkään olla yksin

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=23)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	80,8	82,6
Sopii minun väitteeksi joskus	11,5	13,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	7,7	4,3

..pelkään, että muistini heikkenee

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,7	54,5
Sopii minun väitteeksi joskus	15,4	27,3
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	26,9	18,2

LIITE 1 (5). Tuloksia

..en kuule kunnolla

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=23)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	69,2	65,2
Sopii minun väitteeksi joskus	11,5	30,4
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	19,2	4,3

..en näe kunnolla

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=22)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,7	54,5
Sopii minun väitteeksi joskus	26,9	27,3
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	15,4	18,2

..liikkumiseni on huonontunut

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=23)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	53,8	39,1
Sopii minun väitteeksi joskus	19,2	43,5
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	26,9	17,4

LIITE 1 (6). Tuloksia

Mitä odotatte/odotitte tältä hankkeelta?

Otan kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos vain saan asua omassa kodissani

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	0,0	23,1
Melko eri mieltä	3,8	19,2
En osaa sanoa	38,5	15,4
Melko samaa mieltä	23,1	30,8
Täysin samaa mieltä	34,6	11,5

Jos ne toimivat hyvin, otan ne mieluusti käyttöön

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	0,0	26,9
Melko eri mieltä	3,8	11,5
En osaa sanoa	30,8	19,2
Melko samaa mieltä	30,8	30,8
Täysin samaa mieltä	34,6	11,5

En haluaisi niitä, mutta niiden avulla pystyn ehkä asumaan pidempään omassa kodissani

	ENNEN KOKEILUA % (n=25)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=25)
Täysin eri mieltä	15,4	12,0
Melko eri mieltä	7,7	20,0
En osaa sanoa	30,8	28,0
Melko samaa mieltä	30,8	40,0
Täysin samaa mieltä	11,5	0,0

LIITE 1 (7). Tuloksia

En haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita omaan asuntooni

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=25)
Täysin eri mieltä	38,5	12,0
Melko eri mieltä	11,5	24,0
En osaa sanoa	34,6	8,0
Melko samaa mieltä	11,5	28,0
Täysin samaa mieltä	3,8	28,0

Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa

	ENNEN KOKEILUA % (n=25)	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	26,9	7,7
Melko eri mieltä	3,8	19,2
En osaa sanoa	7,7	15,4
Melko samaa mieltä	26,9	23,1
Täysin samaa mieltä	30,8	34,6

Saatteko riittävästi kodinhoitopalveluja?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
En saa	3,8	3,8
En osaa sanoa	3,8	3,8
Kyllä saan	92,3	92,3

YKSIN ASUVIEN ASIAKKAIDEN OMAISTEN VASTAUKSET

N=17/11 n=8 (näistä poikkeava vastaajamäärä on merkitty kysymyksen yhteyteen)

Kuinka tyytyväinen olette yksin asuvan omaisenne arjen sujumiseen hänen omassa kodissaan?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Hyvin tyytymätön	0	0
Melko tyytymätön	0	28,6
En osaa sanoa	12,5	57,1
Melko tyytyväinen	87,5	14,3
Hyvin tyytyväinen	0	0

Tunnetteko että omaisenne pärjää kotonaan?

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Ei	28,6	14,3
Kyllä	71,4	85,7

Kuinka turvalliseksi koette omaisenne yksinasumisen?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Hyvin turvattomaksi	12,5	12,5
Välillä turvattomaksi, välillä turvalliseksi	75,0	87,5
Hyvin turvalliseksi	12,5	0

LIITE 1 (9). Tuloksia

Turvattomuuden tunne tulee, koska..

..pelkään, että hän kaatuu

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	12,5	0,0
Sopii minun väitteeksi joskus	37,5	25,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	50,0	75,0

..pelkään että hän unohtaa ottaa lääkkeet

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=6)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	42,9	50,0
Sopii minun väitteeksi joskus	42,9	33,3
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	14,3	16,7

..pelkään, että hän unohtaa sovitut tapaamiset

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	28,6	14,3
Sopii minun väitteeksi joskus	28,6	14,3
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	42,9	71,4

LIITE 1 (10). Tuloksia

..pelkään, että hän unohtaa lieden päälle

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN %
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	28,6	12,5
Sopii minun väitteeksi joskus	28,6	37,5
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	42,9	50,0

..pelkään, että hän unohtaa kahvinkeitTIMEN päälle

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,1	20,0
Sopii minun väitteeksi joskus	14,3	60,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	28,6	20,0

..pelkään, että jos hän menee ulos niin hän ei löydä kotiin

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=6)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,1	33,3
Sopii minun väitteeksi joskus	42,9	50,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	0,0	16,7

LIITE 1 (11). Tuloksia

..hän pelkää olla yksin

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=6)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,1	16,7
Sopii minun väitteeksi joskus	42,9	66,7
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	0,0	16,7

..pelkään, että hänen muisti heikkenee

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN %
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	0,0	0,0
Sopii minun väitteeksi joskus	14,3	37,5
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	85,7	62,5

..hän ei kuule kunnolla

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	50,0	14,3
Sopii minun väitteeksi joskus	12,5	42,9
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	37,5	42,9

LIITE 1 (12). Tuloksia

..hän ei näe kunnolla

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,1	28,6
Sopii minun väitteeksi joskus	14,3	28,6
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	28,6	42,9

..hänen liikkuminen on huonontunut

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	0,0	0,0
Sopii minun väitteeksi joskus	0,0	0,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	100,0	100,0

Mitä odotatte/odotitte tältä hankkeelta?

Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, jos omaiseni vain saan asua omassa kodissaan

	ENNEN KOKEILUA % (n=7)	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	0,0	37,5
Melko eri mieltä	14,3	0,0
En osaa sanoa	28,6	25,0
Melko samaa mieltä	42,9	37,5
Täysin samaa mieltä	14,3	0,0

LIITE 1 (13). Tuloksia

Jos ne toimivat hyvin otamme ne mieluusti käyttöön

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Täysin eri mieltä	0,0	28,6
Melko eri mieltä	12,5	14,3
En osaa sanoa	25,0	14,3
Melko samaa mieltä	37,5	28,6
Täysin samaa mieltä	25,0	14,3

En haluaisi niitä, mutta niiden avulla omaiseni pystyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	37,5	25,0
Melko eri mieltä	12,5	12,5
En osaa sanoa	0,0	37,5
Melko samaa mieltä	12,5	12,5
Täysin samaa mieltä	37,5	12,5

En haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita omaiseni asuntoon

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	62,5	50,0
Melko eri mieltä	12,5	25,0
En osaa sanoa	12,5	25,0
Melko samaa mieltä	12,5	0,0
Täysin samaa mieltä	0,0	0,0

Tästä kokeilusta ei ole annettu riittävästi ymmärrettävää tietoa

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	37,5	12,5
Melko eri mieltä	25,0	37,5
En osaa sanoa	0,0	0,0
Melko samaa mieltä	12,5	25,0
Täysin samaa mieltä	25,0	25,0

LIITE 1 (14). Tuloksia

Saako omaisenne mielestänne riittävästi kodinhoitopalveluja?

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=7)
Ei saa	25,0	28,6
En osaa sanoa	25,0	0
Kyllä saa	50,0	71,4

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN VASTAUKSET

N=28 n=21 (näistä poikkeava vastaajamäärä on merkitty kysymyksen yhteyteen)

Kuinka tyytyväinen olette tämän kodin asukkaan arjen sujumiseen hänen omassa kodissaan?

	ENNEN KOKEILUA % (n=18)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=19)
Hyvin tyytymätön	0	5,3
Melko tyytymätön	16,7	26,3
En osaa sanoa	0	15,8
Melko tyytyväinen	50,0	42,1
Hyvin tyytyväinen	33,3	10,5

Koetteko että tämän kodin asukas pärjää kotonaan?

	ENNEN KOKEILUA % (n=17)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei	17,6	15,0
Kyllä	82,4	85,0

LIITE 1 (15). Tuloksia

Kuinka turvalliseksi koette tämän kodin asukkaan yksinasumisen?

	ENNEN KOKEILUA % (n=19)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Hyvin turvattomaksi	26,3	10,0
Välillä turvattomaksi, välillä turvalliseksi	47,4	55,0
Hyvin turvalliseksi	26,3	35,0

Turvattomuuden tunne tulee, koska..

..pelkään, että hän kaatuu

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	14,3	15,0
Sopii minun väitteeksi joskus	42,9	45,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	42,9	40,0

..pelkään että hän unohtaa ottaa lääkkeet

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	47,6	85,0
Sopii minun väitteeksi joskus	23,8	15,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	28,6	0,0

LIITE 1 (16). Tuloksia

..pelkään, että hän unohtaa sovitut tapaamiset

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	52,4	85,0
Sopii minun väitteeksi joskus	38,1	15,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	9,5	0,0

..pelkään, että hän unohtaa lieden päälle

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	52,4	70,0
Sopii minun väitteeksi joskus	28,6	15,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	19,0	15,0

..pelkään, että hän unohtaa kahvinkeitTIMEN päälle

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	57,1	55,0
Sopii minun väitteeksi joskus	14,3	30,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	28,6	15,0

LIITE 1 (17). Tuloksia

..pelkään, että jos hän menee ulos niin hän ei löydä kotiin

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	61,9	75,0
Sopii minun väitteeksi joskus	23,8	10,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	14,3	15,0

..hän pelkää olla yksin

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	66,7	75,0
Sopii minun väitteeksi joskus	33,3	25,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	0,0	0,0

..pelkään, että hänen muisti heikkenee

	ENNEN KOKEILUA % (n=19)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	26,3	50,0
Sopii minun väitteeksi joskus	36,8	25,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	36,8	25,0

LIITE 1 (18). Tuloksia

..hän ei kuule kunnolla

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	66,7	80,0
Sopii minun väitteeksi joskus	23,8	10,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	9,5	10,0

..hän ei näe kunnolla

	ENNEN KOKEILUA % (n=20)	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=20)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	70,0	80,0
Sopii minun väitteeksi joskus	15,0	5,0
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	15,0	15,0

..hänen liikkuminen on huonontunut

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN % (n=19)
Ei, ei tunnu omalta väitteeltä	38,1	36,8
Sopii minun väitteeksi joskus	19,0	21,1
Kyllä, tuntuu hyvin tutulta väitteeltä	42,9	42,1

LIITE 1 (19). Tuloksia

Mitä odotatte/odotitte tältä hankkeelta?

Otamme kaikki mahdolliset laitteet vastaan, (ennen) jos sen avulla ikääntyneet pystyvät asumaan pitempään omissa kodeissaan / (jälkeen)jos hän vain saa asua omassa kodissaan

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	0,0	9,5
Melko eri mieltä	0,0	9,5
En osaa sanoa	4,8	42,9
Melko samaa mieltä	47,6	19,0
Täysin samaa mieltä	47,6	19,0

Jos ne toimivat hyvin otamme ne mieluusti käyttöön

	ENNEN KOKEILUA % (n=20)	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	0,0	9,5
Melko eri mieltä	0,0	4,8
En osaa sanoa	10,0	42,9
Melko samaa mieltä	35,0	19,0
Täysin samaa mieltä	55,0	23,8

En haluaisi niitä, mutta niiden avulla tämän kodin asukas pystyy ehkä asumaan pidempään omassa kodissaan

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	9,5	14,3
Melko eri mieltä	9,5	9,5
En osaa sanoa	14,3	28,6
Melko samaa mieltä	38,1	28,6
Täysin samaa mieltä	28,6	19,0

LIITE 1 (20). Tuloksia

En haluaisi mitään vieraita ja outoja laitteita (ennen) ikääntyneiden asuntoihin / (jälkeen)tämän asukkaan kotiin

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	33,3	38,1
Melko eri mieltä	28,6	23,8
En osaa sanoa	19,0	9,5
Melko samaa mieltä	14,3	9,5
Täysin samaa mieltä	4,8	19,0

Tästä kokeilusta ei ole annettu minulle työntekijänä riittävästi ymmärrettävää tietoa

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	33,3	14,3
Melko eri mieltä	42,9	23,8
En osaa sanoa	0,0	14,3
Melko samaa mieltä	19,0	47,6
Täysin samaa mieltä	4,8	0,0

Tästä kokeilusta ei ole annettu asukkaalle riittävästi ymmärrettävää tietoa

	ENNEN KOKEILUA %	KOKEILUN JÄLKEEN %
Täysin eri mieltä	28,6	23,8
Melko eri mieltä	19,0	4,8
En osaa sanoa	23,8	4,8
Melko samaa mieltä	14,3	38,1
Täysin samaa mieltä	14,3	28,6

Saako tämän kodin asukas mielestänne riittävästi kodinhoitopalveluja?

	ENNEN KOKEILUA % (n=18)	KOKEILUN JÄLKEEN %
Ei saa	11,1	4,8
En osaa sanoa	5,6	9,5
Kyllä saa	83,3	85,7

Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky.
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna
puhelin 015 527 2000

Tutkimuslupa-anomus

Tutkimusluvun hakija:

Tutkimuksen nimi:

Tutkimusongelmat:

Tutkimuksen kohde:

Aineiston kokoamistapa:

Opinnäytteen ohjaaja:

Puollan/en puolla

Anomus käsitelty _____/_____ 20_____

_____ lupa myönnetty

_____ lupa myönnetty seuraavin muutoksin

_____ lupa evätty, perustelut

Arja Sistonen
hallintoylihoitaja

Anomus jätetään kahtena kappaleena