



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Merja Tikkakoski

**TURVALLISUUSAJATTELUN  
KARTOITTAMINEN JA  
IMPLEMENTOINNIN KEHITTÄMINEN  
IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOIDOSSA**

Tarkastelussa Vaasan kaupungin kotihoidon työntekijöiden

turvallisuusosaaminen

Ylempi AMK-tutkinto  
Sosiaali- ja terveysala  
2015

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Merja Tikkakoski
Opinnäytetyön nimi	Turvallisuusajattelun kartoittaminen ja implementoinnin kehittäminen ikääntyneiden kotihoidossa. Tarkastelussa Vaasan kaupungin kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaaminen
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	133 + 8 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

---

Ikääntyneiden toimintakyky on usein heikentynyt, minkä vuoksi on tärkeää, että heidän hoidostaan ja huolenpidostaan vastaavat kiinnittävät entistä enemmän huomiota turvallisuuteen liittyviin asioihin. Kotihoidon henkilökunnalla tulee olla valmiuksia havaita asuntojen turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita, jotta iäkkään on turvallista asua omassa kodissaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Vaasan kaupungin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia asiakkaiden kotien turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista. Opinnäytetyössä tarkasteltiin myös esimiesten tapaa tiedottaa turvallisuusasioista sekä selvitettiin miten oppilaitokset ja organisaatiot voisivat kehittää turvallisuusasioiden kouluttamista. Opinnäytetyö liittyy Vamkin, Novian ja SPEK:n Hemma Bäst – Kotona Paras – hankkeeseen.

Opinnäytetyö on sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Tieteenfilosofisena lähestymistapana on käytetty sekä positivismia että fenomenologiaa. Tutkimuksen aineisto kerättiin Vaasan kaupungin kotihoidon henkilökunnalta turvallisuuskoulutuksen yhteydessä keväällä 2014. Vastaajia oli yhteensä 115, mikä oli silloisesta kotihoidon henkilökunnasta noin 41 %. Vastauksen analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla ja sisällönanalyysillä.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten yhteenvedona voidaan todeta, että kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaaminen ja sen kehittäminen rakentuu kuudesta eri osa-alueesta. Näitä ovat sisäisen ja ulkoisen viestinnän kehittäminen, turvallisuusajattelun omaksuminen, esimiesosaamisen kehittäminen, työntekijöiden osaamisen vahvistaminen, moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen sekä toimintakykyä ylläpitävän työotteen käyttö asiakastyössä.

---

Avainsanat	kotona asuvat vanhukset, kotihoito, turvallisuus, hoitotyön johtaminen, implementointi, hoitotyön kehittäminen
------------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

## ABSTRACT

Author	Merja Tikkakoski
Title	The Current Safety Culture and Developing Implementation in Home Care for Elderly. Safety Culture Competence of the Employees of Home Care in the City of Vaasa
Year	2015
Language	Finnish
Pages	133 + 8 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

---

The elderly peoples' ability to function is often weakened, which is why it is important to pay attention to their care and safety issues. Home care staff must have the capacity to identify the risk factors related to housing safety and security deficiencies so that the elderly people can safely live in their own homes. The purpose of this thesis was to describe the experiences of the employees in the home care in the city of Vaasa related to the safety risks and deficiencies in the clients' home. Also the superiors' way of communicating about safety issues was looked as well as how different schools and organizations could develop safety education. This thesis is a part of a Hemma Bäst – Kotona Paras project between VAMK, Novia and SPEK (The Finnish National Rescue Association).

The thesis is both qualitative and quantitative. The philosophical approach has been positivism as well as phenomenology. The research data was collected among the employees of home care in the city of Vaasa during a staff safety training day in spring 2014. The respondents were a total of 115 which was about 41 % of the home care staff at that time. The responses were analyzed using the SPSS statistical software and content analysis.

According to the results, the home care employees' safety competence and developing it consists of six different areas. These include the development of internal and external communication, adoption of security culture, development of leadership competence, development of the employee competence, the utilization of the multi-professional cooperation and using an approach at work that maintains the clients' ability to function.

---

Keywords	Home-dwelling elderly, homecare, safety, nursing management, implementing, development of nursing care
----------	--

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	9
2 TYÖN TAUSTA, TAVOITTEET JA KOHDERYHMÄ.....	12
3 TURVALLISUUSAJATTELU JA IKÄIHMISTEN HYVINVOINTI KOTIHOIDOSSA.....	15
3.1 Kotihoito.....	15
3.2 Kodin turvallisuus ja tapaturmat.....	19
3.3. Toimintakyky .....	22
3.3.1 Toimintakyvyn ylläpitäminen ja seuranta.....	24
3.3.2 Sairauksien vaikutukset kotona selviytymiseen.....	28
3.3.3 Geriatrinen preventio .....	29
3.4 Eettiset periaatteet ikäihmisten palveluissa .....	33
3.5 Palvelutarpeen arviointi ja terveydenedistäminen.....	36
3.5.1 Voimavaralähtöisyys ja vuorovaikutus asiakastyössä .....	38
3.5.2 Vaasan kaupungin palvelut kotona asumisen tueksi.....	40
4 ESIMIESTAIDOT JA JOHTAMISOSAAMINEN .....	43
4.1 Esimiehen osaamisvaatimuksista .....	43
4.1.1 Implementointi .....	45
4.1.2 Näyttöön perustuva toiminta.....	47
4.2 Vuorovaikutus ja viestintä.....	48
4.2.1 Moniammatillisuus ja oppiva organisaatio .....	51
4.2.2 Ammattitaidon ja työn kehittäminen .....	52
4.3 Työhyvinvointi ja työturvallisuus.....	54
5 AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET JA HANKKEET.....	58
6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTTAMINEN .....	68
6.1 Tutkimusote.....	68
6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja toteutus .....	69
6.3 Tutkimusaineiston keruu .....	69
6.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	71

6.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	76
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	80
7.1 Taustatiedot .....	80
7.2 Kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden riskitekijät .....	84
7.3 Kotihoidon asiakkaiden turvallisuusriskeistä tiedottaminen .....	88
7.4 Työntekijöiden valmiudet asiakkaan turvallisuuden tukemiseen.....	92
7.5 Opinnoista ja työpaikalta saadut valmiudet kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden huomioimiseen.....	99
7.6 Työpaikan viestintä turvallisuusasioista.....	104
7.7. Turvallisuuskoulutukseen osallistuminen.....	108
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	111
8.1 Tulosten tarkastelu.....	111
8.2 Pohdinta ja ehdotuksia jatkotutkimukseen .....	118
LÄHTEET.....	123
LIITTEET	

## KUVIOLUETTELO

<b>Kuvio 1.</b>	Demingin laatuympyrä. (Laaksonen ym. 2012, 49.)	s. 47
<b>Kuvio 2.</b>	Kotihoidon työntekijöiden työsuhteen luonne, % (n=113)	s. 82
<b>Kuvio 3.</b>	Kotikäyntien määrä viikon aikana ammattiryhmittäin, keskiarvo.	s. 83
<b>Kuvio 4.</b>	Eri tahoille ilmoitetut kotihoidon asiakkaan luona havaitut turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet. (n=mainintojen lukumäärä)	s. 88
<b>Kuvio 5.</b>	Kotihoidon työntekijöiden kokemat hyvät valmiudet asiakkaan psyykkisen turvallisuuden tukemiseen %, (n=113)	s. 92
<b>Kuvio 6.</b>	Asiakkaan psyykkisen turvallisuuden huomiointi.	s. 94
<b>Kuvio 7.</b>	Hyvät valmiudet asiakkaan fyysisen turvallisuuden tukemiseen, % (n=112)	s. 96
<b>Kuvio 8.</b>	Fyysisen turvallisuuden huomiointi.	s. 98
<b>Kuvio 9.</b>	Olen saanut opinnoissa riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, % (n=114)	s. 99
<b>Kuvio 10.</b>	Olen saanut työpaikaltani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, % (n=112)	s. 102
<b>Kuvio 11.</b>	Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni, % (n=110)	s. 105
<b>Kuvio 12.</b>	Kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaamisen muodostuminen	s. 117
<b>Kuvio 13.</b>	Hyvän implementoinnin malli (Mukaellen Nevalainen & Harra 2007)	s. 118

## TAULUKKOLUETTELO

<b>Taulukko 1.</b>	Vastaajien sukupuolijakauma ammattiryhmittäin, % (n)	s. 80
<b>Taulukko 2.</b>	Vastaajien ikäjakauma ammattiryhmittäin, % (n)	s. 81
<b>Taulukko 3.</b>	Vastaajien työskentelemä aika kotihoidossa ammattikunnittain, ka (n)	s. 82
<b>Taulukko 4.</b>	Turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet kotihoidon asiakkailla. (mainintojen määrä)	s. 84
<b>Taulukko 5.</b>	Halu tai toivomus turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden kartoittamiseen kotihoidossa, ammattiryhmien ilmoittamat kyllä- vastausten %-osuudet/taho, % (n)	s. 85
<b>Taulukko 6.</b>	Turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden kartoittaminen kotihoidossa, ikäryhmien ilmoittamat kyllä-vastausten %- osuudet/taho, % (n)	s. 86
<b>Taulukko 7.</b>	Eri tahoille ilmoitetut kotihoidon asiakkaan luona havaitut turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet ammattiryhmittäin, % (n)	s. 89
<b>Taulukko 8.</b>	Eri tahoille ilmoitetut kotihoidon asiakkaan luona havaitut turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet ikäryhmittäin, % (n)	s. 90
<b>Taulukko 9.</b>	Vakituisten ja määräaikaisten työntekijöiden tietämys pelastuslakiin kirjatuista velvoitteista, % (n)	s. 91
<b>Taulukko 10.</b>	Tietämys pelastuslakiin kirjatuista velvoitteista ikäryhmittäin, % (n)	s. 91
<b>Taulukko 11.</b>	Tietämys pelastuslain velvoitteista, ammattiryhmittäin % (n)	s. 91
<b>Taulukko 12.</b>	Kotihoidon työntekijöiden kokemat hyvät valmiudet tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta, ammattiryhmittäin % (n)	s. 93
<b>Taulukko 13.</b>	Kotihoidon työntekijöiden hyvät valmiudet tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta, ikäryhmittäin % (n)	s. 93
<b>Taulukko 14.</b>	Kotihoidon työntekijöiden hyvät valmiudet tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta, ammattiryhmittäin % (n)	s. 96
<b>Taulukko 15.</b>	Kotihoidon työntekijöiden hyvät valmiudet tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta, ikäryhmittäin % (n)	s. 97

- Taulukko 16.** Olen saanut opinnoissa riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, vastausten jakautuminen ammattiryhmittäin, % (n) s. 100
- Taulukko 17.** Olen saanut opinnoista riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, ikäryhmittäin % (n) s. 101
- Taulukko 18.** Olen saanut työpaikaltani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, vastaukset ammattiryhmittäin % (n) s. 102
- Taulukko 19.** Olen saanut työpaikaltani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, ikäryhmittäin % (n) s. 103
- Taulukko 20.** Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni, ammattiryhmittäin % (n) s. 105
- Taulukko 21.** Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni, vastaukset ikäryhmittäin % (n) s. 106
- Taulukko 22.** Aikaisemmin turvallisuuskoulutukseen osallistuminen, ammattiryhmät, % (n) s. 108
- Taulukko 23.** Turvallisuuskoulutukseen osallistuminen ikäryhmittäin, % (n) s. 109



## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Saatekirje

**LIITE 2.** Suomen- ja ruotsikielinen kyselylomake

**LIITE 3.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon työntekijöiden ilmoituksiin turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista reagoitiin?

**LIITE 4.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon työntekijät huomioivat asiakkaan psyykkistä turvallisuutta?

**LIITE 5.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon työntekijät huomioivat asiakkaan fyysistä turvallisuutta?

**LIITE 6.** Sisällönanalyysi. Miten oppilaitokset ja organisaatiot voivat kehittää turvallisuusasioiden kouluttamista ja tiedon lisäämistä sosiaali- ja terveysalalla?

**LIITE 7.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon esimiehen tiedottaa turvallisuusasioista?

**LIITE 8.** Sisällönanalyysi. Miten turvallisuusluento muutti kotihoidon työntekijöiden käsitystä turvallisuusasioiden huomioimisessa?

## 1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa ikääntyneitä kansalaisia asuu omissa kodeissaan entistä enemmän kuin aikaisempina vuosina. Kotiin suunnattuja palveluita sekä kotihoidon asiakkaiden parissa työskentelevältä henkilökunnalta vaaditaan yhä enemmän monipuolista osaamista. Jotta kotona asuminen olisi mahdollisimman turvallista, pyritään kotihoidon henkilökuntaa kouluttamaan. Laitoshoitoa ollaan vähentämässä, mutta muutos on Suomessa ollut vielä maltillista muihin Euroopan maihin verrattuna. (STM 2013a.) Vuoden 2013 lopussa 65 vuotta täyttäneitä oli 19,4 % väestöstä. Ennusteen mukaan vuonna 2020 on 65 vuotta täyttäneiden osuus 22,6 % ja siitä kymmenen vuotta eteenpäin 25,6 %. (THL 2014, 21.) Pohjanmaan alueella yli 75 vuotta täyttäneitä oli vuoden 2013 lopussa 17 484 asukasta. Kaikkien asukkaiden määrästä tämä on 9,7 %. Vuonna 2020 vastaavien lukemien ennustetaan olevan 20 058 asukasta ja 10,7 %. (THL 2014, 81.)

Suomessa vuonna 2013 ikääntyneiden laitos- ja palveluasumisessa oli 10,7 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Samassa ikäluokassa säännöllistä kotihoitoa sai 11,9 prosenttia kansalaisista. Säännöllistä kotihoitoa sai yli 65 vuotta täyttäneistä 65 300 asiakasta. Yli 75-vuotiaiden määrä on 55 419 asiakasta. (THL 2014, 33–34, 115.)

Vanhusten kotona asumisen tukeminen ei koske ainoastaan fyysisten puitteiden ja turvallisuuden lisäämistä vaan myös sisäisen turvallisuuden vahvistamista. Vaasan kaupungin vuosille 2010–2015 laaditun Ikääntymispoliittisen ohjelman tavoitteena on, että 91 %–92 % yli 75-vuotiaista asuisivat omassa kodissaan joko itsenäisesti tai palveluiden turvin. (Vaasan kaupunki 2010, 7.) Valtakunnallisesti on laskettu, että vuonna 2011 lähes 90 % yli 75-vuotiaista asui omassa kodissaan (STM 2013a.)

Turvallisuusajattelun keskiössä on potilas/asiakas. Mitä paremmin hoitoprosessit ovat suunniteltu, sitä parempia ja laadukkaampia ne ovat. Potilaan on tunnettava olonsa turvalliseksi ja häntä on myös kuultava. Johdonmukainen toiminta ja kehittämistyö luovat puitteet turvalliseen toimintaympäristölle, henkilökunnalle ja potilaille. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2013, 4).

Valtioneuvoston periaatepäätöksen suunnitelman mukaan kuntien tulee ennakoida ja tukea iäkkäiden yksilöllistä asumista, sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen yhteistyön vahvistamista sekä toteuttaa tavoitteita ja toimenpiteinä ikääntyneiden toimintakyvyn vahvistamiseksi. Asuinympäristöä ja sen palveluita tulee myös kehittää yhtenäisemmäksi. Kuntien tulee myös huomioida asiakkaiden hyvinvointia arvioivien kotikäyntien yhteydessä sekä ottaa huomioon asuntojen esteettisyys ja turvallisuusasiat. (STM 2013a.) Kunnan on laadittava toimenpidesuunnitelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Kotona asumista korostetaan sekä kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä esitetään järjestettäväksi. Lisäksi kunnalla tulee olla käytettävissä erityisasiantuntemusta muun muassa gerontologisen, kuntoutuksen ja lääkehoidon alalta. (L28.12.2012/980.)

Terveydenhuoltolain mukaan terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen kuuluu terveydenedistämisen palveluihin. Moniammatillisen asiantuntemuksen tulee tukea laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta sekä kehittää hoito- ja toimintatapoja. Kunnan tulee myös huolehtia, että henkilöstö osallistuu riittävästi täydennyskoulutukseen huomioon ottaen työn vaativuuden, tason ja tehtävien sisällön. (L30.12.2010/1326.)

Uusi vanhuspalvelulaki on astunut voimaan 1.7.2013. Vuosittain on arvioitava palveluiden riittävyyttä sekä laatua ja tarjotava erityisesti riskiryhmille neuvontapalveluita. Esimiesten tulee myös valvoa henkilöstön määrää ja osaamista. Toimintaa tulee myös kehittää asiakaspalautteiden perusteella sekä laatia omavalvontasuunnitelma, jonka toimivuutta tulee myös arvioida. (STM 2013b.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Vaasan kaupungin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia asiakkaiden kotien turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista. Kyselyn avulla myös kartoitettiin hoitajien valmiuksista tukea ja huomioida asiakkaitensa kotien turvallisuutta. Tutkimus on osa Kotona Paras, Hemma Bäst –hanketta, joka toteutettiin 2013–2014 Vamkin, Novian ja SPEK:n (Suomen Pelastusalan Keskusliiton) rahoituksella.

Aihe on tieteelliseltä, käytännölliseltä ja yhteiskunnalliselta kannalta erittäin ajankohtainen. Pitkäaikaishoidon laitospaikkoja vähennetään, minkä johdosta kotihoidon merkitys lisääntyy. Kotihoidon asiakkaat, erityisesti ikääntyvät, tarvitsevat entistä enemmän kotihoidon monipuolisia palveluita. Kotihoidossa asiakkaat tarvitsevat entistä enemmän apua päivittäisissä toiminnoissa samalla kun heidän toimintakykyään pyritään tukemaan mahdollisimman itsenäisen kotona asumisen mahdollistamiseksi. Myös erilaisten tukipalveluiden merkitys ja saumaton yhteistyö eri toimijoiden kesken korostuu. Kotihoidon kehittämisen avulla palveluiden turvallisuus ja laatu saadaan asetettujen kansallisten tavoitteiden tasolle.

Tässä opinnäytetyössä turvallisuusajattelua ja turvallisuusosaamista käsitellään sekä kentällä tapahtuvan kotihoitotyön että sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta.

## 2 TYÖN TAUSTA, TAVOITTEET JA KOHDERYHMÄ

Opinnäytetyön tekijälle tarjoutui mahdollisuus osallistua Suomen pelastusalan keskusjärjestön (SPEK), Yrkeshögskolan NOVIAN ja Vaasan Ammattikorkeakoulun rahoittamaan yhteiseen Hemma Bäst – Kotona Paras–hankkeeseen. Hanke aloitettiin vuonna 2012 ja sen tehtävänä oli kehittää uusia ratkaisuja, jotka tukevat ikääntyvien kotona asumista, asumisturvallisuutta ja aktiivista ikääntymistä sekä lisäävät vanhustyön vetovoimaa (hankkeen yleistavoite). Rahoittajana on toiminut EAKR (Euroopan aluekehitysrahasto) ja Pohjanmaan liitto.

Alueelliset tarpeet hyvinvointipalveluiden lisäämiselle kasvavat myös iäkkäillä. Nykypäivän haasteena on se, kuinka saamme ylläpidettyä kansalaistemme hyvinvointia ja terveyttä rajoitetuilla resursseilla samalla kun ikääntyvien määrä lisääntyy. Pohjoismaisessa hyvinvoinnin mallissa yksilöiden tarpeet ja toiveet ovat haasteiden keskiössä. Tulevaisuudessa tarvitaan uusia innovatiivisia ja kustannustehokkaita ratkaisuja ikääntyneiden hyvinvoinnin turvaamiseksi. (Kotona Paras, Hemma Bäst 2013.)

Pohjoismaisena lähtökohtana on se, että ikääntyneet voisivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Suomessa on vahvistettu sosiaalisista ja terveydelistä syistä johtuvien ongelmien ennaltaehkäisyä. Myös sosiaali- ja terveystalouden yhteistyötä on lisätty, ja kolmannen sektorin osuutta on huomioitu. (Vaasan kaupunki 2015b.) Myöhemmin tarkoituksena on jalkauttaa Kaste-ohjelman tavoitteita hyvinvoinnin ja palveluiden parantamiseen edistämällä hyvinvointia ja terveyttä sekä asiakaslähtöisyyttä. Tämän kansallisen ohjelman tavoitteina on muun muassa luoda, arvioida, levittää ja juurruttaa uusia hyviä käytäntöjä sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueille. (STM 2012, 13.) EU asettaa myös omat tavoitteet ikääntyneiden aktiiviselle elämälle. Ikääntyneiden osallisuutta heitä koskevissa asioissa korostetaan ja heidän näkemyksiä sekä toiveita kuunnellaan kehittämiskohteiden suhteen. Hemma Bäst – Kotona Paras –hanke keskittyi muun muassa ikääntyneiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä turvallisuusasioiden kehittämiseen. Hankkeeseen kuului neljä osatavoitetta, joista opin-

näytetyön tekijää koski erityisesti neljäs osatavoite eli ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden lisäämiseen.

Turvallisuusajattelun tarvetta lisää myös se, että ammattilaisia velvoittaa Pelastuslaki (L29.4.2011/379), jonka mukaan muun muassa kotihoidon henkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa kodeissa havaittavista turvallisuuspuutteista muun muassa ehkäisemällä tulipaloja ja muita onnettomuuksia.

Tapaturmat ovat merkittävä kansanterveys- ja turvallisuusongelma. Yleisimmät tapaturmatyypit ovat kaatumiset ja putoamiset, joista 70 % sattuu kotona ja vapaa-ajalla. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2014–2020 asettaman koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyöhön tarkoitettulla ohjelmalla pyritään lisäämään yhteistyötä ja voimavaroja yli sektorirajojen. (STM 2013c, 3-4.)

Ikääntyneiden toimintakyky on usein heikentynyt, minkä vuoksi on tärkeää, että heidän hoidosta ja huolenpidosta vastaavien tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota turvallisuuteen liittyviin asioihin. Kotihoidon henkilökunnalla tulee olla valmiuksia havaita asuntojen turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita, jotta iäkään on turvallista asua omassa kodissaan.

Ehdotus osallistumisesta hankkeeseen tuli hankkeen toimijoilta. Tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka Vaasan kaupungin kotihoidon henkilökunta huomioi asiakkaitensa kodin turvallisuutta sekä mikä on henkilökunnan näkemys kodin turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista. Kyselylomakkeisiin vastattiin Suomen Pelastusalan Keskusjärjestön (SPEK) järjestämän turvallisuuskoulutuksen jälkeen, joita järjestettiin Vaasassa neljä kertaa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia valmiuksia kotihoidon henkilökunnalla on asiakkaitensa turvallisen asumisen huomioimisessa. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää minkälaisilla keinoilla näitä turvallisuusriskejä ja puutteita voitaisiin lähteä kartoittamaan. Tutkimuksessa haluttiin saada myös tietoa siitä, minkälaisia valmiuksia kotihoidon työntekijöillä on asiakkaitensa fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden tukemiseen. Tutkimuksesta saatujen tulosten avulla saadaan arvokasta tietoa siitä, miten kotihoidon henkilökunta huomioi asiakkait-

tensa turvallista kotona asumista. Turvallinen kotona asuminen edellyttää myös henkilökunnalta ammattitaitoa havaita asiakkaiden kotona olevia turvallisuuspuutteita ja ilmoittaa niistä eteenpäin. Kotona asuminen lisää ikääntyneen kokemusta omasta elämänhallinnastaan ja itsenäisyydestä.

Opinnäyteyön kirjoittaja itse työskentelee ikääntyneiden parissa Vaasan kaupungilla sairaanhoitajana. Ikääntyneiden hyvinvointi ja turvallisuus sekä hoitohenkilökunnan osaaminen ja niiden tutkiminen kiinnostaa itseäni. Myös palveluiden kehittämiseen ja tutkimiseen saadaan lisää tietoa tämän tutkimuksen avulla.

#### Tutkimuskysymykset:

1. Millä tavalla kotihoidon henkilökunta tukee asiakkaitensa turvallista kotona asumista?
2. Kuinka esimies toimii kotihoidon turvallisuusasioiden edistämisessä?
3. Mitkä ovat kotihoidon asiakkaiden suurimmat turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet heidän omissa kodeissaan?

### 3 TURVALLISUUSAJATTELU JA IKÄIHMISTEN HYVIN- VOINTI KOTIHOIDOSSA

Tässä opinnäyteyössä huomion kohteena oli kotihoidon työntekijöiden turvallisuusajattelu. Työssä tarkastellaan turvallisuusajattelua kotihoidon työntekijöiden kokemana. Turvallisuusajattelussa keskeistä on implementoida, eli ottaa käyttöön toimintamalleja, joiden avulla kotihoidon asiakkaiden turvallisuusasioita voidaan strukturoidusti lähteä tukemaan.

#### 3.1 Kotihoito

Tässä opinnäytetyössä kotihoidon työntekijöillä tarkoitetaan perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, kodinhoitajia terveydenhoitajia sekä avustavaa hoitotyötä tekeviä. Kotihoitoon kuuluvat sekä *kotipalvelu* (lähihoitajat, perushoitajat, kodinhoitajat sekä avustavaa hoitotyötä tekevät), että *kotisairaanhoito* (sairanhoitajat ja terveydenhoitajat).

Kotihoidolla tarkoitetaan palvelumuotoa, jossa kotipalvelu ja kotisairaanhoito toimivat yhdistettynä palvelumuotona. Kotihoito voi olla säännöllistä, satunnaista tai tilapäistä. Kotipalvelu käsittää asiakkaan hoivan ja huolenpidon järjestämistä sekä muihin elämään kuuluvien toimintojen suorittamiseen tai avustamiseen. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan sellaista kotihoidon asiakasta, jonka toimintakyky on heikentynyt korkeasta iästä johtuvien sairauksien, vammojen tai rappeumien vuoksi. (Ikonen 2013, 16–19.)

Kotihoito nojautuu vahvasti humanistiseen ihmiskäsitykseen, jossa korostetaan ihmisen kokonaisvaltaisuutta, yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa. Ihminen nähdään ainutlaatuisena, fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jonka olemassaoloa, yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Kotihoidon palvelujen järjestäminen on yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. (Ikonen & Julkunen 2007, 158.)

Kotihoito on asiakkaille annettava sosiaali- ja terveystalouden palvelukokonaisuus, johon voivat kuulua kotipalvelu, kotisairaanhoito, lääkärin, fysioterapeutin, sosi-



aalityöntekijän, jalkojenhoitajan ja muiden erityisammattiryhmien kotikäynnit, ilta- ja yökotihoito sekä tuki- ja turvapalvelut. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela. 2007, 24.)

Ikäihmisille kohdistetut kotipalvelut auttavat kotona asuvia ikääntyneitä heidän jokapäiväisissä askareissaan. Toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi ikääntyneet eivät välttämättä selviä yksin päivittäisistä toiminnoista. Samalla mahdollistetaan asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Avustamisella tarkoitetaan toistuvia päivittäistoiminnossa avustamista. Kotipalvelujen avulla lisätään itsenäistä toimintakykyä ja parannetaan elämänlaatua. Samalla ehkäistään raskaampien palvelumuotojen ja laitoshoidon tarvetta. (Valvira 2012, 9–10.)

Kotihoidon tavoitteena on tukea kotona asumista sekä auttaa arjessa selviytymistä. Sen tarkoituksena on myös tarjota tasavertaisesti apua, tuoda turvallisuutta ja luoda hoitosuhde ammattilaisten kanssa. Kotihoito aiheuttaa myös riippuvuuden tunnetta asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä. Kodin merkitys on itsenäisen elämän ylläpitämistä, elämänhallinnan ja omatoimisuuden edistäjä sekä vapauden, miinuden ja oman päätösvallan vahvistamista. Omassa kodissaan asuminen vaatii myös sopeutumista silloin, kun oma toimintakyky on heikentynyt. Palveluiden tavoitteena ovat myös asiakkaan auttaminen, tukeminen, parantaminen, hyvinvoinnin lisääminen, terveyden edistäminen, kuntouttaminen tai sairauden parempi hoito. Toisin sanoen, tarjotaan asiakkaalle mahdollisuutta parempaan arkeen ja elämänlaatuun. Kotipalvelu sisältää hyvin monipuolista henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä jokapäiväiseen elämään kuuluvissa toiminnoissa avustamista ja niiden suorittamista. Kotona tehtävää työtä on yleensä ruuanvalmistus, siivous, vaatehuolto, henkilökohtaisen hygienian hoidossa avustaminen sekä sosiaalisen kanssakäymisen edistäminen. (Ikonen 2013, 11; Raatikainen 2015, 17; Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1998, 25.)

Kotihoidon asiakkaat ovat hyvin monenlaisia ihmisiä. He ovat eri-ikäisiä ja heillä on erilaiset avun ja palvelun tarpeet. Asiakkaina voi olla iäkkäitä vanhuksia, joilla on muistisairautta, heikentynyttä toimintakykyä ja haasteita päivittäisten toimintojen suoriutumisesta. Asiakkaana voi myös olla leikkauksesta toipuva työikäinen,

joka tarvitsee hoitajan ja apuvälineiden apua kuntoutumisessaan. Kehitysvammaiset asiakkaat tarvitsevat tukea ja ohjausta päivittäisissä toimissaan sekä omien asioiden hoidossa. Asiakkaina ovat myös mielenterveysongelmista kärsivät sekä lapsiperheet. Kotihoidon perimmäisenä tarkoituksena on mahdollistaa asiakkailleen kotona asumisen selviytyminen tukemalla jäljellä olevaa toimintakykyä. Kotihoidon asiakkaat ovat keskimäärin 75–84-vuotiaita, joiden fyysinen toimintakyky on heikentynyt. Asiakkailla on myös liikuntaelimestön-, sydän- ja verisuonten sairauksia sekä dementoivia sairauksia, syöpää ja diabetesta. (Mäkinen ym. 1998, 10–11; Ikonen 2013, 42–43.)

Asiakas-termillä viitataan tietyn palvelun tai tuotteen vastaanottajaan. Hän tarvitsee palvelua, josta myös maksaa. Asiakkaalla on myös tiettyjä odotuksia saamansa palvelun suhteen. Palvelun tulee vastata odotusarvoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon parissa asiakas-käsitteellä tarkoitetaan organisaation toiminnan onnistuneisuutta asiakkaan näkökulmasta. (Valkama 2012, 43; Outinen, Lempinen, Holma, & Haverinen 1999, 12.) Sosiaali- ja terveysalalla asiakas-termi kuvaa myös perhettä, yhteisöä tai ryhmää, joka kuuluu joko julkisen tai yksityisen palvelun piiriin. (Raatikainen 2015, 17).

Valtakunnallisella valvontaohjelmalla on tarkoitus yhtenäistää kotiin annettavien palvelujen ja hoidon toimintakäytäntöjä. Sen avulla on myös tarkoitus parantaa palvelujen laatua ja turvata asiakkaiden yhdenvertaisia oikeuksia palvelujen saamiseen asuinpaikasta riippumatta. (Valvira 2012, 7.) Ohjeistus on laadittu yhdessä Valviran ja aluehallintovirastojen kanssa. Valvontaohjelma koostuu sisältö- ja toimeenpano-osasta, jotka määrittelevät valvonnan kohdentumisen. Sisältöosa kuvaa vaatimuksiin ja suosituksiin liittyvistä valvontatapauksista ja lupahallinnosta. Toimeenpano-osassa on kuvattu valvontaohjelman sisällön jalkauttamisesta ja toimenpiteistä. (Valvira 2012, 7-8.) Kotihoitotyötä voidaan kehittää ajantasaisen tiedon sekä ammatillisen osaamisen avulla. Kehittyvä kotihoito tarvitsee myös tietoisesti kehittyvää toimintaa, tiedonkulun nopeutta sekä mahdollisuutta uuden oppimiseen. (Sanerma 2009, 268–274.)

Kotipalveluiden valvonnan painopisteinä ovat *toiminnan organisointi* (muun muassa toiminta-ajatus, toimintasuunnitelma, asiakasryhmien määrittely, strategia, tukipalvelut sekä palveluohjaus), *toiminnan johtaminen* (nimetty johtaja tehtäväkuvauksineen, riittävä kelpoisuus jolla on riittävä kelpoisuus ja johtamistaito, henkilöstön perehdytyksen järjestäminen sekä toimintayksikön kirjalliset ohjeet ja suunnitelmat) sekä *laadunhallinta ja omavalvonta* (muun muassa järjestelmä palveluiden laadun seuraamiseksi, omavalvontasuunnitelman toteuttamisen vastuhenkilöt, asiakaspalautteiden hyödyntäminen, vaaratilanteiden ja kriittisten työvaiheiden tunnistaminen). (Valvira 2012, 12–13.)

Edellä mainittujen lisäksi valvonta kohdistuu henkilöstön kelpoisuusvaatimuksiin, henkilöstön määrään ja rakenteeseen, ammatillisen osaamisen kehittämiseen, kotipalveluiden saatavuuteen, palvelutarpeen tunnistamiseen sekä arviointiin, hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattaviin asioihin sekä toteutumisen seurantaan, hallintopäätöksiin, asiakasmaksuihin sekä sosiaaliasiamiehen palveluihin. Palvelut määrittellään arvioinnin, palvelusuunnitelman ja sosiaalihuollon tai terveydenhuollon päätöksen mukaan. (Valvira 2012, 17–22; STM 2013a.)

Potilasturvallisuuden huomioimiseen kuuluu henkilökunnan jokapäiväiseen työhön. Heidän tulee ennakoida ja havaita riskejä tai puutteita sekä noudattaa työssään potilasturvallisuutta edistäviä periaatteita sekä hyödyntää asiakasturvallisuutta varten laadittuja suosituksia. Turvallisuuteen vaikuttavat erilaiset riskit ja uhat sekä asiakkaiden elämänhallinta sekä sosiaalisen turvallisuuden tunteen kokeminen. Turvattomuus voi aiheutua asiakkaan tarpeiden epätarkoituksen mukaisesta arvioinnista, joka ei vastaa asiakkaan todellista hoivan ja avun tarvetta. (Ikonen 2013, 205–206.)

Tiedottaminen, ohjaus ja neuvonta, kuntouttavan työotteiden käyttö, sekä perustarpeista huolehtiminen on kirjattu valtakunnalliseen valvontaohjelmaan. Asiakkaan tulee saada palvelua omalla äidinkielellään ja asiakkaan toimintakykyä on tuettava toimintakykyä edistävällä työotteella. Lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta kotihoidossa on annettu omat ohjeet. Lääkehoidolle on oltava nimetty henkilö ja yksikössä on oltava säännöllisesti päivitetty lääkehoidon suunnitelma. Koti- ja

asiakasturvallisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Henkilökunnalla tulee olla päivitettyt ensiaputaidot ja asukkaille on hankittava tarvittavia apuvälineitä ja laitteita. Dokumentoituin liittyvät ohjeistukset koskevat muun muassa asiakkaan tietosuoja ja asianmukaisia potilastietomerkintöjä. (Valvira 2012, 27–28.)

### **3.2 Kodin turvallisuus ja tapaturmat**

Kotihoidon palveluiden tulee olla joustavia, monipuolisia ja ympärivuorokautisia, jotta ikääntynyt tuntee olonsa turvalliseksi ja hänen on hyvä asua omassa kodissaan. Kotihoidon asiakkaista lähes neljäsosa tuntee turvattomuutta muun muassa oman huonon kunnon, yksinäisyyden ja avun puutteen vuoksi. Turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä positiivisilla kokemuksilla oikeanlaisesta avunsaannista. Tulevaisuuden haasteina tulee olemaan ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden entistä huonompi kunto ja useiden eri palveluiden käyttö joka voi olla hajautettua. Tällaisen palvelukokonaisuuden tarkasteluun tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. (Sisäasiainministeriö 2012, 15–16.)

Turvallisuutta pidetään aitona arvona, joka otetaan huomioon päätöksenteossa ja päivittäisessä toiminnassa. Turvallisuus ilmenee yksikön käytännöissä, dokumenteissa, keskusteluissa ynnä muissa asioissa, jotka ovat positiivisessa mielessä merkityksellisiä organisaatiolle. Lisääntynyt turvallisuus motivoi ja innostaa. Turvallisuus ymmärretään monimutkaiseksi ja systeemiseksi ilmiöksi. Sitä pidetään toiminnassa syntyvänä ominaisuutena, jonka eteen on tehtävä jatkuvasti työtä. Turvallisuudessa on erilasia näkökulmia (esim. potilasturvallisuus, työturvallisuus, tietoturvallisuus), jotka ovat toisaalta erillisiä, mutta joilla on kytköksiä toisiinsa. Kukin taho tietää, millaisia turvallisuusriskejä kulloiseenkin työhön liittyy. (Vaasan keskussairaala 2013, 8.)

Suurin osa ikääntyneistä haluaa asua omassa kodissaan. Itsenäisesti asuvien ikääntyneiden asumisen turvallisuuteen tulee panostaa. Asumisen tulisi olla esteetöntä ja turvallista sekä toimintakykyä tukevaa. Asuntojen turvallisuutta on mahdollista parantaa muutostöiden avulla yksilölliset erityistarpeet huomioiden. Kotihoidon avulla ikääntynyt saa apua kotona asumisen tukemiseksi siinä vaiheessa kun hän ei enää itsenäisesti selviä arjen askareista. Omaishoitoa tukemalla ja kotipalvelua

kehittämällä edistetään ikääntyneiden turvallisuutta ja hyvinvointia. Näiden toimintojen avulla mahdollistetaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. (Sisäasiainministeriö 2012, 12.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa esitetään palveluiden laadun parantamiseksi strategisia linjauksia kolmelle osa-alueelle, jotka ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenne; henkilöstö ja johtaminen sekä asuin- ja hoitoympäristöt. Suositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi päättäjille. Suosituksen avulla kunnat voivat kehittää iäkkäiden palveluita huomioiden paikalliset voimavarat ja tehden yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Laatusuositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä palveluja, esimerkiksi kotihoitoa, omaishoidon tukea, palveluasumista, pitkäaikaista hoivaa ja hoitoa sekä laajemminkin iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. (STM 2008, 9–10.) Asuinympäristöön liittyen laatusuosituksessa korostetaan asuntojen esteettömyyden ja turvallisuuden merkitystä. Tärkeää on kunnan eri tahojen (esimerkiksi sosiaali-, tekninen ja pelastustoimi) välinen yhteistyö. Pitkäaikaishoivan yksiköissä korostetaan lisäksi kodinomaisuutta ja yksityisyyden säilyttämisen merkitystä. (STM 2008, 40–43.)

Hyvinvointia tukeva elinympäristö muodostuu ikääntyneen väestön näkökulmasta monenlaisista asioista. Ikääntyneen väestön elämänlaadun kannalta keskeisin asumisen paikka on oma koti. Kodin tarkoitus on itsemääräämisoikeuden tukeminen, osallisuuden kokominen ja mielekkään tekemisen tarjoaminen. Myös ihmisen omaa ennakkointia ja varautumista korostetaan ikääntymisen huomioonottamisessa. (STM 2013a, 21.)

Itsemääräämisoikeuden keskeisenä ajatuksena on yksilön oma ajatus siitä, miten saa ratkaista sellaisia asioita, jotka koskevat häntä itseään, omaa toimintaa ja omaa elämää ilman ulkopuolisten puuttumista. Itsemääräämisoikeuden katsotaan myös kuuluvan yksilön oikeudeksi joka kohdistuu hänen hyvinvointiinsa. Hoitoyöntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan kotia, yksityisyyttä ja kulttuuria. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 87.)

Vanhusten kotona asumisen onnistumiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Kotona asumisen vaikeutumiseen liittyvät muun muassa sairaudet ja fyysinen heikentyminen sekä myös psykososiaalisten tekijöiden merkitys kotona asumisen selviytymiseen. Masennus, turvattomuuden tunne ja asuinympäristön turvallisuuteen liittyvät tekijät myös vaikuttavat kotona asumisen onnistumiseen. Fyysisen ympäristön muutoksilla tuetaan ja parannetaan vanhuksen kotona asumista, koska fyysisten puitteiden muokkaaminen vähentää muun muassa kaatumistapauksia. Eri-tyisesti kaupungeissa asuvilla vanhuksilla fyysiset puitteet asumisessa koettiin haastavammiksi kuin maaseudulla. Hissittömät kerrostalot ja pienet tilat vaikeuttavat asumista ja estävät jopa apuvälineiden käyttöä (Laatikainen 2009, 24, 28.)

Ikosen (2013, 208) mukaan Suomessa yli 65-vuotiaiden tapaturmista jopa 80 % johtuu kaatumisesta tai matalalta putoamisesta. Kaatumiset ovat myös yli 65-vuotiaiden tavallisin kuolemaan johtava tapaturma. Yli 74-vuotiaiden kaatumiset tapatuvat yleisemmin sisätiloissa kuin ulkona. Omassa kodissaan asuvien 65–74-vuotiaiden kaatumisen tapahtuvat useammin ulkona kuin sisätiloissa. Inattiniemen (2009) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden kaatumisien riskitekijöitä olivat muun muassa aikaisemmat kaatumiset, ahdistuneisuus, hermostuneisuus ja pelot.

Esteettömyys, väljät tilat sekä hyvin varustellut WC- pesu- ja keittiötilat kuuluvat iäkkään ja liikuntakyvyltään heikentyneen vanhuksen asumisen edellytykseksi. (Kivelä 2012, 21.) Epätasaiset ja liukkaat pinnat ovat yleisimpiä kaatumisen aiheuttajia. Epäsopivat jalkineet ja liukkaat sukat lisäävät myös tapaturmariskiä. Esimerkiksi liian matalat tai korkeat tuolit, vuoteet ja sohvot vaikeuttavat liikkumista, mitä huonompi liikuntakyky on. Myös kaiteettomat tuolit sekä WC-istuimet, hämärä valaistus, ahtaat huoneistot, matot, korkeat kynnykset, liian korkeat tai matalat hyllyt sekä pistorasioiden paikat aiheuttavat kaatumisia. Asunnoissa voi myös olla liian vähän liikkumistilaa apuvälineiden kuten kävelytelineen kanssa. Iäkkäillä henkilöillä kaatumisalttiudet lisääntyvät myös siirryttäessä uuteen ympäristöön. Kaatumiset ovat Kivelän mukaan yleisimpiä kahden kuukauden ajan ympäristön vaihtumisen jälkeen. Esimerkkinä mainittakoon pitkän sairaalajakson jälkeen kotiutuminen omaan asuntoon. Epäkunnossa olevat liikkumisen apuvälineet lisäävät

myös kaatumisvaaraa. Myös apuvälineiden virheellinen käyttö tai ohjauksen puute apuvälineen käytössä lisää kaatumisriskiä. (Kivelä 2012, 78).

Asumisturvallisuus on Ikonen (2013, 206) mukaan asiakkaan palo- ja tapaturmaturvallisuutta kotona ja kodin välittömässä läheisyydessä. Iäkkäiden kodeissa on usein turvallisuusriskejä ja puutteita. Tapaturma- ja onnettomuustilastoissa voidaan nähdä edellä mainittujen riskien tulokset. Kodin tulisi olla turvallinen ympäristö elää. Asumisturvallisuutta heikentävät myös puutteelliset tai puuttuvat peseytymistilat, vialliset sähkölaitteet ja turvattomat sähköjohdot, haja-asutusalueiden turvallisuushaasteet muun muassa tietoliikenneyhteyksien ja teiden huono kunto. Luonnonilmiöt ovat usein aiheuttaneet tuhoja, esimerkiksi sähkökatkojen aiheuttamat haasteet lisäävät riskien määrää.

Asunnon muutostöiden avulla voidaan vähentää kotona tapahtuvia tapaturmia. Turvallinen asunto lisää myös kotona asumisen mahdollisuutta pidempään. Kotona asumisen tukemista lisää myös apuvälineiden tarpeen arviointi sekä erilaisten tukipalveluiden käyttö, esimerkiksi turvapuhelimet ja kotihoito. (Ikonen 2013, 207).

Suomen pelastusalan keskusjärjestön asumisturvallisuuden tarkistuslomakkeen avulla voidaan käydä läpi yhdessä asiakkaan kanssa oman kodin asumisturvallisuutta. Lomakkeen 26 kohdan avulla käydään läpi muun muassa asiakkaan kykyä hälyttämään itse apua hätätilanteessa, pääseekö asiakas itsenäisesti poistumaan asunnosta hätätapauksessa, löytyykö asunnosta toimiva palovaroitin, onko asiakkaan liedessä turvakatkaisija, sähkölaitteiden käytöstä, asunnossa tupakoimisesta, asunnon yleisestä siisteydestä ja kompastumisen vaarasta, valaistuksesta ja asiakkaan toimintakyvystä. (Ikonen 2013, 207; SPEK 2015).

### **3.3. Toimintakyky**

Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisen ja hoidon toteutumisen tueksi tarvitaan ymmärrystä erilaisten tarpeiden arvioimisesta ja toimintakykyyn ja sen muutoksiin vaikuttavista tekijöistä. Fyysisillä ja psyykkisillä tekijällä on myös vaikutusta toimintakykyyn.

Ihmisen toiminta, toimintaedellytykset ja toimintakyky ovat käsitteitä, joista kuntoutumisessa perimmiltään on kysymys. Toimintakykyä taas ei voi ymmärtää ottamatta huomioon ympäristön merkitystä toimintaedellytysten luojana tai estäjänä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 14.)

Puhuttaessa toimintakyvyn käsitteestä, voidaan sitä tarkastella monelta eri tasolta. Toimintakyky tarkoittaa elinjärjestelmien sekä elinten toimintakykyä ja jopa solujen toimintakykyä. Laajempuna käsitteenä toimintakyky merkitsee yksilön kokonaisvaltaisena toimintona, jonka ansiosta hän toimii erilaisissa elämän tilanteissa. Toimintakyvystä puhuttaessa usein verrataan yksilön ja ympäristön välistä kykyä toimia jokapäiväisissä askareissa, työssä ja vapaa-ajalla. Toimintakykyyn vaikuttavat ihmisen ikääntyminen, sairaudet, perinnölliset tekijät sekä elinympäristö. Toiminta tukee toimintakykyä vahvistaen, mutta yksipuoliset toiminnot voivat aiheuttaa ylikuormittumista. Ikäihmisten toimintakyvyn parantamista tukevat toimiva fyysinen ympäristö, sosiaalinen tuki sekä moniammatilliset interventiot. Toimintakyky on voimavara, joka osoittaa jäljellä olevan toimintakyvyn tason tai sen vajeen. (Pohjolainen 2007, 7–12; Nummijoki 2009, 89.) Toimintakyky lisääntyy myös Nummelan (2009, 2111) mukaan sosiaalisten suhteiden avulla. Sillä katsotaan olevan myös vaikutusta hyvinvointiin ja pitkäikäisyyteen.

Talon (2001, 33–35) mukaan toimintakykyä ei voida yksiselitteisesti kuvailla. Hänen mukaan toimintakyvystä puhuttaessa käsitettä tulee käyttää kuvaamaan työn keskeistä kohdetta ja sisältöä. Toimintakyvyn käsite liittyy myös toiminnanvajaukseen ja terveyden käsitteisiin. Terveys-status koostuu kolmesta eri ympäristöön liittyvästä komponentista, joita ovat elintoiminnot & rakenteet, toiminta ja osallistuminen. Vastaavasti edellä mainittujen ympäristöön liittyvien tekijöiden fyysiset tekijät ovat yksilön vauriot, toiminnanrajoitteet sekä osallistumisen esteet.

Toimintakykyä arvioidaan lääketieteessä, hoitotyössä ja kuntoutuksessa (Pohjolainen 2014, 5). Ihmisen toimintaa ja kykenevyyttä ottaa käyttöön omia voimavaroja kutsutaan toimintakyvyksi. Hyvä toimintakyky tarkoittaa suoriutumista tavallisista arkisista tehtävistä. Toimintakyky jaotellaan yleisesti fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kokemukselliseen toimintakykyyn. *Fyysiseen toimintakykyyn*



kuuluvat kehon toiminnot kuten esimerkiksi lihasvoima, hapenottokyky ja havaintomotoriikka. *Psyykkinen toimintakyky* käsittää ihmisen tavan ottaa vastaan ja käsitellä tietoa. Sillä myös tarkoitetaan älyllisten ja tiedollisten toimintojen hallintaa ja kykyä ratkaista erilaisia ongelmia. *Sosiaalinen toimintakyky* ei ole yhtä yksiselitteinen kuin edellä mainitut, mutta se voidaan selittää olevan kyky toimia yhteiskunnassa olevien arvojen ja normien mukaisesti. Se koskee myös arkipäiväisiä toimintoja, vuorovaikutussuhteita sekä toimintaympäristön roolissa olemista. *Kokemuksellinen toimintakyky* linkittyy psyykkiseen toimintakykyyn sillä siihen liittyvät menneisyyden ja nykyisyyden sekä tulevaisuuden tapahtumat. Kokemuksellisessa toimintakyvyssä korostuvat sekä historiallisuus että yksilön oma tulkinnallisuus omista kokemuksistaan. (Pohjolainen 2014, 6–7.) Toimintakykyyn ja hyvinvointiin liittyvät myös *taloudellinen hyvinvointi* sekä *pahoinvointi*. Pahoinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen puuttuvaa hyvinvointia. (Raatikainen 2015, 56.)

### 3.3.1 Toimintakyvyn ylläpitäminen ja seuranta

Kotihoidossa toiminta järjestyy eri ammattikoulutuksen saaneiden työntekijöiden työnjakoon liittyen työpaikan sääntöjen ja tiimin sopimusten perusteella. Tiimin työn kohteena ovat vanhusasiakkaat omassa elinympäristössään. Asiakaslähtöinen toiminta edellyttää yhteistä sopimista työssä käytettävistä välineistä, toimintatavoista ja sopimusten noudattamista. Kotihoidon vanhusasiakkaan ja työntekijän asiakaslähtöisen kohtaamisen tulisi onnistua niin hyvin, että kotona hoitaminen ehkäisisi vanhuksen syrjäytymistä hänen toimijuuttaan tukemalla. Vanhusten toimintakyvyn tukemiselle antaa erityisen haasteen vanhuudelle ominainen kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla vaikuttavan eletyn elämän yksityisyyden ja elämäntarinan merkitys. (Nummijoki 2009, 95.)

Useimmiten toimintakyvyn heikkenemisen taustalla on yksi tai useampi pitkäaikais sairaus, mutta toimintakyky voi heikentyä ennen aikaisesti myös harjoituksen puutteesta (Strandberg & Tilvis 2003, 336). Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä usein tarkastellaan toiminnanvajauden näkökulmasta, jolloin sillä yleensä tarkoitetaan yksilön kykyjen ja ympäristön asettamien vaatimusten välistä eroa. Toiminnanrajoitteita ikäihmisille aiheuttavat eniten tuki- ja liikuntaelimestön sai-

raudet sekä sydänsairaudet. Joku akuutti sairaus saattaa tietysti romahduttaa toimintakyvyn hetkessä, mutta yleensä toimintakyky huononee asteittain. (Pohjolainen 2014, 11.)

Toimintakykyä on tuettava yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen lukeutuvat myös ennaltaehkäisevä hoitotyö sekä sairauksien ehkäisy. Omahoitaja tuntee asiakkaansa parhaiten ja hän on avainasemassa toimintakykyä ylläpitävän toiminnan suunnittelussa yhdessä moniammatillisen tiimin avulla. Asiakkaan itsearvostuksen vahvistamisella hänen elämänlaatu koehenee. Toiminta- ja liikkumiskyvyn arvioinnin lähtökohdaksi on hyödyllistä asettaa tieto vanhukseen vaikuttaneista tekijöistä, kuten iän ja vanhenemisen aiheuttamista muutoksista sekä sosiaalisesta ympäristöstä johtuvista tekijöistä. (Hägg ym. 2007, 107–109; Nummijoki 2009, 94.)

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjataan tavoitteiksi toimintakyvyn ylläpitämistä sekä omatoimisuudentukemista. Asiakkaan on mahdollista saada erillisenä palveluna esimerkiksi fysioterapeutin järjestämiä kotikäyntejä, joissa harjoitellaan asiakkaan kanssa erilaisia toimintakykyä ylläpitäviä harjoitteita. Kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että kaikki asiakkaan kotona työskentelevät terveydenhuollon työntekijät noudattaisivat laadittuja ohjeita sekä hyödyntäisivät niitä asiakkaan kanssa jokapäiväisissä askareissa. Kotona tapahtuvan kuntouttavan työotteen avulla voidaan myös arvioida asunnon muutostöiden tarvetta. Asiakkaan kokonaisvaltainen kuntouttava työote vaatii tiivistä yhteistyötä koko henkilökunnalta. (Helin, 2008, 432.)

Liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden ihmisten toimintakykyyn. Harastamalla liikuntaa ei ainoastaan paranneta terveyttä ja yleistä hyvinvointia vaan myös hidastetaan vanhenemiseen liittyvien toimintakykyä laskevien vaikutusten seurauksia. Liikunta tukee myös psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä. Sen avulla voi myös lieventää ja ehkäistä sydän ja verenkiertoelimistön sairauksia. Liikunnan myönteiset vaikutukset näkyvät parantuneessa lihasvoimassa ja notkeudessa. Liikunta myös parantaa sydänverenkiertojärjestelmän suorituskykyä. Sepelvaltimotaudin, verenpainetaudin, aivohalvauksen, osteoporoosin, diabetek-

sen, ylipainon ja paksunsuolen syövän ehkäisyssä liikunnalla on myös edullisia vaikutuksia. Liikunnan avulla tasapaino paranee ja sen ansiosta ehkäisee kaatumisia ja murtumia. Sen avulla voi myös kohentaa mielialaa ja ehkäistä masennusta. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2008, 458; Strandberg ym. 2003, 339.)

Toimintakyvyn ylläpitäminen ja kyky huolehtia omasta itsestään vähentää toiminnanvajautta sekä fysiologisten vaurioiden lisääntymistä. Toimintarajoitusten muuttumista toiminnan vajaukseksi riippuu suuresti siitä, minkälainen ihmisen fyysinen ja sosiaalinen ympäristö on. Monisairaus ja hauraus voivat lisätä toiminnanvajautta. Toiminnanvajauksen riskitekijöitä ovat muun muassa nivelrikko, heikentynyt näkö, sydänsairaus, halvaus, masennus, vähäiset sosiaaliset kontaktit ja suuri tai pieni painoindeksi. Monisairauksien ehkäisyssä korostetaan liikunnan merkitystä. Erityisesti kestävyys- ja lihasvoimaharjoittelulla on tutkittua näyttöä terveyshyödyistä. (Pitkälä 2005.)

Erityisesti muistisairaiden vanhusten kävelytaito voi kadota kokonaan, jos sitä ei aktiivisesti harjoitella. Kun muistisairas ei hallitse vartalonsa kiertoja ja kääntymisiä kävellessään, kaatumisriski lisääntyy. Sairauden myötä liikkeisiin tulee jäykkyyttä (rigiditeettiä) sekä vapinaa (tremoria) sekä lihasten jäykkyyttä sekä heikkoutta (spastisuutta). Liikkumista voi ohjata katsekontaktin, sanallisen ohjauksen, kosketuksen, mallintamisen, toistojen sekä palautteen antamisen avulla. Harjoittelun avulla rohkaistaan liikkumiseen samalla vahvistaen itseluottamusta sekä oman elämän hallintaa. Suullisen ohjauksen tulee olla yksinkertaista, selkeää ja tarpeeksi yksityiskohtaista. Puheessa tulee korostaa puheen rauhallisuutta ja selkeyttä. Katsekontaktin luominen on myös huomioitava. Toimintakykyä edistävät muun muassa fyysisen ja sosiaalisen aktiivisuuden lisääminen. Ympäristöllä on myös toimintakykyä edistäviä vaikutuksia, jos ympäristö on esteetön ja apuvälineitä on saatavilla. (Forder, 2014, 109–113; Tamminen-Peter & Wickström 2002, 42; Koskinen, Martelin & Sainio 2006, 256–257.)

Asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseen on käytössä erilaisia toimintakyvyn arvioinnin mittareita. Näitä ovat muun muassa fyysisen toimintakyvyn arviointiin

tarkoitettu RaVaTar ja Psyykkisen toimintakyvyn arviointiin MMSE-muistitesti ja GDS15-masennustesti. (Ikonen 2013, 29.) Ravitsemuksen toteutumista voidaan arvioida MNA-testin avulla. Sosiaalista toimintakykyä ja asiakkaan elinympäristöä voidaan arvioida haastattelun ja havainnoinnin avulla. Toimintakyvyn arviointiin käytettäviä mittareita ja niiden soveltuvuusarvioita löytyy muun muassa TOIMIA (toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto) -verkkosivuston kautta. (TOIMIA 2014.)

Aktiiviset toimet toimintakykyisyyden edistämiseksi, laitoshoitoon ohjautumisen ehkäisemiseksi ja myös kuolleisuuden alentamiseksi ovat tuloksellisempia toimintakyvyn heikkenemisen varhaisvaiheessa kuin laitostumisen riskivaiheessa. Interventioiden vaikuttavuutta lisäsi niiden pitkä kesto (noin kolme vuotta), kotikäyntien ja eri harjoitteiden riittävä tiheys. Kehittämistoimien ja harjoitteiden riittävä kesto edistää iäkkään oppimista ja oman osallistumisen mahdollisuuksia muun muassa toimintakyvyn ylläpitämisen harjoitteisiin ja toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi muutettavien elämäntapojen omaksumiseen. (Helin 2008, 421).

Kotihoidon työntekijöiden tulisi tiedostaa myös omat näkemyksensä terveydestä ja hyvinvoinnista. Näiden asioiden tiedostaminen tukevat omaa ammatillisuutta ja eettistä toimintaa auttamistyössä. Terveyden edistämisessä katsotaan olevan neljä erilaista auttamistyötä tukevaa keinoa. Näitä ovat sivistävät tehtävät, jotka käsittävät riittävää ymmärrystä yleisellä tasolla terveyden kokonaisuudesta sekä omasta tilanteesta. Uusien ajattelu- ja toimintamallien luominen tukevat terveydenedistämistä kuten myös itsetuntemuksen ja tunteiden vahvistaminen. Muutospyrkimyksessä avustaminen motivoivat asiakkaita pohtimaan omaa terveyttään ja toimintakykyään oman elämänkaaren eri vaiheissa. (Suominen ym. 1999, 16–17.)

Iäkkäiden ihmisten palveluista puhuttaessa huomio kohdistuu sen sijaan sairauksien hoitoon ja toiminnanrajoitteiden edellyttämään avun turvaamiseen (Helin 2008, 416.) Ikäinstituutin vuonna 2011 tekemässä tutkimuksessa todettiin iäkkään ihmisen motivoinnin ja kannustamisen omien voimavarojen käyttöön olevan tärkeä osa arviointi- ja tukiprosessia. Myös työntekijän ammattitaidolla,

asiantuntemuksella ja diplomaattisilla kyvyillä on merkitystä asiakkaan motivoimisessa. (Heimonen & Pohjolainen 2011, 55).

### **3.3.2 Sairauksien vaikutukset kotona selviytymiseen**

Erilaiset sairaudet vaikuttavat muun muassa kehon tasapainoon, tunto- ja näköaistiin, verenpaineeseen sekä muistitoimintoihin. Näkökyvyn muutokset vaikuttavat siten, että näkö sopeutuu hitaasti valomäärän äkilliseen vähentymiseen. Lihasvoiman vähentyminen sekä hermoston ja lihasten yhteistoiminnassa tapahtuu hidastumista. Lääkkeiden käytön sivuvaikutukset sekä alkoholin käyttö lisäävät myös iäkkäiden kaatumis- ja tapaturmariskiä. Myös äkilliset sairaudet ja infektiot lisäävät muun muassa kaatumisriskiä samalla kun alentavat toimintakykyä. Vanhuksen akuutti sairastuminen tulisi aina hoitaa mahdollisimman tehokkaasti, koska vuodelevon aikana elintoimintojen heikentyminen lisääntyy. (Kivelä 2012, 79–82; Kettunen ym. 2002, 218.) Kaatumisalttius lisääntyy muun muassa Parkinsonin taudin, aikaisempien kaatumisien, kävelyvaikeuksien, ja erilaisten lääkitysten johdosta. (Ikonen 2013, 209).

Iäkkäillä asiakkailla ilmenevät mielialahäiriöt ovat yleisiä myös kotihoidon asiakkailla. Masennuksesta kärsivät vanhukset saavat edelleen puutteellista hoitoa ja masennuksen tunnistaminen on vaikeaa. Masennustilan keskeisimpiä oireita ovat ruokahaluttomuus, painon lasku, kiihtyneisyys, itsetuhoisuus sekä nopea fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn menettäminen. Myös somaattiset tekijät ovat usein vanhusten masennusten taustalla. Tyypillisimmät somaattisten sairauksien mielialaan ja masennukset alkamiseen liittyvät sairaudet ovat aivohalvaus, sydäninfarkti, kilpirauhasen vajaatoiminta ja Parkinsonin tauti. Vanhemmalla iällä ensimmäistä kertaa ilmenevä masennustila edeltää usein dementoivaa aivosairautta. Mielialahäiriöt aiheuttavat sairastuneelle paljon kärsimystä ja lisää avuntarvetta kuormittaen sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Koponen & Leinonen 2007, 637.)

Muistisairaana ihmisen turvallisen kotihoidon jatkumisen edellytys on se, että työntekijöillä on ammatillista tietotaitoa tunnistaa kotona asumisen jatkumista uhkaavat tilanteet ja tarttua niihin ripeästi. Kotona asuminen voi muistisairauden edetes-

sä olla uhattuna monesta syystä. Dementoivat sairaudet aiheuttavat kognitiivisten kykyjen heikentymistä, käyttäytymismuutoksia ja psykologisia oireita. Tärkein kotona asumisen päättymistä ennakoiva tekijä ovat käytösoireet. (Toljamo & Koponen 2011, 29–30.) Kotihoidon asiakkailla muistihäiriöt ovat yleisiä. On tärkeää, että hoito- ja palvelusuunnitelmassa on tarkasti määritelty asiakkaan avuntarve sekä sovitut tehtävät. Sovitut ja kirjatut asiat auttavat myös yhteistyötä omaisten kanssa. Asiakkaan toiveita ja itsemääräämisoikeutta myös kunnioitetaan kirjattujen sopimusten avulla. (Suominen ym. 1999, 26.)

Tutussa ympäristössä asuvan muistisairaana kotona selviytyminen on mahdollista melko pitkään, koska tuttu ja turvallinen ympäristö tukee selviytymistä. Liikkuminen on yleensä turvallista omassa tutussa ympäristössään, mutta haasteena ovat riittävän avuntarpeen, hoitovastuun ja palveluiden järjestämisessä. Ympäristön hahmottamiseen, valaistukseen ja ympäristön selkeyteen tulee kiinnittää huomiota. Muistisairauden edetessä on tärkeää lisätä ulkopuolisten apua ja palveluita. (Sisäasiainministeriö 2012, 24–25.)

### **3.3.3 Geriatriinen preventio**

Geriatrinen prevention tavoitteita ovat toimintakyvyn säilyttäminen, sairauksien ja toimintakyvyn heikentymisen estäminen, itsenäisyyden tukeminen, hoitotarpeen pienentäminen ja kuoleman siirtäminen. Preventiota edistäviä toimenpiteitä sairauksien ehkäisemiseksi (primaaripreventio) ovat ruokavalio-ohjeet, säännöllinen liikunta, tupakoinnin lopettaminen, liikenneonnettomuuksien vähentäminen neuvonnan avulla ja turvavöiden käytöllä, sekä ottamalla influenssa- ja pneumokokkrokotteita. Toimenpiteitä sairauksien pahenemisen estämiseksi ovat muun muassa kohonneen verenpaineen hoitaminen (erityisesti systolinen hypertensio), kohonneen kolesterolin alentaminen, osteoporoosin hoitaminen, liiallisen alkoholinkäytön vähentäminen, kuulon ja näön tutkiminen ja kaatumisien ehkäiseminen, syöpäseulonnat (Strandberg ym. 2003, 328). Ihmisten eliniän pidentyminen mielletään usein terveydenhuollon ansioksi, ja iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin edistäminen ensisijaisesti sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän tehtäväksi. (Helin 2008, 416.)

Fyysisen aktiivisuuden, liikunnan ja harjoituksen myönteisten vaikutusten on osoitettu ulottuvan vanhusikään. Liikunnalla ei ole merkitystä ainoastaan verisuonisairauksien primaaripreventiossa, vaan myös osteoporoosin ehkäisyssä ja ennen kaikkea toimintakyvyn ylläpidossa. (Strandberg ym. 2003, 330.) Vanhuk- sille hyvin soveltuvia liikunnanmuotoja ovat kävely ja kotivoimistelu. Fyysisen harjoittelun on esitetty parantavan psykomotorista nopeutta kaikissa ikäryhmissä, mutta negatiivisiakin tutkimustuloksia on julkaistu. Harjoituksen on todettu ko- hentavan myös älyllistä toimintakykyä, mikäli aikaisempi viriketaso on ollut ma- tala. (Strandberg ym. 2003, 336).

Vuodelepo kiihdyttää terveidenkin ikääntyneiden lihaskatoa ja aiheuttaa nopeasti toiminnanvajauksia. Näin ollen sekä terveellinen, valkuaisainepitoinen ruokavalio että liikunta ovat välttämättömiä edellytyksiä lihaskunnan ylläpitämisessä ihmisen ikääntyessä. Ikääntyneen sairastuminen tai vähenevän liikunnan vaihe onkin kes- keinen tilanne lähteä interventioon vaikuttamaan toimintakyvyn heikkenemisen riskiä vähentävästi. (Pitkälä 2005).

Pitkäaikaista laitoshoidtoa voidaan ehkäistä tehokkaalla toiminnalla, jossa kohden- netaan intensiivisen hoidon tarvetta ja hyödynnetään interventiota. Laitoshoidtoa tulisi varata ainoastaan niille vanhuksille, joiden kohdalla kotihoito ei kohtuullis- ten panosten avulla enää onnistu. Laitoshoidon tarvetta tulee arvioida erillisen ge- riatrisen tiimityön avulla. Hoidon tuloksellisuutta voidaan parantaa seurannan ja kokonaisvaltaisen hoidon avulla. (Strandberg 2003, 337).

Kotihoidon asiakkailta on usein haasteita päivittäisten toimintojen itsenäisestä selviytymisestä. Päivittäisten toimintojen ylläpitäminen on yhteydessä kotona asumisen selviytymiseen. (Nummijoki, 2009, 93.) Terveys merkitsee iäkkäille ihmisille toimintakykyisyyttä ja koettua tunnetta selviytymisestä itseä tyydyttäväl- lä tavalla. Moni iäkäs voi täten kokea terveydentilansa hyväksi, vaikka hänellä olisi useita pitkäaikaissairauksia ja näiden edellyttämiä lääkehoitoja. (Helin 2008, 416).

Vaasan kaupunki on myös toteuttanut hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä (HYTE- käynnit) yli 77-vuotiaille vaasalaisille jo vuodesta 2013. Käynnit ovat kohdennet-

tu niille kaupunkilaisille, jotka eivät vielä ole palveluiden piirissä. Hyvinvointia arvioidaan muun muassa itsenäisyyden, fyysisen toimintakyvyn, sosiaalisen verkoston, turvallisuuden sekä elämänlaadun alueilta. Palveluneuvojan tekemän kotikäynnin perusteella asiakasta ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin esimerkiksi muistitesteihin tai ryhmätoimintaan. (Vaasan kaupunki 2014, 33–34.)

### **Kaatumisien ennaltaehkäisy**

Iäkkäiden kaatumisien syyt tulisi selvittää. Sisäiset tekijät eli jokin elimellinen häiriö on todennäköisin syy toistuviin kaatumisiin. Sairauksia ja toimintakykyä tulee arvioida jos kaatumisien syy ei tule esiin ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Toistuvien kaatumisien ehkäisyyn voidaan vaikuttaa selvittämällä kaatumisien syitä ja saamalla ohjausta sekä neuvoa terveydenhuollon ammattilaisilta. (Kivelä 2012, 91–92). Kaatumiset aiheuttavat 80 % kaikista iäkkäiden vammoista. Kaatumisista aiheutuvat seuraukset, niiden hoito, hoitokustannukset ja kuolemantapaukset ovat lisääntyneet viimeisten 30 vuoden aikana ja tulevat lisääntymään iäkkäiden määrän kasvaessa. Suomessa kaatumisiin ja osteoporoosiin liittyvien murtumien liittyvät hoitokustannukset ovat arviolta noin 330 miljoonaa euroa vuodessa. (Vaapio 2009, 11).

Kaatumistapaturmat ovat yksi yleisimmistä iäkkäiden tapaturmista. Kivelän (2013, 78) mukaan liukkaat ja epätasaiset kävelypinnat ja huono valaistus ovat kaatumisien yleisimpiä aiheuttajia. Liikunta ylläpitää lihasvoimaa ja Kivelän mukaan (2012, 85) iäkkäiden on mahdollista parantaa lihasvoimaa esimerkiksi hyötyliikunnan, kävelyn, tanssin ja uinnin avulla. Alaraajojen, selän ja vatsalihasten harjoittaminen ylläpitää tärkeimpien seisoma- ja istumalihasten vahvistamista.

Väestön ikääntyessä osteoporoottisten murtumien määrä on merkittävä. Osteoporoosin ehkäisy tulee aloittaa varhain, sillä pitkälle edenneen sairauden hoidossa hoitokeinot ovat rajoitettuja. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen sekä riittävästä kalsiumin saannista huolehtiminen vähentää erityisesti riskiryhmien osteoporoosin pahenemista. Murtumien ehkäisyssä täytyy kiinnittää huomiota myös kaatumisien ehkäisyyn, ympäristön turvallisuuteen sekä apuvälineiden (esimerkiksi lonkkasuojat) käyttöön. (Strandberg 2003, 336.)



Kotiin hankittavien apuvälineiden ansiosta iäkkäät saavat uusia mahdollisuuksia kotona asumiseen. Apuvälineiden hyvä saatavuus sekä niiden käytössä opastaminen ovat osana käyttäjälähtöistä palvelua. Kaatumisien ennaltaehkäisy on tärkeää, sillä jo lievän toiminnanvajauksen omaavan vanhuksen toimintakyky voi edetä nopeasti. Kodin esteettömyydestä ja toimivuudesta huolehtiminen lisäävät osaltaan kotona asumisen tukemista. Kuntouttavan hoitotyön avulla sekä kannustavalla asenteella hoitotyöntekijät voivat vahvistaa ikääntyneen omatoimisuutta sekä edistää tavoitteellista toimintakyvyn ylläpitämistä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 62–63).

Tasapainon hallintaan osallistuvat keskushermosto, hermo-lihasjärjestelmä, sekä tuki- ja liikuntaelimestö. Myös aistikanavat, kuten tasapainoelin, näkö, asento- ja liiketunto osallistuvat asennon hallintaan. Tasapainon heikkenemiseen vaikuttavia syitä voidaan selvittää fyysisten, kognitiivisten ja psyykkisten syiden kautta sekä lääkkeistä aiheutuvien haitta- ja yleisvaikutusten sekä muiden sairauksien kautta. Kaatumisiin johtavia vaaratekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, heikentyneet lihasvoimat, pitkäaikainen bentsodiatzepiinien käyttö, tasapainohäiriöt, polyfarmasia, huonontunut näkö, askelten lyhentyminen sekä jalkojen huono kunto. (Forder 2014, 113; Koski, Luukinen, Laippala & Kivelä 1996, 32).

Kaatumistapaturmia voidaan ennaltaehkäistä turvallisen ympäristön järjestämisellä, jossa on tarkoituksenmukaiset liikkumisen apuvälineet, hyvät jalkineet ja kunnollinen valaistus. Silmälaseja tulee käyttää, jos asiakkaalla sellaiset on. Luku- laseilla ei tulisi liikkua ja lasien puhtaudesta on myös pidettävä huolta. Lääkehoitoa tulisi uudelleenarvioida, jos asiakkaan lääkkeissä on kaatumisriskiä lisääviä valmisteita. Lisäksi tulee huolehtia fyysisestä toimintakykyä parantavista ja ylläpitävistä asioista kuten liikkumisen tukemisesta, kestävyys- ja voimaharjoittelusta, riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista sekä proteiinipitoisesta ruuasta lihasvoiman parantamiseksi. (Forder 2014, 113).

Kaatumisien ehkäisemiseksi tulisi laatia toimintasuunnitelmia, joiden avulla lievennetään tai poistetaan kaatumisille altistavia tekijöitä. Hyvät suunnitelmat juontuvat riskitekijöiden sekä kaatumisien aiheuttajien tuntemiseen. Suunnitelman

kaatumisien ennaltaehkäisemiseksi voidaan jakaa lääkitystä koskeviin suunnitelmiin, kuntoutussuunnitelmiin sekä ympäristöä koskeviin suunnitelmiin. (Tideiksaar 2005, 68.) Kaatumisriskin arvioimiseen voi myös käyttää tarkistuslistaa. Selvitetään onko iäkkäällä aiempia kaatumisia, näön heikentymistä, asentomuutosten aikaista alhaista verenpainetta, tasapainohäiriöitä, kognitiivisten toimintojen muutosta, kävelyvaikeuksia, alaraajojen heikkoutta, reumaa, lääkityksen vaikutukset kaatumisiin sekä rakon ja suolen toimintahäiriöitä (esimerkiksi pidätyskyvyttömyyttä). (Tideiksaar 2005, 195.)

Kivelän (2012, 82) mukaan iäkkäiden on mahdollista myös itsenäisesti harjoittaa lihasvoimia ja tasapainoa ja tämän avulla ehkäistä tapaturma-alttiuttaan. Hyvän ravinnon merkitystä Kivelä korostaa osana kaatumisien ehkäisyssä. Toistuvasti kaatuvien vanhusten tulisi hakeutua tutkimuksiin ja asioista perehtyneen asiantuntija luo. Kaatumisien syyt tulisi selvittää ja siihen tulisi saada neuvontaa, ohjausta ja kuntoutusta. (Kivelä 2012, 82.)

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyölle haasteita asetta se, että näihin tapaturmiin kuuluu monia eri tapaturmatyyppejä. Toimikenttä on laaja ja ehkäisytyö jakaantuu monelle eri alalle. Keskeiset toiminnan alueet koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyssä ovat kansalaisten oman vastuun ja tietoisuuden lisäämisessä, asuin- ja elinympäristön rakentamisessa turvalliseksi ja tuoteturvallisuuden varmistamisessa. Omaan vastuuta voidaan ottaa silloin, kun on tietoa ja taitoa asiasta. (STM 2013c, 12.)

### **3.4 Eettiset periaatteet ikäihmisten palveluissa**

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisella on vastuu asiakasprosessin aloittamisesta, etenemisestä ja asiakkaan hyvinvoinnin, terveyden ja elämän tukemisesta. Vastuu ja velvollisuus nousevat lainsäädännöstä, jonka vuoksi kyseinen palvelu, toiminta, toimenpide, tuki- tai kuntoutusmuoto on olemassa. Kunkin alan ammattieettisiin säästöksiin ja lakeihin, ei yksin ammatin harjoittamiseen liittyvään valtaan (Raatikainen 2015, 88).

Kotihoidossa eettisyydellä tarkoitetaan kykyä tunnistaa ja pohtia työhön ja omaan toimintaan liittyviä moraalisia kysymyksiä ja niiden perusteluja. Siihen liittyy myös sosiaali- ja terveystalouden sekä hoito- ja huolenpitotyötä tekevien yhteisten arvojen ja periaatteiden tunteminen ja niihin sitoutuminen. Ammattieettinen työote tarkoittaa herkkää eettistä omaatuntoa sekä halua ja kykyä toimia eettisten periaatteiden ja arvojen mukaisesti. Arvot ja eettiset periaatteet siirtyvät työhön konkreettisen vuorovaikutuksen ja käytännön toiminnan kautta. (Ikonen & Julkunen 2007, 156.) Auttavilla henkilöillä on myös oltava tietoa yksilön tahdosta. (Välämäki ym. 2000, 88.)

Eettisyyttä väestön terveystalouden toteuttamisessa tulee noudattaa loukkamatta yhdenvertaisuusperiaatteita ja silti taloudellisten rajoitteiden vallitessa. Yhdenvertaisuusperiaatteiden vallitessa tulee osittainkin julkisin varoin antaa hoitoa objektiiviseen tarpeeseen. Tasa-arvoa ovat myös terveystalouden oikeudenmukaisuus. Tulevaisuudessa palveluiden tulisi olla entistä enemmän yhdenvertaisia. (Kekomäki 2004, 34.)

Ihmisarvoisten elämän turvaavat periaatteet on määritelty Suomen perustuslaissa. Ne muodostuvat itsemääräämisoikeudesta joka käsittää inhimillisten tarpeiden tyydyttämisen ja hyvinvoinnin. Ikäihmisillä tulee olla tasa-arvoista palvelutarpeen arviointia ja niillä yhtenäiset myöntämisperusteet. Syrjintää tulee estää ja epäoikeudenmukaisuuteen tulee puuttua. Palvelut tulee kohdistaa oikeudenmukaisesti. Ikääntyneiden toimintakykyä tulee ylläpitää ja vahvistaa ja heitä tulee kohdella yhteiskunnassa täysivaltaisena jäsenenä. Jokainen ihminen on ainutlaatuinen ja yksilöllinen. Palvelut tulee arvioida yksilöllisesti ja iäkkään tulee kokea itsensä arvostetuksi. Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista turvallisuutta tulee tukea. Tulee turvata sosiaalisen tuen ja palveluiden saatavuus, asuinympäristön turvallisuudesta ja ehkäistä muun muassa tapaturmia ja kaltoinkohtelua. (STM 2008.) Ammatillisuutta säätelevät lait ja asetukset on tarkoitettu suojaamaan sekä asiakasta että työntekijää. (Vilén ym. 2002, 92).

Vanhusten itsemääräämisoikeus ja autonomia tarkoittavat sitä, että heillä on oikeus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon aina, kun se on mahdollista.

Vanhukset tarvitsevat osallistumiseensa tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa myös muiden hoivaan ja arjen toimintaan liittyvien toiveiden huomioonottamista. Potilaan autonomiaa saa rajoittaa vain siinä määrin, kuin se on välttämätöntä hoidon onnistumisen kannalta. Itsemääräämisoikeus edellyttää päätöksentekokykyä. Sitä on arvioitava tapauskohtaisesti ja sen tarvittava määrä riippuu paitsi ihmisen kyvystä myös päätöksen monimutkaisuudesta. Yhdessä asiakkaan kanssa hän myös joutuu tekemään erilaisia valintoja ja pohtimaan niiden seurauksia. (ETENE 2008; Suominen ym. 1999, 22–23.)

Kotona tehtävän hoitotyön näkökulmaan liittyy tärkeänä osana myös eettinen osaaminen. Eettisyyttä ovat asiakkaan kodin sekä yksityisyyden kunnioittaminen, vaitiolovelvollisuuden noudattaminen, läheisten huomioiminen sekä työtovereiden ammattiosaamisen arvostaminen. asiakkaan terveyden edistämiseen liittyy turvallisuusasioiden huomioiminen ja riskien tunnistaminen. Eettisesti toimiva kotihoitotyöntekijä myös edistää asiakkaan toimintakykyä. Hoitotyöntekijä tarvitsee vahvan teoriaosaamisen sekä kliinisen hoitotyön toteuttamisen vahvuudet. Kotityöympäristönä edellyttää luovuutta ja kykyä itsenäiseen päätöksentekoon. Hoitotyön dokumentointi ja erilaisten teknisten laitteiden hallinta tulee osata. Kotona tehtävä työ on opettamista ja ohjausta, tiimityöskentelyä sekä yhteistyöosaamista. Kotihoitoa tulee kehittää näyttöön perustuvalla tiedolla, joka kehittää työn laatua ja työmenetelmiä. (Hägg, ym. 2007, 22–23.)

Kodin toimiessa hoitoympäristönä, voi asiakkaalle olla vaikeaa hyväksyä terveydenhuollon työntekijöitä kotikäynnille. Eettiset näkökulmat liittyvät tähän kahdesta tekijästä. Asiakkaan kotia eli omaa aluetta ei mahdollisesti kunnioiteta riittävästi ja kotona tapahtuvan hoidon jatkuvuutta ei voida turvata. Koti on tehty alun perin itselle sopivaksi ja muun muassa omien tavaroiden esillä olo luo nautintoa, muistelun mahdollisuutta ja käytännön apua omalla tavallaan. (Leino-Kilpi 2012, 282.)

### 3.5 Palvelutarpeen arviointi ja terveydenedistäminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kertoo säännöksistä hoitoon ja kohteluun liittyvistä asioista. Itsemääräämisoikeutta toteutetaan potilaan toiveiden mukaan yhteisymmärryksessä tai muulla hänen kanssaan hyväksytyllä lääketieteellisellä tavalla. Läheistä tai lähiomaista on myös kuultava sellaisissa tilanteissa, jossa potilas ei ole itse kykenevä esittämään omaa toivettaan itsemääräämisoikeudesta. Hoidon on kuitenkin toteuduttava sillä tavalla, että se vastaisi potilaan omaa tautoa ja hänen omaa henkilökohtaista etuaan. Palveluiden järjestämistä joudutaan kuitenkin suhteuttamaan olemassa oleviin voimavaroihin. (L18.8.1992/785.)

Kansanterveyslaki edellyttää, että yksilö saa terveyttä edistävää ja ehkäisevää sairaanhoitoa (L28.1.1972/66.) Lain edellyttämässä palveluissa painopisteenä on ensisijaisesti primaaripreventio eli riskien välttäminen. Neuvonnan avulla pyritään tiedon avulla vaikuttamaan yksilön käyttäytymiseen sekä elintapojen valintoihin, jotka voivat heikentää terveyttä. Ennaltaehkäisevällä toiminnalla pyritään myös sairauksien varhaiseen tunnistamiseen. (Helin 2008, 418.)

Ikäihmisten palvelutarpeen arviointi koskee muun muassa sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja joita ovat esimerkiksi koti- ja asumispalvelut. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle on annettava hänelle päätös palveluiden antamisesta tai epäämisestä kirjallisesti jos hän niin haluaa. Palvelutarpeen arvioi ilmaiseksi kunnan ikääntyneiden palvelusta vastaava viranomainen. (STM 2014.)

Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi toteutetaan pääsääntöisesti asiakkaan kotona, jotta saataisiin selkeä kuva asiakkaan selviytymisestä arjessa. Asiakkaalta kysytään hänen omaa arviotaan toimintakyvystä, voimavaroista, tarpeistaan ja toiveistaan. Lähiomaisen tai muiden läheisten henkilöiden mukanaolo haastattelussa on suotavaa. (Valvira 2012, 23.) Palvelutarvetta arvioitaessa on huomioitava seuraavia seikkoja: toimintakyvyn eri ulottuvuuksien (muun muassa fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen) kattava arviointi, asiakkaan ja/tai omaisen esittämä palveluntarve sekä kodin ja ympäristön esteettömyys. Arviointi tulisi tehdä moniammatillista näkökulmaa hyväksi käyttäen sekä erilaisten riittävää näyttöä osoittavien arviointimittareiden avulla. (Valvira 2012, 24.)

Itse arvioitu terveydentila kuvaa yleensä hyvin toimintakyvyssä ennakoitavissa olevia ja jo tapahtuneita muutoksia. Se on toimintakyvyn vajeiden ja rajoitusten keskeinen selittäjä, mutta toimintakyky on sinänsä fysiologisia tekijöitä laajempi käsite yhtäläillä kognition sekä sosiaalisen ja psyykkisen toiminnan alueet sekä suhteen ympäristöön. (Vilkkö, Finne-Soveri & Heinola 2010, 48.) Sosiaali- ja terveyspalveluihin hakeudutaan myöhään, jolloin toimintakyky ja sosiaalisen elämän laatu on jo selvästi heikentynyt. Tässä vaiheessa ennakoiville tukitoimille ei ole enää sijaa, vaan tarvitaan korjaavia toimenpiteitä. (Vilkkö ym. 2010, 55.)

Terveydenedistäminen (health promotion) on moniulotteinen käsite joka pitää sisällään terveyteen liittyvät yksilölliset, sosiaaliset, taloudelliset sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Terveyden edistäminen koostuu useista toisiinsa liittyvistä osa-alueista, joita ovat yksilön elinympäristöön kohdistuva terveysvalvonta (protection), laaja-alainen ehkäisevä toiminta (prevention), terveyskasvatus (education) ja terveyden suojelu (preservation) esimerkiksi rokottein. (Helin 2008, 417.) Käsitteenä esimerkiksi terveyskasvatus liitetään asiakkaan neuvontaan, jota tarjoaa terveyspalvelut. Puhutaan asiakkaan ja asiantuntijan tasavertaisesta sekä vuorovaikutuksellisesta terveydenedistämisen neuvonnasta ja ohjauksesta. Iäkkäiden asiakkaiden neuvonnassa ja ohjauksessa tulee kiinnittää huomioita yksilöllisiin kykyihin oppia ja hyödyntää ohjauksesta saatua tietoa. Omaisten läsnäolo ja heidän ohjaaminen on myös laadukasta terveysneuvontaa. (Helin 2008, 417.)

Terveydenhuollon henkilöstö on koulutettu ja sitoutunut primaari- ja sekundaari-prevention mukaiseen toimintaan, johon sisältyvät neuvontatyön lisäksi tiettyihin väestö- ja riskiryhmiin suunnatut terveydentilan määrääaikaistarkastukset ja seurantatutkimukset. (Helin 2008, 419.) Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon koko henkilökunta ovat käyneet läpi kolmivuotisen täydennyskoulutuksen vuosina 2010–2013, jonka pääpainona ovat olleet toimintakykyä tukevan ja kuntouttavan työotteen periaatteet ikäihmisten hoidossa ja palvelussa.

Koordinointi merkitsee erilaisten tarpeiden ja palveluiden mahdollisimman hyvää yhteensovittamista. Se merkitsee kokonaisvaltaista palvelujen hallintaa. Hoitoa ja hoivaa koskeva palvelusuunnitelma on tärkein koordinoinnin väline organisoita-

essa mahdollisimman hyvää tarpeiden ja palvelujen yhteensovittamista. (Øvretveit 1995, 58.) Jotta henkilö saisi tarpeista lähtevää palvelua, hoidon ja hoivan kokonaisjärjestelystä vastaavien on luotava tarvittavat yhteydet ja laadittava palvelusuunnitelmat yksilön tasolla (Øvretveit 1995, 67.)

On oleellista, että yksilölliset palvelut kotona selviytymisen tukemiseksi järjestetään saumattomasti sairauden edetessä. Oikeat palvelut tulee saada oikeaan aikaan. Kotona asuminen ei aina ole paras vaihtoehto erityisesti muistisairaille. Tämän vuoksi toiminnan ja palveluiden kehittäminen on välttämätöntä. Joustava tilanteiden ennakointi ja sujuva yhteydenpitomahdollisuus helpottaa huolta, tuo turvaa arkeen, parantaa olemassa olevien voimavarojen hyödyntämistä ja mahdollistaa pidemmän kotona asumisen. (Lovonen, Rosenvall & Nukari 2014, 200, 208.)

### **3.5.1 Voimavaralähtöisyys ja vuorovaikutus asiakastyössä**

Sosiaali- ja terveysalalla työskenneltäessä vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä ja lähes poikkeuksetta myös kaiken onnistuneen yhteistyön perusta. Työntekijän positiivinen asenne ja kuuntelutaidot rohkaisevat asiakasta tai potilasta kertomaan itsestään ja luomaan yhteyttä työntekijän ja asiakkaan tai potilaan välille. Onnistunut kohtaaminen luo luottamusta. (Raatikainen 2015, 51, 52.) Vanhusten kotona asumista säätelee heidän toimintakykynsä. Tämän taustalla on useita tekijöitä, jotka mielletään usein pelkäämistä fyysiseksi, vaikka sillä on myös sosiaalinen ja psyykkinen puolensa. (Laatikainen 2009, 7.)

Ihmisen tarve ja kyky vuorovaikutukseen ovat yksilöllisiä. Toiset ihmiset viihtyvät paremmin yksin kuin toiset tai kaipaavat keskusteluseuraa enemmän kuin toiset. Siten ei ole myöskään itsestään selvää, että kaikki ihmiset kokevat ja toivovat samantapaista kohtaamista ja vuorovaikutusta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen kanssa. (Raatikainen 2015, 107.) Vuorovaikutus on parhailtaan dialogia, jossa pyritään vastavuoroisuuteen, kunnioitetaan toista ja pyritään tasa-arvoiseen kohtamiseen. Ilman luottamuksen syntymistä asiakas tai potilas saattaa tuntea itsensä turvattomaksi. Onnistuneella vuorovaikutuksella voi auttaa lievittämään muun muassa kipua, ahdistusta ja masennusta. (Raatikainen 2015, 108.) Vuorovaikutus

ja siinä sisäistetyt merkitykset luovat pohjan myös ihmisen minäkäsitykselle. Ihmiset määrittävät itseään ja luovat minäkäsitystään aina suhteessa toisiin. (Kettunen ym. 2002, 16.)

Auttamistyön parissa työskentelevillä työn kohteena on hyvin eri-ikäisiä ja eri elämänvaiheissa olevia asiakkaita. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämässä inhimillinen vuorovaikutus voi olla jo itsessään parantavaa ja terveyttä edistävää. Elämänkaaren eri vaiheissa terveys ja hyvinvointi mielletään eri tavoin. Tunne ja kokemus eroavat objektiivisesti arvioidusta terveydentilasta. Terveyttä arvioidaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä hengellisen näkökulman kautta. Haasteena tässä määritelmässä ovat pitkäaikaissairaiden ja toipilaiden eli suurelta osin kotihoidon asiakkaiden rajautuminen, sillä heillä on yleisesti monia sairauksia ja toiminnanvajauksia. Ihmisen tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus taas liittyvät terveyden holistiseen näkemykseen. Elämönhallinnan kokemukseen kuuluvat terveys ja hyvinvointi subjektiivisena kokemuksena. (Suominen & Vuorinen 1999, 14–15.)

Hyvät vuorovaikutustaidot sekä yhteistyösuhteet asiakkaan, perheen ja yhteisön kesken kehittävät uusia vahvuuksia ja voimavaroja. Voimavaralähtöiseen toimintaan liittyvät myös terveyden edistäminen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. Kuntouttavaa työtettä tulisi korostaa niin koti- kuin laitoshoidossakin. Asiakkaan hoidon suunnittelu tulisi rakentua hänen omien voimavarojen ja toimintakyvyn lähtökohdista. Työntekijän tehtävänä on ohjaamalla, tukemalla ja kannustamalla motivoida asiakasta mahdollisimman omatoimiseen suoriutumiseen. Kuntoutumista edistävä työote toimii kokonaisvaltaisesti vaikuttaen aina fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Lähiverkoston mukaan ottaminen kuuluu myös sosiaali- ja terveystalouden ohjaaviin arvoihin sekä laadun kriteereihin. (Hägg ym. 2007, 20; Kettunen, ym. 2002, 9, 11.)

Vuorovaikutus on keskeinen hyvän arjen sujumisen, hoitamisen ja ohjaamisen väline sekä keino. Sen taitaminen on olennainen osa ammatillisuutta. Kun selittäminen ja puhuminen sinällään eivät auta, rauhoittavan ja turvallisen ilmapiirin luominen helpottaa. Levollisen tunnelman ja rauhallisen käyttäytymisen avulla



luodaan luottamusta ja vahvistetaan turvallisuudentunnetta. (Mönkäre, 2014, 94.) Luottamuksen (trust) lähikäsite on myös luottavaisuus (confidence). Luottamuksella ja luottavaisuudella on paljon yhtäläisyyksiä mutta myös eroja. Luottavaisuus tarkoittaa sitä, että tiedämme, mitä odottaa erilaisilta vuorovaikutustilanteilta, kun taas luottamus liittyy tilanteisiin, joissa emme tiedä, mitä odottaa. Luottamusta tarvitaan silloin, kun on tekemisissä tuntemattoman kanssa, kun toisen ihmisen käyttäytymistä ei voi ennustaa tai kun toisesta ei saada tietoa. (Rahikainen 2015, 20.)

### **3.5.2 Vaasan kaupungin palvelut kotona asumisen tueksi**

Kotihoito koostuu moniammatillisesta henkilökunnasta, johon kuuluu muun muassa kodinhoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja sosionomeja. Vaasan kaupungilla koti- ja laitoshoidon alaisuuteen kuuluva kotihoito käsittää kotipalvelun (alueet 1–5), sairaanhoidon (kotisairaalan, kotisairanhoidon, kotiuttamisyksikön ja kotikuntoutus), tukipalvelut sekä omaishoidon tuen. Kotihoito on yksi Vaasan kaupungin neljästä koti- ja laitoshoidon tulosalueesta. (Vaasan kaupunki 2015c; Vaasan kaupunki 2015a.)

Vaasan kaupungissa kotihoidon järjestämille palveluilla tuetaan tarpeiden mukaan ikääntyneiden sekä erilaisten toimintarajoitteisten vaasalaisten itsenäistä, turvallista ja hyvää elämää sekä heidän toimintakykynsä ylläpitämistä ja parantamista. Asiakkaan kokonaisvaltaista kotona tapahtuvaa hoitoa tukevat myös erilaiset tukipalvelut. Kotipalvelu tarjoaa vanhuksille, vammaisille sekä kaikille sellaisille asukkailla palveluita, jotka tarvitsevat apua arjen selviytymisessä ja mahdollisuudesta viettää täysipainoista elämää omassa kodissaan. Kunkin asiakkaan yksilölliset tarpeet otetaan huomioon ja heidän palvelut toteutetaan tarvittaessa ympärivuorokautisena hoitona tilapäisesti tai pitkäaikaisesti. Koti- ja laitoshoidon tulosalueella kaikki työskentely muuttuu selkeämmin toimintakykyä ylläpitäväksi. Ennaltaehkäisevin toimin pyritään siihen, että yhä suurempi osa ikääntyneistä asuisi normaalikodeissa. Virikkeitä ja erilaisia palveluita tuodaan asuinalueille. Pitkäaikaishoito tapahtuu pääosin avohoitona kotona tai palvelutalossa. (Vaasan kaupunki 2014, 21; Vaasan kaupunki 2011, 22.)

Kotihoidon asiakkaila on mahdollisuus erilaisiin kaupungin sisäisiin tukipalveluihin, joita ovat muun muassa vanhussosiaalityö, päivätoiminta (useita yksiköitä), viriketoiminta ja liikuntapalvelut. Ikäkeskus tuottaa palveluita yli 65-vuotiaille vaasalaisille joiden toimintakyky (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) on heikentynyt tai on vaarassa heikentyä. Ikäkeskus tekee arviointia toimintakyvystä, järjestää ohjausta ja seurantaa. Kotona asumisen tukemiseksi tarvittaessa järjestetään myös intervallihoitoa vuodeosastoilla sekä palvelutaloissa. Potilasasiamies sekä vanhusneuvosto toimivat kuntalaisten tukena. Muistipoliklinikka yhdessä lääkärin ja muistihoitajien kanssa osallistuvat arvioimaan kotona selviytymistä ja ohjaavat sekä omaisia että hoitohenkilökuntaa. Apuvälinelainaamosta järjestetään tarvittavat apuvälineet kotona asumisen mahdollistamiseksi. (Vaasan kaupunki 2015a.)

Vaasan kaupungin strategia perustuu muun muassa hyvinvoinnin turvaamiselle laadukkailla ja läheltä saatavilla palveluilla kaikissa elämänvaiheissa. Päätöksiä tehdään nopeasti, innovatiivisesti ja tehokkailla palvelumalleilla. Vaasan kaupungin menestyminen tulevaisuudessa perustuu hyvinvoinnin, vetovoimaisuuden ja taloudellisen menestymisen lähtökohtiin. Niiden avulla tulevaisuudessa turvataan muun muassa osaavaa työvoimaa, kaksi- ja monikielisiä palveluita ja hyvinvoivia kuntalaisia. (Vaasan kaupunki 2015b.) Ikääntyvän väestön palveluissa hoitajien määrää on lisätty sekä kotipalveluun, laitoshoitoon että palveluasumiseen. Tämän tavoitteena on ollut avohoidon tukeminen ja koko hoitoketjun toimivuuden parantaminen. Palveluita on ollut mahdollista järjestää myös palvelusetelin avulla, joka on lisännyt asiakkaan mahdollisuutta valinnanvapauteen yksityisiltä palveluiden tuottajilta. (Vaasan kaupunki 2011, 20.)

Ikäihmisten osalta palveluiden rakenteita ja sisältöä uudistetaan. Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelman tavoitteena on lisätä kotona asuvien toimintakykyä, jotta he voisivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Palvelutarvetta tulee kohdentaa ja toteuttaa oikeudenmukaisesti. Lisäksi koteihin tarvitaan monipuolisia kuntoutuspalveluita sekä eri ammattiryhmien yhteistyötä. Muun muassa palveluketjuja ja käytäntöjä uudistetaan. Myös gerontologiseen sekä ihmissuhde- ja yhteistyöosaamiseen panostetaan. (STM 2012, 24–25; Kettunen ym. 2002, 9.)

Vaasassa kotihoidon asiakkaista yli 80 % on yli 75-vuotiaita ja 36 % yli 85 vuotta täyttäneitä. Tilastokeskuksen mukaan yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa Vaasassa noin 100 hengellä per vuosi vuoteen 2020 saakka. Vuodesta 2025 kasvu on 250 henkilöä per vuosi. Väestöennusteen mukaan asiakasmäärät kasvavat alueellisesti eniten Suvilahdessa, Huutoniemellä sekä Gerbyssä. (Skjäl 2007, 3; Vaasan kaupunki 2010, 14.)

## 4 ESIMIESTAIDOT JA JOHTAMISOSAAMINEN

Tässä opinnäyteyössä tarkastellaan esimiesten sekä viestinnän ja vuorovaikutusten osuutta kotihoidon turvallisuusajattelun huomioimisessa. Erityisesti muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon työympäristössä johtamisella on entistä suurempi merkitys. Kaste-hankkeen mukaan (STM 2012, 30) henkilöstön hyvinvoinnista ja osaamisesta tulee huolehtia ja monialaista toimintaympäristöä tulee kehittää. Näitä tietoja tulee kerätä sekä alueellisesti, että kansallisesti.

### 4.1 Esimiehen osaamisvaatimuksista

Simströmin väitöskirjan mukaan hyvän esimiehen viisi tärkeintä ominaisuutta ovat ryhmä- ja yhteistyötaidot, läpinäkyvyys, kannustavuus, empatia ja kyky kehittää toista. Vasta näiden jälkeen tärkeänä pidettiin delegointikykyä, organisointikykyä ja päätöksentekotaitoa. (Heiskanen-Haarala 2009, 28.)

Johtaminen määritellään toiminnaksi, jonka avulla ihmisten työpanosta ja fyysisiä voimavaroja pystytään hankkimaan, kohdentamaan ja hyödyntämään tehokkaasti tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. (Seeck 2008, 20.) Johtamisosaamisella tarkoitetaan terveydenhuollon johtamisessa edellytettäviä ominaisuuksia, tietoja taitoja, arvoja, motivaatiota ja kykyä johtaa (Sinkkonen & Taskinen 2005, 78). Arvot määritellään tavallisesti pysyviksi, mutta merkitykseltään vaihteleviksi päämääriksi, jotka ohjaavat ihmisen tai ryhmän toimintaa. Näihin arvoihin liittyy universaaleja ja partikulaarisia eli erityisiä piirteitä. Arvot ovat universaaleja, koska ne ovat pysyviä ja ihmiset pitävät tiettyjä arvoja tärkeinä riippumatta siitä, millaisessa yhteisössä tai yhteiskunnassa he elävät. Toisaalta arvot ovat myös partikulaarisia, koska niiden tulkinta vaihtelee sen mukaan, miten ne koetaan ja mitä kussakin yhteisössä tai yhteiskunnassa kulloinkin arvostetaan. (Virtanen 2007, 47.)

Asioiden johtaminen (management) koostuu joukosta prosesseja, joilla monimutkainen ihminen ja tekniikoiden muodostama järjestelmä pidetään käynnissä. Tärkeimpiä asioiden johtamisen osa-alueita ovat suunnittelu, budjetointi, organisointi, miehitys, valvonta ja ongelmanratkaisu. Ihmisen johtaminen tai johtajuus (leadership) koostuu joukosta prosesseja, joilla organisaatiot alun perin perustetaan tai

joilla niitä muutetaan olosuhteita vastaaviksi. Johtajuutta harjoittaessa määritellään, miltä tulevaisuuden tulisi näyttää, koordinoidaan ihmiset tuon vision taakse ja kannustetaan heitä tekemään visiosta totta esteistä huolimatta. (Kotter 1996, 23.)

Viitalan (2009, 69–70) mukaan asioiden johtaminen (management) käsittää suunnittelua ja budjetointia, organisointi ja henkilöstömitoituksen tarkastelua, vastuiden ja valtuuksien sekä toimintaohjeiden määrittelyä. Päätöksenteko ja valvonta kuuluvat ennalta asetettujen odotusten kanssa asiajohtamisen määritelmiin. Ihmisten johtaminen (leadership) käsittää suunnanmäärittämisen, vuorovaikutukset, viestinnän, motivoinnin, innostamisen ja muutoksessa elämisen tasot.

Henkilöstöjohtamisen osa-alueisiin kuuluu henkilöstön suunnittelu ja hankinta, perehdyttäminen, osaamisen kehittäminen, suoritusten seuranta, työhyvinvoinnin edistäminen, työsuhteiden aloittaminen ja irtisanominen sekä päivittäisjohtaminen. Näistä yksittäisistä osa-alueista muodostuu henkilöstövisio, joka on yhteenvedo toiminnan tavoitteesta. (Viitala 2009, 22–23.)

Hoitotyössä johtajan tehtävänä on osallistua oman toimialueensa asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseen sekä edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Henkilökunnan osaamisen ja hyvinvoinnin lisääminen on myös ensiarvoisen tärkeää. Hoitotyön johtamistehtävissä työskenteleviltä vaaditaan johtamiskoulutusta, sitoutumista omiin työtehtäviin sekä jatkuvaa itsensä kehittämistä johtamisosaamisen suhteen. Resurssien ohjaaminen sekä toiminnan tuloksellisuuden takaaminen liittyvät taloudellisten resurssien hallintaan sekä pelisääntöjen vakiinnuttamista. (Holopainen ym. 2013, 30–31; Kaistila 2005, 7.)

Terveydenhuollossa tapahtuu jatkuvasti muutoksia ja toimintaa kehitetään vastaamaan asiakkaiden tarpeita. *Näyttöön perustuvassa toiminnassa* etsitään toimivia käytäntöjä toiminnan kehittämiseen. Hoitotyössä johtajan keskeisenä roolina on kehittää toimintaa sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuolto muuttuu jatkuvasti, jolloin erityisiä haasteita tulee muun muassa uusien hoitomenetelmien, kehittyvän teknologian sekä yhteiskunnallisten sekä sosiaalisten painopisteiden muuttuessa. Jotta voidaan osata hyödyntää tutkittua

tietoa, edellyttää se kouluttautumista ja oman osaamisensa kehittämistä. (Holopainen ym. 2013, 9–12.)

*Toiminnan kehittämisen* avulla pyritään saamaan aikaan muutosta vanhoihin ja totuttuihin toimintatapoihin. Ajattelutapojen muutos on olennainen edellytys yksikön toiminnan muutokselle. Pysyvä muutos vaatii pitkäjänteisyyttä ja kykyä nähdä muutoksen merkitys osana laajempaa kokonaisuutta. Organisaation muutoksen mahdollistavia asioita ovat muun muassa työympäristö, jossa raportointi, seuranta ja kontrolli ohjaavat muutosta, toiminnallinen ympäristö on avoin. Organisaatiossa muutokset perustellaan kaikille, joita ne koskevat. Organisaatio on emotionaalinen ympäristö, joka luo toivoa paremmasta ja lieventää pelkoja. (Lauri 2006, 115.)

*Eettinen johtaminen* määrittellään eettisesti kestävä toimintakulttuurin juurruttamiseksi työpaikoille, jossa myös arvot edistävät sen muodostumista. Eettisiin periaatteisiin lukeutuu myös korkean tieto- ja osaamistaidon hallinta. Palvelutilanteiden monimuotoisuuden vuoksi vaaditaan myös päätöksien tekemistä eettisesti vaativista tilanteista. Arvojen tulee olla osana henkilökunnan kehittämisessä ja niiden tulee olla konkreettinen osa esimerkiksi henkilöstön valminnassa. Työyhteisössä ilmeneviin eettisiin ongelmiin tulee puuttua avoimesti ja konkreettisesti. Hallinnon tärkeimpiä arvoja ovat asiantuntijuus, avoimuus, tasa-arvo, luotettavuus, palvelu- ja asiakaslähtöisyys sekä tuloksellisuus. Eettisten ohjeiden vaikuttavuus työyhteisöön heijastuu negatiiviseksi silloin, jos ne jäävät vain toimimattomiksi ohjeiksi. (Salminen 2008, 14–16; Hujala, Laulainen, Sinkkonen & Taskinen 2009, 34.)

#### **4.1.1 Implementointi**

Toiminnan arvioinnin vaiheet ja mitattavuus liittyvät *käyttöönottoon* eli *implementointiin*. Implementointi sisältää menetelmän kehitys-, toteutus-, käyttö- ja päivitysvaiheet. Menetelmän kehittäminen ja mittaaminen voidaan jaotella eri vaiheisiin, joita ovat toiminnan arvioinnin suunnittelu sekä tutkimustulosten implementointi tutkimustulosten perusteella. (Bourne, Mills, Wilcox, Neely & Platts 2000, 757; Sillanpää 2014, 10.)

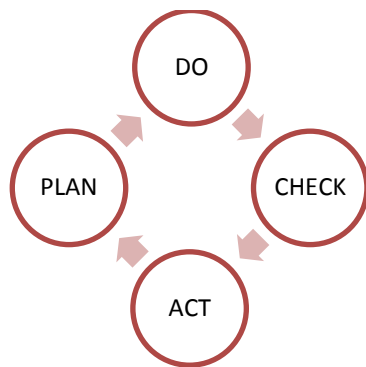
Käyttöönotto liittyy myös siihen, mihin muun muassa resursseja, työyksikön johtamistyyliä ja palautejärjestelmää ollaan kehittämässä ja kuinka sitä käytännössä tuetaan. Yleisesti on tiedossa, että tutkimusnäytön käyttöönotto vie pitkän aikaa, siksi käyttöönoton nopeuttamista korostetaan. Erilaisten menetelmien avulla käyttöönottoa on mahdollista nopeuttaa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 86–87.) Implementoinnin toteuttaminen nähdään ylimmän johdon keskitettynä prosessina, jossa ryhmätyöskentelyn avulla strategia suunnitellaan. Täytäntöönpanosta huolehtivat organisaation muut toimijat. (Sillanpää 2014, 10.)

Aaltosen ja Ikävalkon (2002, 416) mukaan onnistuneessa implementoinnissa näkyy kyky yhdistää ja ymmärtää oman organisaation vision ja strategian merkitys toiminnan kehittämisessä. Implementoinnissa yhdistyvät sekä viestintä, tulkinta, omaksuminen ja toiminta.

Lähiesimiehen tehtävänä on valvoa ja organisoida toimintaa, seurata tuloksia sekä arvioida toiminnan laatua strategisten linjojen mukaisesti. Lähijohtamisen avulla vaikutetaan henkilöstön osaamiseen, jaksamiseen ja tuotetun hoidon laatuun. Johtajan keskeisiä työvälineitä ovat tavoite-, muutos-, osaamis- ja tietojohdamisen elementit. (THL 2012, 12–13.)

Kun työ tehdään hyvin, sen katsotaan olevan laadukasta. Eräs laadun malli on niin sanottu Demingin ympyrä, joka kuvaa vaihe vaiheelta yksinkertaistetun syklin laatutyön kehittämisvaiheista. Demingin ympyrä muodostuu neljästä eri vaiheesta (plan – do – check – act). Sykli on iteratiivinen, mikä tarkoittaa, että laatutyön kehittäminen on jatkuvaa. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 49.)

Demingin ympyrää (Laaksonen ym. 2012, 49) voidaan ajatella toiminnan kehittämisen ja laadukkaan työn näkökulmasta. (Kuvio 1.) Turvallisuusajattelun tarkastelussa ja sen huomioimisessa lähtökohtana toimii check–vaihe, eli tarkistusvaihe. Henkilökunnalla on koulutustaustasta riippuen erilaiset valmiudet turvallisuusajattelun huomioimisessa. Kyselyn ja kartoituksen avulla tarkistetaan, mitkä ovat kotioidon henkilökunnan näkemykset turvallisuusasioista.



**Kuvio 1.** Demingin laatuympyrä. (Laaksonen ym. 2012, 49.)

#### **4.1.2 Näyttöön perustuva toiminta**

Näyttöön perustuva toiminta (evidence-based practice) määritellään yleisesti parhaan ajantasaisen tiedon hankkimiseksi sekä sen järjestelmälliseksi, kriittiseksi ja harkituksi käytöksi yksilöllisissä asiakastapauksissa. (Sarajärvi 2009, 3; Korteniemi & Borg 2008, 9.)

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on antaa asiakkaille ja potilaille paras mahdollista, vaikuttavaa hoitoa. Näyttöön perustuva toiminta mahdollistaa potilaalle/asiakkaalle parhaan mahdollisen hoidon ajantasaisen ja harkitus tiedon perusteella. Siihen kuuluu myös terveyden edistäminen sekä hänen läheisten huomioiminen. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen hyödyntämällä vaikuttavaksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuva toiminta yhteenäistää hoitoa, sosiaali- ja terveystieteiden toimintayksiköiden ja koulutuksen toimintatapoja, lisää toiminnan tehokkuutta sekä lisää henkilöstön osaamista. (STM 2009, 53–54.)

Näyttöön perustuvalla toiminnalla edistetään koulutuksen ja palveluiden tehokkuutta, taloudellisuutta ja laatua. Se tukee asiakaskeskeisyyden toteutumista, eettisten näkökohtien huomioimista hoitotyössä ja potilaan oikeutta parhaaseen ajantasalla olevaan hoitoon. Koulutus on perinteinen kehittämistapa ja sitä pidetään myös keskeisenä ja kohtalaisen tehokkaana menetelmänä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. (Melender & Häggman-Laitila 2010, 37.)



Näyttöön perustuvassa hoitotyössä (evidence based nursing) johtajalta vaaditaan päätöksenteossa kokemusta ja harkintakykyä, paikallista organisaatiokohtaista tietoa, kriittisesti arvioitua tutkimusnäyttöä sekä kulloiseenkin päätöksentekoon liittyvien sidosryhmien näkökulmaa. Mitä suuremmasta päätöksestä on kyse, sitä perustellummin johtajan tulee se osoittaa. Tällaisia suuria muutoksia ovat esimerkiksi taloudellisesti mittavat päätökset. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on yhtenäistää organisaatiossa olevia käytäntöjä. Asiakastyössä tällainen toiminta heijastuu muun muassa hyvänä ja tasalaatuisena palveluna. (Holopainen ym. 2013, 32–33; Laaksonen ym. 2012, 44-46; Sarajärvi 2009, 3.)

Tutkimuksen avulla myös tuotetaan erilaisia mittaritita hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden arviointiin ja tuottaa ajantasaista näyttöä hoitotyön arkeen. (Kankkunen ym. 2013, 32). Vaikuttavuus sijoittuu tulostavoitteiden ja tuloksellisuuden väli- maastoon ja sillä kuvataan tulosten ja aikaansaatuisten vaikutusten välistä suhdetta (Laaksonen ym. 2012, 278).

Näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttamiseksi osaksi ammatillista käytäntöä edellyttää panostamista. Sekä työntekijöiltä, organisaatiolta, että tukevilta tahoilta edellytetään toimintaan sitoutumista. Työntekijöiltä edellytetään uskottavuutta sekä kykyä ja halua hankkia tietoa sekä kriittisesti arvioida sitä. (Korteniemi ym. 2008, 46.)

## **4.2 Vuorovaikutus ja viestintä**

Kotihoidossa toiminnan sujuvuutta ja toimivuutta edistävät onnistuneet vuorovaikutus- ja yhteistyötilanteet. Esimiehiltä vaaditaan monen eri tieteenalan hallitsemista sekä ominaisuuksia toimia johtajana. Esimiestyössä tarvitaan sekä johtamisosaamista, että kliinisen osaamisen hallintaa. Tulevaisuuteen suuntaaminen sekä visio siitä, mihin toimintaa ollaan suuntaamassa, tulee näkyä vahvasti päivit- täisessä esimiestyössä. Yhteistyötä terveydenhuollon eri toimijoiden kanssa edistävät avoin asenne, kuunteleminen, kyky reflektoida sekä verkostoituminen. (Tel- laranta 1999, 10–13.) Johtamista ja viestintää ei tulisi erottaa toisistaan, sillä käytännössä johtaminen ei ole mahdollista ilman viestintää. Viestinnän tarkoituksena

on tuottaa ja ylläpitää yhteisyyttä sekä rakentaa ja muokata identiteettejä. (Seeck 2008, 363, 366.)

Muutoksia aikaansaavassa ja luovassa työympäristössä johtamisen tulee vaikuttaa työntekijöihin idealisoivasti, inspiroivasti ja motivoivasti. Yksilöllisyyttä, yksilön kykyä, päätöksentekoa ja vastuunottoa tulisi korostaa. Tällaisen toimintamallinen tavoite on organisaation vahvistaminen sekä uudistaminen yhdessä henkilökunnan kanssa. (Telaranta 1999, 85–86.) Organisaation viestinnässä pääpainona ovat tiedon välittäminen työntekijöille ja heidän sosiaalistaminen organisaation jäseniksi. Henkilökunnan tulee näinollen tuntea organisaation viralliset ja epäviralliset viestintäkanavat. (Seeck 2008, 373.)

Esimiehen tulee hallita johtamisen ja viestinnän keinot, sillä ne kulkeva käsi kädessä. Esimiehen vastuulla ovat avoimen ja vuorovaikutuksellisen viestinnän toteuttaminen. Kaikkien organisaation työntekijöiden tulee ymmärtää heidän oma vastuunsa tiedonkulusta sekä tiedottamisesta ja olla aktiivisesti oikeutettuja saamaan informaatiota. Esimiehen tehtäviin kuuluu myös huolehtia siitä että työntekijät sisäistävät ajatuksen viestinnän merkityksestä toiminnan tuloksellisuuden tukemiseen. Myös aktiiviseen tiedonhakuun tulee kannustaa. (Niemi ym. 2006, 250–251; Kaistila 2005, 8.)

Kotihoidossa viestintää tulee toteuttaa johdonmukaisesti ja pitkäjänteisesti. Viestinnän tarkoituksena on tukea organisaation perustoimintoja siten, että henkilökunta, potilaat ja muut hoitoon liittyvät tahot saavat riittävästi tietoa muun muassa hoitolinjoista ja jatkojärjestelyistä. Viestinnän tehtävänä on myös tukea henkilökunnan sitoutumista työhönsä ja tavoitteisiin sekä tukea yhteisökuvan muodostumista mission, strategian ja vision suuntaan. (Nordman 2002, 123–124.)

Työyhteisöviestinnässä tulee ottaa huomioon viestijän ja vastaanottajan eroja siinä, miten he osaavat ottaa vastaan tietoa ja toimia tiedon välittäjänä. Uusien kommunikaatiokeinojen omaksuminen on tärkeää, sillä terveydenhuollon alalla kommunikaatio rakentuu eri tavalla. Esimiestyössä kommunikaatio jakautuu alaisen, johtajien, kollegoiden sekä yhteistyökumppaneiden kanssa. (Telaranta 1999, 109–110.)

Viestinnän peruselementtejä ovat viestin lähettäjä, viestintäkanava, viestin vastaanottaja ja viesti itse. Hyvään hoidon laatuun kuuluu tehokkaat viestintäkanavat kaikkina vuorokauden aikoina. Hoitoon osallistuvien keskinäisessä viestinnässä tulee edustaa potilaan näkökulmaa muun muassa hoitoryhmän tiedotustilaisuudessa. (Saranto & Ikonen 2007. 157–158.) Ryhmä- ja tiimityön käyttöönotto ja organisaatioiden verkostoituminen lisäävät omalta osaltaan henkilöstön viestintätarpeita. Erityisesti on pyrittävä muuttamaan yksilötyössä syntyvä hiljainen tieto näkyväksi ja jakamaan se muiden kanssa. Tiedon luominen ja jakaminen työpaikalla edellyttää keskustelevaa vuorovaikutusta sekä luottamuksen ja arvostuksen ilmapiiriä. Tiedotustilaisuuksien hallinnollista, sosiaalista ja koulutuksellista tehtävää on siten kehitettävä, mikäli tiedottaminen potilaan hoidosta muuttuu suullisesta hiljaiseksi tai siirtyy potilaan vuoteen vierelle. (Saranto ym. 2007. 160.)

Koordinaatio ja palvelun laatu riippuvat viestinnästä. Kaikista laatuun liittyvistä ongelmista viestinnän ongelmat ovat kaikkein kalleimpia ja samalla kuitenkin halvimpia ratkaista. Viestinnän parantamisen avulla voi parhaiten kehittää koordinaatioita ja palvelujen laatua. (Øvretveit 1995, 229.) Viestinnässä voidaan havaita kolme eri viestintätyyppiä. Niitä ovat yksisuuntainen viestintä (one-way communication), jossa esimerkiksi yksi tai useampi tiimin jäsen vastaanottaa viestin lähettäjältä. Kaksisuuntaisessa viestinnässä (two-way communication) kaksi ihmistä tai ryhmää keskenään lähettävät toisilleen informaatiota muun muassa asiakkaan hoidon kokonaisjärjestelyistä. Kolmantena vuoropuhelussa (dialogissa) on kaksi ihmistä tai ryhmää, jotka työskentelevät yhdessä luodakseen uutta merkitystä ja ymmärtämistä. (Øvretveit 1995, 232.) Monet sellaiset ongelmat, jotka ensi silmäyksellä näyttävät viestinnän ongelmilta, ovatkin tiimin malli- ja rakenneongelmia: esimerkiksi tiimillä ei ole yhteisiä toimitiloja tai tiimissä on liian monta osa-aikaista työntekijää (Øvretveit 1995, 246).

Sisäisen viestinnän katsotaan olevan toimivaa silloin, kun se on avointa ja dialogista. Viestinnän tulee myös kohdistua oikeaan sidosryhmään ja siihen ajatukseen että viestintä on osa koko työyhteisön tavoitetta. Jokaisella työntekijällä on oikeus saada tarvitsemansa tieto, joka kulkee virallisten reittien kautta. Lisäksi kaikkien työyhteisön jäsenten tulee osata käyttää työyhteisössä olevia viestimiä. Sisäisen

viestinnän keinoja ovat muun muassa kokoukset, johdon ja esimiesten jalkautuminen työntekijöiden luokse, sähköposti, intranet ja suullinen tiedoksianto. (Nieminen, Nietosvuori & Virikko 2006, 242; Telaranta 1999, 112.)

Viestinnässä ja tiedonkulussa tulee myös huomioida asiantuntevan hoidon laaja-alainen hallitseminen. Työn mekaaninen osaaminen ei käsitä asiantuntevan hoidon ja työn kriteerejä. Asiantuntijuuteen liittyvät myös kokemustieto jota työntekijä on kartuttanut työtä tehdessään. Hiljainen tieto ja intuitio ovat tärkeitä silloin kun havainnoidaan tilanteita ja ympäristöä. (Vallejo Medina ym. 2005, 12–14.)

Moniammatillisen yhteistyön ja viestinnän saamasta muodosta riippumatta, hyvä kommunikointi ja selkeä viestintä ovat onnistuneen tiimityön kulmakiviä. Eri ammattikunnat tuovat neuvottelu- ja suunnittelutilanteeseen oman erityisosaamisensa lisäksi myös oman ammattisanastonsa ja lähestyvät käsiteltävää asiakokonnaisuutta tai potilastapausta omasta perspektiivistään. Eri ammattikuntien läsnäolo tarkoittaa siis väistämättä paitsi erilaisten persoonallisuuksien ja toisistaan eroavien erityissanastojen sekoittumista toisiinsa myös ammattitaustan mukaan vaihtuvien painotusten, arvojen ja asenteiden kohtaamista. (Nikander 2002, 56.)

Organisaation sisäiseen ja ulkoiseen viestintään tulee kiinnittää huomiota. Erityisesti sisäisen viestinnän kehittäminen parantaa organisaation tuottavuutta, vähentää poissaoloja, tuo palvelulle parempaa laatua, vähentää lakkoja ja lisää innovatiivisuutta. (Vuori 2005, 225–226.) Kotihoidon näkökulmasta tarkasteltuna sisäisen ja ulkoisen viestinnän kehittäminen parantavat tiedonkulkua, toiminnan sujuvuutta, kehittämistä sekä yhteistyötä muun muassa omaisten ja yhteistyötahojen kesken.

#### **4.2.1 Moniammatillisuus ja oppiva organisaatio**

Moniammatillisen eli eri alojen asiantuntijoiden yhteisen toiminnan avulla voidaan jakaa tietoa puolin ja toisin sekä saada aikaan keskustelua. Kokonaisvaltaisuus ja moniammatillisuus ovat sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden hyvän palvelutuotannon perusta. Jaetun tiedon ja osaamisen avulla saavutetaan enemmän, mi-

hin yksittäinen ihminen ei yksin pystyisi. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 103.)

Moniammatillisuuden merkitys korostuu muun muassa rakentaessa saumattomia palveluketjuja, joissa on kyse palvelujen järjestämisestä asiakkaiden kannalta mahdollisimman joustaviksi. Palveluketju muodostuu asiakkaan siirtyessä erilaisen palveluiden piiristä toiseen, esimerkiksi sairaalasta kotiin. Joustavuuden ja sujuvuuden takaamiseksi on paikannettava ja poistettava katkokset ja päällekkäisyydet. Palveluketjuihin sisältyviä prosesseja voidaan kehittää laadukkaasti vain moniammatillisissa työryhmissä parantamalla muun muassa saumattomuutta työnteiköiden ja toimintapisteiden välillä. (Outinen ym. 1999, 11–12.)

Kotihoidon näkökulmasta palveluiden saumattomuus korostuu erityisesti niissä tilanteissa, kun uusi asiakas saapuu kotihoidon asiakkaaksi. Tieto asiakkaan tarpeista tulee tapahtua hyvissä ajoin ennen asiakkaaksi siirtymistä, tietojen tulee olla ajanmukaisia ja palvelun tulee jatkua samalla ilman katkoksia. Moniammatillisen toiminnan ja palveluiden suunnittelun toimivuus näkyy myös niissä tilanteissa kun kotihoidon asiakas esimerkiksi kotiutuu sairaalasta. Toistaiseksi haasteita tiedonkulussa lisäävät muun muassa eri organisaatioiden käyttämät erilaiset potilastietojärjestelmät.

Oppivan organisaation toimintamallissa korostetaan toiminnan jatkuvaa kehittämistä, erillisten yksilöiden ja ryhmien toiminnan integroitumista ja toiminnan kehittymistä yhteistoiminnalliseen suuntaan.

#### **4.2.2 Ammattitaidon ja työn kehittäminen**

Oman alansa hyvällä hallitsemisella eli asiantuntijuudella ja toimivalla sekä hyvällä vuorovaikutuksella saa aikaan luottamuksen rakentumista. Adaptiivinen asiantuntijuus tarkoittaa kykyä vastata muuttuneisiin tarpeisiin ja samalla laajentaa osaamistaan. Se tarkoittaa myös kykyä omaksua uusia taitoja, käsitellä haasteita ja muuttaa niitä asteittain rutiineiksi. (Raatikainen 2015, 79–80.)

Osaamisen johtamista (knowledge management) korostetaan nykyaikajattelussa, koska se voidaan ymmärtää yksilön inhimillisen pääoman osaksi ja kykyyn toteut-

taa perustehtävänsä. Siihen liittyy myös kyky hallita ja ohjata tietoa, taitoa ja kokemusta. (Sinkkonen & Taskinen 2005, 78; Laaksonen ym. 2012, 144).

Ammatillisuutta kuvaavia ominaisuuksia ovat muun muassa asiantuntemus, itenäisyys, sitoutuminen työhön sekä eettisyys ja siihen liittyvät ohjeet. Kyky nähdä kokonaisuuksia niiden yksityiskohdilta, erottaa oleelliset asiat epäoleellisista ja yhdistellä erilaisia asioita toisiinsa ovat asiantuntemuksen keskeisiä ominaisuuksia. (Lauri 2006, 87.) Taito perustuu toimintaan, mutta se vaatii myös ajattelua. Taito ei ole vain sitä, että hoitaja osaa tehdä jotakin, sillä hänen on myös ymmärrettävä miksi toimitaan ja miten toiminta vaikuttaa. Taidon avulla yhdistetään teoria ja käytäntö. Hoitotyön toiminnat eivät ole vain sarja erilaisia toimenpiteitä, vaan niihin kuuluu myös huolenpitoa, aitoa mukanaoloa ja empatiaa. (Lauri 2006, 93.)

Henkilöstön kehittäminen sisältää kokonaisuutena henkilöstön valintaan liittyvät asiat, henkilöstön perehdyttämisen, työnopastuksen ja täydennyskoulutuksen. Käyttämällä osaamistarveanalyysiä kehittämistyön pohjana voidaan selkeämmin rajata erilaiset tarpeet, jotka liittyvät yksilöön ja organisaatioon yhdessä ja erikseen. Tarpeitten selvittäminen palvelee molempia osapuolia. (Laaksonen ym. 2012, 150.)

*Lähihoitajan* ammatti antaa valmiudet laaja-alaiseen perushoidon toteuttamiseen. Lähihoitajilta edellytetään monenlaista osaamista. Ydinosaamiseen kuuluvat muun muassa oman ammatillisen osaamisensa kehittäminen sekä kotihoitotyön kehittäminen. Vuorovaikutukselliset taidon ja niiden kehittäminen kuuluvat myös lähihoitajien perusosaamiseen. Kotihoidossa työskentelyyn kuuluvat myös työprosessien, työtehtävien ja työturvallisuuden hallinta. *Sairaanhoitajan* ammattikorkeakoulututkinto antaa edellytyksen toimia kotihoidossa asiantuntijana. Asiantuntijuus koostuu hoitotieteestä. Sairaanhoitajan työ edistää asiakkaan terveyttä, ehkäisee sairauksia, on hoitavaa ja kuntouttavaa työtä. Sairaanhoitajien tehtävänä kotihoidossa on seurata asiakkaiden terveydentilaa, suunnitella ja toteuttaa lääkkeitä, ohjata, tukea sekä neuvoa asiakkaita ja omaisia. Myös hoitotyön kehittäminen kuuluu sairaanhoitajan työhön. (Ikonen 2013, 172–174; Kaistila 2005, 13.)

Henkilöstön riittävyys ja osaaminen ovat edellytyksenä turvalliselle ja laadukkaalle palvelulle. Tutkimusten mukaan myös hyvin toteutettu lähijohtaminen ovat yhteydessä hyvään hoitoon, laatuun ja vaikuttavuuteen. Tämä lisää myös henkilökunnan työhyvinvointia, potilasturvallisuutta ja työturvallisuutta. Kotihoidon henkilökunnan määrä lasketaan asiakkaille määrättyjen hoidon ja hoivan tuntien mukaan. Tällä tarkoitetaan välitöntä työaika, joka tapahtuu asiakkaan luona. Asiakastyön tuntimäärää ja sen suhdetta henkilökunnan riittävyyteen tulee seurata tarkoituksenmukaisella seurantajärjestelmällä. (STM 2013.)

Työssä oppiminen ja työn kautta oppiminen korostuvat, ja erityisen tärkeänä pidetään oman alan osaamisen hallitsemista ja kehittämistä työelämän muutoksessa. (Lauri 2006, 120.) Oman, työtovereiden ja yhteistyökumppaneiden työn ja ammattitaidon arvostaminen on moniammatillisen kotihoidon perusta. Muun muassa laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetään, että terveydenhuollon ammattilaisen on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Laissa määritellään keskeiset oikeudelliset periaatteet, jotka liittyvät sosiaalihuollon asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan. Siihen sisältyvät myös periaatteet asiakaslähtöisyydestä ja asiakassuhteen luottamuksellisuudesta sekä asiakkaan oikeudesta hyvään palveluun ja kohteluun. Lisäksi työntekijällä on vastuu ammattitaitonsa ylläpitämisessä, kehittämisessä ja syventämisessä. (L28.6.1994/559; Ikonen & Julkunen 2007, 157; Ruohotie 2000, 57.)

### **4.3 Työhyvinvointi ja työturvallisuus**

Johtamisen tarkoitus on ohjata toimintaa kohti tavoitteita. Työhyvinvoinnista huolehtiminen kuuluu toimintaedellytysten varmistamiseen ja takaa työkyvyn edellytykset työpaikan osalta. Jotta työhyvinvoinnista huolehtiminen ei jäisi yksittäisten esimiesten valistuneisuuden, kykykkyyden ja voimavarojen varaan, on välttämätöntä, että organisaatiossa todetaan ylimmältä taholta organisaation tahtotila työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden suhteen. Terveiden ja turvallisuuden edistämiseen sitoudutaan julkisesti, mikä näkyy käytännön toiminnassa. Tahtotilaa voi-

daan purkaa auki organisaation arvoiksi tai työhyvinvoinnin edellytyksiksi. (Aho-la 2011, 125.)

Työhyvinvointia lisääviä henkilökohtaisia tekijöitä ovat oma ammattitaito, elämäntilanne, työssä vaadittavan osaamisen hallitseminen sekä kokemus oman työn hallinnasta. Muita työhyvinvointiin vaikuttavia asioita ovat työyhteisön toimivuus, esimiestyö ja johtaminen sekä työolot. (Hägg ym. 2007, 192). Kun työntekijä kokee, että hän voi tehdä työnsä hyvin ja kokea elämää yhdessä asiakkaan kanssa, hänen omat voimavaransa saattavat vain kasvaa. Kuluttavinta sosiaali- ja terveysalalla ovatkin usein kiire ja työntekijän tietoisuus siitä, että ajan puute estää asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen ja siten myös tehdystä työstä nauttimisen. (Vilén ym. 2002, 96.)

Työyhteisössä voidaan ylläpitää luottamusta huomioimalla seuraavia asioita. Olemalla avoin ja rehellinen kollegalle, luota kollegasi kompetenssiin eli osaamiseen, ota toisen tarpeet huomioon ja huomio häntä sekä huomioi, että puheiden ja tekojen tulee olla yhdenmukaisia. Työyhteisössä luottamuksen tulee perustua rehellisyyteen ja todellisuuteen. Keskeistä on, että huolehdintaan yhteisön tiiviistä yhteistyöstä, hyvästä päätöksentekokyvystä, arviointikyvystä, lojaliteetista sekä avoimuudesta. (Raatikainen 2015, 157.)

Työhyvinvointia lisäävät työntekijän vaikutusmahdollisuudet sekä sananvalta omaan työhönsä. Näitä ovat työntekijän mahdollisuuksia vaikuttaa esimerkiksi omiin työaikoihin, työmenetelmiin, työtahtiin ja töiden jakamiseen. Osallistumisen mahdollisuudet edellä mainittuihin asioihin lisäävät hallinnan tunteen kokemista omassa työssä. (Kivimäki, Elovainio, Vahtera & Virtanen 2005, 150–151.) Myös työntekijän oma jaksaminen työssä on ensiarvoisen tärkeää, ja olisi hyvä, jos hänellä olisi kollegoiden ja esimiehen tuki. Työyhteisön olisi voitava olla sellainen, että yksittäinen työntekijä luottaa siihen, että kollegoilta saa apua ja tukea tarvittaessa. (Raatikainen 2015, 58.)

Turvallisuudella tarkoitetaan sekä fyysistä että psyykkistä tilaa. Turvallinen työympäristö on tärkeä osa jaksamista. Esimerkiksi tieto siitä, kuinka väkivaltatilanteissa tulee toimia, edistää suuresti työntekijän jaksamista. Myös hälytysjärjestel-



mät, riittävä valaistus, useat varaueloskäytävät ja yksin työskentelemisen välttäminen turvaavat työntekijää. Turvallinen työympäristö tarjoaa mahdollisimman vähän aineksia sattumalle. (Vilén ym. 2002, 119.)

Työturvallisuutta tulisi arvioida riskienhallinnan menetelmillä. Kotihoidon työn luonteeseen kuitenkin kuuluu, että kaikkia terveydelle haitallisia aiheuttajia ei voida poistaa. Terveysthuollon johdon tehtäviin kuuluu korostaa asiakasturvallisuutta ja varmistaa, että henkilökunnan työolosuhteet ovat sellaisia, että asiakkaan hoitoa ja huolenpitoa voidaan toteuttaa laadukkaasti sekä turvallisesti. Kotihoidon työntekijät kohtaavat työssään erilaisia asiakkaita, joiden fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveydentila lisää haasteita hoidon ja huolenpidon toteuttamiselle. Asiakkailta voi olla muun muassa sairauksista johtuvia sekavuustiloja, päihteenkäyttöä, vastentahtoisuutta ja jopa uhkailua. (Ikonen 2013, 181–182.)

Työnantajan on myös huolehdittava, että asiakkaan kotoa löytyvien haitta- ja vaaratekijöitä tulee myös arvioida. Jos niitä ei voida poistaa, tulee arvioida niiden merkitystä työntekijän turvallisuudelle ja terveydelle. Tulee myös välttää yksintyöskentelyä, jos siihen liittyy haittaa tai vaaraa. Työnantajan tulee myös huolehtia henkilökunnan tiedottamisesta haitta- ja vaaratekijöiden osalta. Kotihoito koetaan usein fyysisesti ja psyykkisesti haastavaksi työpaikaksi, koska siihen vaikuttavat kiire, asiakkaiden ahtaat asunnot, puutteelliset työvälineet, nostot, avustamistilanteet ahtaissa tiloissa sekä apuvälineiden puute. Nykyään kotihoidossa hoidetaan entistä enemmän apua tarvitsevia asiakkaita, jonka vuoksi tilojen ahtaus ja sopimaton kalustus muodostuvat suuremmaksi ongelmaksi kuin hoitolaitoksissa. (Ikonen 2013, 183–185; Tamminen-Peter ym. 2002, 21.)

Valtion teknillisen tutkimuslaitoksen kehittämän terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän eli HaiPron:n avulla parannetaan yksiköiden toimintaa. Järjestelmään ilmoitetaan sekä henkilöstöön kohdistuvat työturvallisuus ja muut vaaratapahtumat, sekä asiakkaalle kohdistuvat haitat tai läheltäpiti-tapahtumat. Ilmoitusten avulla terveydenhuollon johto hyödyntää saatavaa tietoa haitta- ja vaaratapahtumiin varautumisesta sekä toimenpiteiden vaikutuksista. (HaiPro 2013.)

Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on kyse siitä, että henkilöstöllä on edellytyksiä suoriutua työstään. Organisaatiossa tulee myös pitää työturvallisuutta aidosti tärkeänä ja siitä tulee kantaa vastuuta. Työhön liittyvistä vaaroista ja riskeistä tulee myös olla tietoisia. Näitä edellytyksiä voidaan pitää turvallisuusajattelun tulolottuvuuksina. Näitä ulottuvuuksia ovat: turvallisuusmotivaatio, ymmärrys omasta työstään, organisaation (työn) vaaroista ja vaaramekanismeista, vastuu organisaation turvallisuudesta sekä ymmärrys oman työn hallinnasta. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 69.)

### **Työturvallisuus kotihoidossa**

Kotihoitoa pidetään yleisesti sekä fyysisesti että henkisesti kuormittavana työnä. Kiire ja aikataulut lisäävät työn stressaavuutta ja työn mielekkyys voi kärsiä kuormittavuuden vuoksi. Auttamistyössä oma persoona on tärkeä työväline. Uupumisen ennaltaehkäisy työsuojelun näkökulmasta on tärkeää. Työn järjestelyihin tulisi vaikuttaa muun muassa työn kuormittavuuden jakamisella esimerkiksi tiimien ja ryhmien kesken. Työssäjaksamista lisääviä tekijöitä ovat viihtyisä ja asiallinen työympäristö. Asiakkaiden kodit ovat kuitenkin pääsiällinen työympäristö ja ergonomisesti työnteko ei aina voi olla mielekkäintä. Työnantajan velvollisuutena on kuitenkin huomioida työntekijöiden työolosuhteita ja huolehtimaan, että kuormittavuus olisi sopivalla tasolla. Asiakkaan kotona on myös mahdollista tehdä muutostöitä, joita kartoitetaan kotipalvelun aloittamisen alkuvaiheessa. Työperäisen kuormittavuuden vuoksi työntekijällä on oikeus tulla kuulluksi omalle esimiehelle. Hänen tehtävänä on tukea työntekijöitä ja puuttua työssä oleviin epäkohtiin. Työntekijöillä saattaa olla myös yksilöllisiä tarpeita, jotka tulee myös huomioida työtehtävien suhteen. Esimiehen oman toiminnan avulla myös lisätään hoitajien työhönsitoutumista ja hyvän työilmapiirin ylläpitämistä. (Suominen ym. 1999, 68–71.)

## 5 AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET JA HANKKEET

Kotihoidon merkitys ikääntyneiden hoidossa on viime vuosina lisääntynyt ja sitä on tutkittu entistä enemmän. Kotihoitoon ja sen turvallisuuteen liittyvissä tutkimuksissa on muun muassa kartoitettu kodin turvallisuusriskejä, asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn merkitystä itsenäisessä selviytymisessä sekä esimiestyötä kotihoidon kehittämisessä.

Vanhuksen koti on myös kotihoidon työpaikka. Kodin merkitys vanhukselle on sosiaalisesti, emotionaalisesti että toiminnallisesti merkityksellinen paikka. Tutkimuksessa todetaan, että vanhukset eivät aina näe vaihtoehtoja toiminnoille. Itsemääräämisoikeuden katsotaan onnistuvan silloin kun vanhus sopeutuu tilanteeseen. Kotihoidon omat toimintatavat pääsääntöisesti hyväksytään, vaikka ne eivät olisi vanhuksen toiveiden mukaisia. Itsemääräämisoikeus on yksi kotihoidon keskeisimmistä toimintaa ohjaavista arvoista, jonka vuoksi vuorovaikutuksellinen toiminta yhteistyön sujumiseksi on ehdottoman tärkeää. Vanhus tulee nähdä kansatoimijana eikä vain toiminnan kohteena. Vanhukselle tulee voida myös kertoa, miksi ei voida aina toimia hänen toivomallaan tavalla. (Myllymäki 2014, 61–63.)

Vuorisalmen (2007) väitöskirjassa tutkittiin ikääntyneiden (60–89-vuotiaiden) yleisesti koettua terveyttä kahden eri mittarin avulla. Tutkimuksen aineistona käytettiin The Tampere Longitudinal Study on Ageing –tutkimuksesta tehtyä haastatteluaaineistoa sekä Pietarissa Improving the Planning of Medical and Social Services within Elder Care in St. Petersburg saatua strukturoidun haastattelun materiaalia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikkein vanhimmilla haastatelluilla oli taipumusta pitää omaa terveyttään muiden samanikäisten suhteen parempana. Hyvä toimintakyky oli yhteydessä hyvään terveyteen. Pietarissa terveys ja toimintakyky koettiin huonommaksi kuin Tampereella. Heillä oli myös enemmän kroonisia sairauksia. Tutkimus osoitti, että ikätovereiden terveyttä arvioidaan omaa huonommaksi. Kulttuurisia eroja ei voi verrata keskenään.

Helsingissä vuosina 2002–2003 toteutetun vanhuspalveluprojektin tarkoituksena oli kehittää kotihoitoa osaamiskartan avulla. Tavoitteena oli tukea henkilökunnan

työssäjaksamista sekä kehittää osaamista, vastuuhoidajuutta ja johdon toimintaa. Tutkimuksessa todettiin, että oman työn arvostus ei ollut kovin korkea. Vanhusten kotihoidossa työskentelevien työhyvinvoinnin selvityksen tuloksena todettiin tarvetta henkilöstön tukeen ja ohjaukseen, töiden järjestelyyn sekä esimiestyöhön. Esimiehiltä ei koettu saatavan riittävästi ohjausta ja tukea. Tulosten perusteella kotihoitotiimien johdolla oli kehittää ja muuttaa toimintatapoja sekä turvata henkilöstön työssäjaksamista ja yhteistyötä. Osaamiskartan hyödyntämistä käytettiin keskeisenä apuvälineenä toiminnan kehittämiseksi. Tämän avulla todettiin, että kotihoidossa tarvittiin hyvin laaja-alaista osaamista. Kotihoidon tiimeissä todettiin olevan hyvin laaja-alaista osaamista, joten työssä oppimista toteutettiin tiimien kesken. Työnohjauksen ja koulutuksien avulla saatiin tarvittuja lisätaitoja henkilökunnalle.

Kotihoidon koettiin olevan enemmän henkisesti kuin fyysisesti raskasta. Fyysisesti kuormittavaksi koettiin muun muassa pitkät työmatkat, ahtaat tilat ja epäergonomiset työasennot. Projektin tiimoilta yhteenvedona todettiin, että organisaation johdolta edellytetään arvoihin, visioon ja strategiaan perustuvaa johtamista. Johtamisella tuetaan jaksamista ja luo tiimeille turvallisuutta ja jatkuvuutta. Kun tiimien tavoitetasot ovat osaamiskartan avulla selvitetty, voidaan yhdessä sopia lähiesimiesten kanssa kehityssuunnitelmista. Henkilökunnan tulee itse voida vaikuttaa omaan kehittymiseensä, jolloin heidän kokemusta oman työnsä vaikuttamiseen vahvistetaan. Kotihoidon tulee olla aina johtajan tasolta perustyötä tekeviin vuorovaikutuksellista, tasavertaista ja arvostavaa. Myös keskinäistä vastuullisuutta ja yhteisistä linjauksista on sovittava. (Kiviharju-Rissanen 2006, 87–101.)

Iharvaaran (2013) tutkimus käsittelee kotihoidon esimiesten antamaa tukea ja kannustusta henkilökunnalle muutosprosessin aikana. Vuorovaikutuksellinen tukeminen, kannustaminen, konkreettisen työn tukeminen, vastuun jakaminen sekä osaamisen tukeminen olivat keskeisimpiä keinoja kannustaa ja tukea henkilökuntaa muutosprosessin aikana. Tutkimuksessa esimiesten todettiin olevan kuuntelevia sekä empaattisia ja heitä oli helppo lähestyä. Jonkin verran koettiin, että hoitajien mielipiteitä ei aina otettu huomioon. Muutoksen aikana tapahtuvaa palautteen saamista toivottiin myös enemmän. Informointi ja perustelu lisäsivät muutoksen

edistymistä ja motivointia. Tutkimuksessa todettiin esimieheltä kannustavaa toimintatapaa muutosjohtamisessa, jotta vanhoista toimintakäytännöistä voitaisiin luopua. Selkeillä ohjeilla ja pelisäännöillä voidaan vähentää muutosvastarintaa.

Lusuan (2007) tutkimuksessa pohditaan esimiestyön monimuotoisuutta. Esimies on ryhmän tai yksikön johtaja, jonka vastuualueisiin kuuluu hyvin paljon odotuksia ja osaamisvaatimuksia. Työntekijöiden tukeminen, vuorovaikutuksellisuus ja kehittäminen ovat vain muutamia esimiehen osaamisen määritelmiä. Lusuan mukaan oppimis- ja kehittämisorientoitunut työyhteisö syntyy, kun korostetaan sisäistä yrittäjyyttä. Näihin voidaan vaikuttaa muun muassa pohtimalla sekä kehittämällä visioita ja tiedottamalla niistä muille. Inspirointi ja kannustaminen tarkoituksen mukaiseen toimintaan lisäävät vision toteutumisen mahdollisuuksia. Toiminnan aktiivinen tukeminen sekä joustava ja avoin johtamistyyli lisäävät innovatiivista toimintaa. (Lusua 2007, 38–39). Tavoitteiden ja työtapojen selkeyttämisen avulla tehdään työstä tavoitteellista, ylläpidetään saavutuksia ja tuetaan työntekijöitä. (Lusua 2007, 34–35.)

Tepposen (2009) väitöstutkimuksessa tutkittiin kotihoidon integroinnin toteutustapoja ja integroinnin vaikutuksia kotihoidon laatuun ja sisältöön. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että integroinnilla eli eheän ja asiakkaan tarpeiden mukaisen palvelukokonaisuuden avulla voidaan kiinnittää huomioita hoidon laatuun, palvelukäytäntöihin ja palvelujärjestelmiin. Ikäihmiset haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tämän vuoksi muun muassa asunnon muutostöiden ja palveluneuvonnan sekä ehkäisevien kotikäyntien lisäksi voidaan seurata ikäihmisten terveydentilaa ja arjessa selviytymistä. Riskiryhmille ja erityisryhmille tulisi myös järjestää terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia. Palveluiden organisointiin ja kohdentamiseen tulee toteuttaa selkeällä tiedottamisella. Erialaisten palvelusektoreiden välistä yhteistyötä tulee kehittää tulevaisuudessa. (Tepponen 2009, 13, 171–172.)

Suurin osa Ruotsin ikääntyneistä asukkaista (94 %) asuvat omissa kodeissaan. Huono terveydentila ja kaatumisriskit ovat yleisiä iäkkäiden parissa. Tutkimuksessa tarkasteltiin kaatumisien ja yleisen terveydentilan yhteyttä kotona asuvilla

yli 75-vuotiailla miehillä ja naisilla. Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, johon vastasi 1193 vanhusta. Vastausprosentti oli 73. Kyselylomakkeessa kysyttiin kokemusta omasta terveydentilastaan, asumisympäristöstä sekä säännöllisesti käytettyjen lääkkeiden määrää. Vastaajien keski-ikä oli 83 vuotta (75–106-vuotiaista). Tutkimustuloksissa todettiin, että hampaiden huono kunto sekä yli neljä päivittäin käytettävää lääkettä lisäsivät kaatumisia. Samoja yhtäläisyyksiä kaatumisiin löytyi myös heikon terveyden, ruokahaluttomuuden ja huonon ravitsemuksen välillä. (Fonad, Robins Wahlin & Rydholm Hedman 2014, 1–11.)

Turun yliopiston tutkija Minna Stolt on laatinut arviointimittarin hoitohenkilökunnalle ikääntyneiden jalkojen terveydestä. Muun muassa kivut jaloissa usein aiheuttavat liikkumisen vaikeuksia, heikentynyttä tasapainoa sekä kaatumisriskin lisääntymistä. (Stolt 2013, 16.) Tutkimuksella selvitettiin ikääntyneiden jalkojen kuntoa, sekä niitä keinoja kuinka ikääntyneet itse hoitavat jalkojaan. Lisäksi selvitettiin mitkä ovat hoitajien valmiudet jalkojen hoidossa sekä kuinka he hoitavat kotihoidon asiakkaiden jalkoja. (Stolt 2013, 27.) Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä huomiota ikääntyneiden jalkojen terveyteen ja auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan hoitoa tarvitsevat jalkavaivat. Tutkimuksesta saadulla tiedolla voitiin kehittää hoitotyötä sekä tukea iäkkäiden kotona selviytymistä.

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon hoitajien kokemuksia asiakkaiden turvallisuudesta ja kaatumisista. Neljään ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä 20 hoitajaa. Haastattelun teemat koskivat 1) asiakkaiden turvallisuutta, 2) tiedon puutteesta kaatumisien aiheuttajista ja syistä, 3) iäkkäiden asiakkaiden raihnaisuudesta jotka eivät enää kykene asumaan kodissaan itsenäisesti ja turvallisesti sekä 4) asiakkaiden itsemääräämisoikeus suhteessa turvallisuuteen. Kotihoidon hoitajien kuuluu huolehtia lääkähoidon toteuttamisesta, asiakkaan ohjaamisesta, tarkkailla asiakkaan vointia ja huolehtia asiakkaan terveydenhoidon toteutumisesta.

Tutkimus osoitti, että kotihoidon hoitajat olivat enemmän huolissaan siitä, kuinka kaatumisista aiheutuvia vammoja hoidetaan, kuin tietämykseen siitä kuinka kaatumisia ennaltaehkäistään. Esimerkiksi muistisairaiden tai lonkkamurtumista kär-

sivien asiakkaiden tilanteisiin kiinnitettiin enemmän huomiota. Turvallisuusasioihin kiinnitettiin yleisesti enemmän huomiota vasta silloin, kun jokin vaaratilanne tai loukkaantuminen oli jo tapahtunut. Eräs haastatteluun osallistuneista kertoi, että kaatumisesta aiheutuneeseen lonkkamurtumaan reagoidaan hoitamalla murtumaa, mutta syytä murtuman aiheuttavaan tekijään ei mietitä. Haastatteluissa hoitajat myös ilmaisivat huolensa siitä, että huonokuntoisia asiakkaita ei voida ottaa osastohoitoon vuodepaikkojen vähyyden vuoksi. Huonokuntoiset asiakkaat, joita ei voitu ottaa sairaalahoitoon, olivat kaatuneet kotona ja olivat muun muassa murtaneet lantion ja olkavarsiaan kaatumisien vuoksi.

Asiakkaiden itsemääräämisoikeutta pidettiin turvallisuutta tärkeämpänä. Hoitajien oli haasteellista saada yhteisymmärrystä asiakkaiden turvallisuuteen liittyvissä asioissa. Esimerkkinä hoitaja oli toivonut että asiakkaan vuode olisi siirretty asunon toisesta kerroksesta ensimmäiseen kerrokseen, koska portaiden nouseminen oli turvallisuusriski asiakkaalle. Tutkimuksen päätelmissä todettiin, että terveydenhuollon ammattilaisten tulisi olla enemmän tietoisia siitä, miten terveydentilalla voi olla vaikutuksia kaatumisiin. Kotihoidon työntekijät olivat myös huolissaan siitä että entistä huonokuntoisemmat asiakkaat eivät päässeet riittävän aikaisin vanhainkotiin. Kaatumisia ja sairaalahoitoja saattoi olla useita ennen ympärivuorokautisen hoitopaikkaan pääsemisessä. (Berland, Gundersen & Bentsen 2012, 452–457.)

Pajalan tutkimuksessa (2012, 119–122) kerrotaan kaatumisien ehkäisyssä olevan tärkeää yhteistyö asiakkaan kanssa. Kaatumisvaaraa voidaan arvioida testien avulla sekä tarkastelemalla kodin turvallisuutta. Havainnoimalla asuinympäristöä voidaan huomata vaarapaikkoja tai vaikeuksia arjen toiminnoissa. Kävelyn hidastuminen on usein osoitus siitä, että kaatumisvaara kasvaa. Kaatumisien ehkäisy on vaikuttavinta silloin, kun siihen reagoidaan ennakoivasti. Iäkäs ei itse usein huomaa muuttunutta toimintakykyään, jonka vuoksi on tärkeää kertoa miksi esimerkiksi kotiin suositellaan muutostöiden tekemistä turvallisen kotonaselviytymisen tueksi.

Itä-Suomen yliopiston toteuttamassa muuttuvan kotihoidon seurantatutkimuksessa vuosien 1994–2009 välillä todettiin, että yli 75-vuotiaiden määrä oli noussut melkein 600 asiakkaalla. Asiakkaiden keski-ikä oli noussut 2 vuodella. Liikkumisen vaikeudet olivat vähentyneet, samoin kun yksinäisyys. Sen sijaan muistiongelmia, mielenterveyden ongelmia, turvattomuuden tunne sekä näkö- ja kuulo-ongelmat olivat lisääntyneet. Asiakkaiden itse kokema avuntarve oli lisääntynyt kello 16 jälkeen. (Paljärvi 2012, 68.)

Vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että kotoa laitoshoidon edistäviä tekijöitä erityisesti muistisairailla vanhuksilla ovat liikkumisen ongelmat ja niiden seuraukset, rajoitukset fyysisessä toimintakyvyssä, muistiputlaan harhailu ja eksyminen, rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa, rajoitukset psyykkisessä toimintakyvyssä, läheisiin liittyvät asiat (esimerkiksi terveydentilan heikkeneminen ja jaksaminen) sekä palvelujärjestelmän riittämättömyys (esimerkiksi kotiapu ei ole ollut riittävää). Toimintakyvyn arvioinnin ja ylläpitämisen sekä henkilöstön arviointi- ja päätöksentekotaitojen kehittämisen avulla voidaan lisätä kotona asumisen mahdollisuutta mahdollisimman pitkään. (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskenniemi, Jartti, Hupli, Stolt, & Suhonen, 2014, 120–121.)

Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa tarkoituksena oli tarkastella sitä kuinka kattavalla teoriapohjaisella arvioinnilla voidaan implementoida eli käyttöönottaa moniulotteista ennaltaehkäisevää ikääntyneiden hoitoa. Viime vuosikymmeninä geriatrian tutkijat ovat olleet kiinnostuneita haurauden tutkimisesta. Toimintakyvyn laskiessa ja useista sairauksista kärsiviä pidetään hauraina. Jopa 17 % yli 65-vuotiaista eurooppalaisista luokitellaan tähän ryhmään. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, miten kokonaisvaltainen hauraiden ja iäkkäiden kotona asuvien toimintakykyä voitaisiin parantaa geriatrisella arvioinnilla ja moniammatillisen tiimin avulla. Kotikäyntien aikana hoitajat toteuttivat geriatrisen arvioinnin ja tämän pohjalta laativat kuntoutussuunnitelman asiakkaalle. Hoitajille järjestettiin oman tiimin sisällä koulutusta geriatrisen suunnitelman tekemisestä sekä motivoivan haastattelumenetelmän käytöstä. Suunnitelmaan liittyivät fyysinen hyvinvointi, sosiaaliset toiminnot, asuminen ja turvallisuus. Kuntoutussuunnitelman noudatta-



minen oli aluksi jatkuvaa, mutta väheni ajan myötä. (Muntinga, Van Leeuwen, Schellevis, Nijpels & Jansen 2015, 225–245.)

Väestön ikääntyminen lisää uusia haasteita hoidon ja hoivan toteuttamiselle. Apua tähän haetaan erilaisten teknisten ratkaisujen kuten Internetin ja matkapuhelimien avulla. Tieto- ja viestintätekniiikan avulla ei ole tarkoitus hoitaa ja seurata ainoastaan sairaita ihmisiä, vaan myös toimia terveiden ihmisten terveydentilan seurannan apuna ja ennaltaehkäisevänä toimintana. Lisäksi käytössä on erilaisia etälaitteita ja antureita, jotka mittaavat asiakkaan elintoimintoja. Myös kameroita on käytetty kotona asuvan vanhuksen valvonnassa. Poikkeavista mittaustuloksista elintoiminnoissa tulee ilmoitus kotihoidolle, joka huolehtii asian viemisestä eteenpäin esimerkiksi lääkärin tietoon. Tieto- ja viestintätekniiikan katsotaan olevan hyödyksi, koska jatkuva seuranta antaa mahdollisuuden reagoida nopeasti asiakkaan tarpeisiin.

Kääntöpuolena ovat kuitenkin eettiset kysymykset. Tutkimuksessa mainitaan muistisairaiden asiakkaiden hyötyvän teknologian hyödyntämisestä, koska sen avulla voidaan muun muassa valvoa, jos asukas poistuu kotoaan. Valvonta kuitenkin rajautuu vain asunnon sisätiloihin. Teknologian vaikutuksesta yksityisyyteen tukee se ajatus, että sen avulla voidaan edistää turvallista kotona asumista. Koska teknologiaan perustuva keino hoitaa on hyvin moniulotteista, liittyy siihen myös henkilökohtaisen yksityisyyden loukkaavaa sekä suojaavaa näkemystä. Keskustelua lisää myös se, millä perusteella voidaan vetää raja siihen, milloin tekniikka voi korvata hoitajan läsnäolon. Jatkossa tulisi keskustella tekniikan hyödyntämisen ja käyttöönoton eettisistä arvioinneista yhdessä hoidon ja hoivan tarjoajien sekä heidän sidosryhmien kanssa. (Palm 2010, 71–92.)

Linattiniemen väitöstutkimuksessa (2009) tutkittiin Oulussa kotona asuvia yli 85 vuotiaita vanhuksia. Kohdejoukkoa tutkittiin haastatteluiden ja kliinisten arvioiden avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kaatumisia aiheuttavia riskitekijöitä, kaatumisista aiheutuvia vammoja sekä käytännön liikunnan vaikutuksista kaatumisien ehkäisyyn. Tutkimukseen osallistui yhteensä 555 vanhusta. Ikääntyneillä oli suurempi todennäköisyys loukkaantua aamuisin tai iltaisin, kuin päiväs-

aikaan. Kaatumisia aiheuttavia riskitekijöitä olivat muun muassa aikaisemmat toistuvat kaatumiset, ahdistuneisuus, hermostuneisuus ja pelot sekä antipsykoottisten lääkkeiden käyttö. Käytännön liikunnan avulla ei voitu estää kaatumisia, mutta se kuitenkin auttoi ylläpitämään tasapainoa. Tutkimuksessa todettiin, että iän myötä kaatumisien määrä kasvaa. Erilaiset ahdistuneisuuteen liittyvät häiriöt lisäävät kaatumisia enemmän kuin esimerkiksi lääkkeiden käytöstä aiheutuvat kaatumiset. Suurimmalla osalla ikäihmisistä päivittäinen liikunta on turvallista.

Tilvis (2006) kertoo artikkelissaan hyvän vanhenemisen edellytyksistä seuranta-tutkimusten tuloksissa. Hyvää vanhuutta tuottavat muun muassa aktiivinen osallistuminen yhteiskunnan toimintaan ja vireys sekä kunnollinen asunto ja hyvä asuminen. Sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen sekä fyysisten ja kognitiivisten taitojen ylläpitäminen edistävät hyvää vanhenemistä. Viime vuosina ikääntyvien ihmisten omat kokemukset sekä tulkinnat omasta ikääntymisestäään ovat lisänneet kiinnostusta tutkimuksen kohteiksi. Tässä tutkimuksessa hyvä vanheneminen koettiin enemmän kokemuksellisenä tunteena kuin toimintakyvyllä testattavana ominaisuutena.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa tarkoituksena oli kuvailla yli 80 vuotiaiden vanhusten kokemuksia yksilöllisestä ennaltaehkäisevästä kotikäynnistä (preventive home visits) sekä niiden vaikutuksista terveyteen. Tutkimukseen osallistui 17 vanhusta (80–92 vuotiaita), jotka haastateltiin terveydenhuollon ammattilaisten toimesta asiakkaiden omissa kodeissaan. Kotikäynnit kestivät noin 1,5–2 tuntia, jonka aikana asiakkaat saivat tietoa muun muassa iäkkäiden kuntosalitoiminnasta, asunnon muutostöistä, vapaaehtoistoiminnasta sekä monipuolista palveluneuvontaa. Myöhemmin osallistuja haastateltiin kokemuksista yksikölliseen kotikäyntiin liittyen. Vastaajat olivat sitä mieltä, että kotikäynnit olivat informatiivisia ja se lisäsi tietoisuutta muun muassa erilaisten palveluiden ja toimintojen suhteen. Osa vastaajista kokivat olevansa fyysisesti niin huonokuntoisia, että eivät olleet halukkaista tai kiinnostuneita neuvonnasta. Tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon ammattilaisilla on tulevaisuudessa haasteita motivoida ikääntyneitä ihmisiä oma-aloitteiseen terveydenedistämiseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Behm, Dahlin Ivanoff, & Ziden 2013.)

Verrokki-tutkimuksessa selvitettiin kotona olevia riskitekijöitä sekä kodin muutostöiden hyödyistä ikäihmisillä. Kotona aiheutuvien kaatumisien katsotaan tapahtuvan ympäristötekijöiden sekä fyysisten ominaisuuksien yhteisvaikutuksesta. Vanhemman ihmiset, joilla on huono tasapaino, kaatuvat helpommin kotioloissa. Kodin muutostöistä ja vaaratilanteiden aiheuttajien vähentämisestä riippuu siitä, kuinka vuorovaikutus toimii ja minkälaisia intervention keinoja käytetään. Eniten riskitekijöiden puuttumisesta hyötyvät ne kotona asuvat ikäihmiset, joilla on ollut aikaisempia kaatumisia sekä liikkumisen vaikeuksia. (Lord, Menz & Sherrington 2006, 55–59.)

Ruotsissa tutkittiin (Ekholm 2012) kahdeksaa kotipalveluyksikköä (kunnallisia sekä yksityisiä) sekä heidän esimiehiään (middle manager). Haluttiin selvittää kuinka he kokevat työnsä sekä esimiestaitonsa vaatimuksien ja odotuksien suhteen. He sijoittuvat tasolle, jossa esitetään vaatimuksia sekä henkilökunnan ja omaisten puolelta että päättäjien taholta. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla esimiehiä sekä seuraamalla heitä henkilökunnan kokouksissa. Tutkimuksessa todettiin että esimiehillä oli työssään ja samankaltaisia vaatimuksia ja odotuksia, mutta suurin ero koettiin siinä, kuinka he niitä käsittelivät. Kolme tutkimukseen osallistunutta johtajaa kokivat, että kykenevät hallitsemaan kaikki vaatimukset ja odotukset mitä heille asetetaan, koska he kykenivät muun muassa priorisoimaan työtään. He myös käyttivät ammatillista ja järjestelmällistä näkökulmaa heidän työssään. Viisi muuta tutkimukseen osallistunutta johtajaa kokivat, että heillä oli vaikeuksia toimia odotusten ja vaatimusten mukaisesti ja tämän vuoksi he kokivat stressiä. Tutkimuksen avulla todettiin, että tulevaisuudessa tulisi kehittää esimiesten osaamisen johtamista ikäihmisten palveluiden parissa.

Länsimaissa yleisimpiä syitä näkökyvyn heikkenemiseen ovat ikään liittyvä silmänpohjan rappeuma, kaihi, glaukooma ja diabeettinen retinopatia. Taittovirheet myös aiheuttavat näkökyvyn häiriöitä, mutta ne ovat usein korjattavissa silmälasien avulla. Heikentynyt näkökyky usein aiheuttaa masennusta sekä vähentää sosiaalista kanssakäymistä. Sen vuoksi myös leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen voi hidastua. Näkökyvyn heikkeneminen jää terveydenhuollon ammattilaisilta

usein huomiotta. Tutkimuksessa havainnoitiin 12 eri maassa yli 65-vuotiaita kotihoidon asiakkaita kotihoidon työntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden avulla.

Työkaluna käytettiin RAI-mittaria, jonka ominaisuutena ovat arjesta suoriutumisen, psyykkisen ja kognitiivisen voinnin, sosiaalisen toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi. Tutkimuksessa haluttiin selvittää kuinka kotihoidon asiakkaat ovat kokeneet näkökyvyn heikkenemisen vaikutuksien seurauksia 90 päivän aikana ja aiheuttavatko ne muutoksia sosiaalisessa toiminnassa, vähentääkö poistumista kotoa ja lisääkö pelkoa kaatumisille tai päivittäisissä toiminna suoriutumisille. Tutkimus osoitti, että hiljattain tapahtuneet muutokset näkökyvyn alenemisessa aiheuttivat vakavampia seurauksia kuin vakaassa vaiheessa oleva näkökyvyn heikkeneminen. Muutoksia tapahtui sosiaalisen aktiivisuuden vähenemisessä sekä lisääntyneessä kaatumisenpelossa. Tutkimuksessa todettiin, että kotihoidon työntekijöiden tulisi tietää enemmän näkökyvyn heikkenemisen aiheuttajista ja sen seurauksista, jotta asiakkaat saavat parempaa hoitoa, kuntoutusta ja ohjausta. Myös omaishoitajia tulisi informoida edellä mainituissa asioissa. (Vengnes Grue, Finne-Soveri, Stolee, Wergeland Sörbye, Noro, Hirdes, & Hysten Ranhoff 2010.)

Kotihoitoa ja esimiestyötä on tutkittu paljon myös perusopintojen opinnäytetöissä. Aihetta on käsitelty muun muassa kotihoidon asiakkaiden näkemyksestä palveluiden riittävydestä ja kehittämisestä. (Sarias 2012.) Kuntouttavaa työtettä asiakkaan näkökulmasta on myös tutkittu (Huotari, Kela & Turunen 2010). Myös lähijohtamisen kehittämistä kotihoidossa on tutkittu juuri julkaistussa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössä (Röppänen 2015).

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTTAMINEN

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa turvallisuusajattelua sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ja opiskelijoiden toimintaan ikääntyvien parissa.

### 6.1 Tutkimusote

Tämä tutkimus on otteeltaan sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää myös kvalitatiivisia lähestymistapoja. Tarkoituksena on saada toisiaan täydentää tietoa. Tässä yhteydessä ei ole kuitenkaan tarkoitus asettaa suuntauksia toistensa vastakohtiksi. Kvalitatiivista tutkimusaineistoa voidaan myös havainnollistaa yksinkertaisten laskennallisten tekniikoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 132–133.) Tutkimuksen tarkoituksena oli sekä kartoittaa että kuvailla tutkittavaa ryhmää. Kyselyn avulla tuotettiin tietoa siitä, minkälainen sen hetkinen tilanne turvallisuusasioiden huomioimisessa vastaajilla oli. (Hirsjärvi ym. 2008, 134–135.) Tässä opinnäytetyössä tieteenfilosofisena lähestymistapana on käytetty sekä positivismia että fenomenologiaa. Positivismissa korostetaan välittömiä havaintoja. Siinä myös kuvataan näkemystä, jossa tutkija objektiivisesti tulkitsee tutkimuskohdettaan. Fenomenologisessa lähestymistavassa taas tutkitaan tietoisuutta kokemusten näkökulmasta, jonka tarkoituksena on kuvata tutkittavan kokemusmaailmaa hänen todellisuutensa kautta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 16.)

Määrällinen tutkimus pyrkii säännönmukaisuuksien löytämiseen aineistosta. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on esittää löydetty säännönmukaisuudet arkipäivän ylittävinä teorioina. Määrällisen tutkimuksen avulla pyritään rakennettamaan, selittämään, uudistamaan, purkamaan tai täsmentämään aiempia teorioita ja teoreettisia käsitteitä. Määrällisessä tutkimusprosessissa teorian merkitys näkyy myös siinä, että tutkimuksessa edetään ensin teoriasta käytäntöön eli kyselyyn, haastatteluun tai havainnointiin. Tämän jälkeen taas palataan takaisin teorian analyysin, tulosten ja tulkinnan avulla. Teoreettisten käsitteiden avulla tutkija löytää säännönmukaisuuksia eri asioiden, ilmiöiden, piirteiden, kohteiden, tilanteiden ja tapahtumien välillä. (Vilka 2007, 25–26.)

## 6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja toteutus

Kohderymänä on Vaasan kotihoidon henkilökunta. Kotihoidossa työskentelee muun muassa kodinhoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Tutkimus toteutettiin kyselyn osalta helmi-maaliskuussa 2014. Saatekirjeessä (LIITE 1) kerrottiin lyhyesti opinnäytetyön taustasta ja tavoitteista. Kotihoidon työntekijöille jaettiin kyselylomakkeet, jotka oli laadittu sekä suomeksi että ruotsiksi (LIITE 2) ja joihin vastattiin SPEK:n järjestämän turvallisuuskoulutuksen jälkeen. Koulutukseen liittyi luento kotihoidon työntekijöille, ja heille näytettiin video tulipalon leviämisestä asunnossa. Lisäksi he myös pääsivät tutustumaan simulaatiorekkaan, johon oli rakennettu asunto, jossa oli turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita.

Täytetyt lomakkeet kerättiin vastaajilta tilaisuuden päätyttyä. Koulutuksia järjestettiin Vaasassa neljä kertaa helmi-maaliskuun 2014 aikana. Henkilökuntaa ei oltu informoitu etukäteen koulutuksen yhteydessä tehtävästä kyselystä. Koulutus oli tarkoitettu Vaasan kaupungin kotihoidon henkilökunnalle.

## 6.3 Tutkimusaineiston keruu

Arviointiaineiston keräämisen strategia voi perustua määrälliseen, laadulliseen tai niistä yhdisteltyjen arviointiaineistojen hankkimiseen. Käytettävistä resursseista riippuen kannattaa harkita erityyppisten aineistolähteiden hyödyntämistä samassa arviointiprosessissa, koska se antaa arvioitavasta kohteesta monipuolisemman kuvan. (Virtanen 2007, 156.) Tässä tutkimuksessa on käytetty sekä määrällisen, että laadullisen aineiston keruuta monipuolisen aineiston saamiseksi. Kyselylomakkeeseen on tietoisesti laadittu avoimia ja tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla saadaan mahdollisimman paljon tietoa henkilökunnan kokemista puutteista ja haasteista kotihoidon turvallisuusasioissa. Annettujen vastausten perustella on mahdollista tulevaisuudessa kehittää sekä kotihoidon esimiestyötä, vahvistaa kotihoidon henkilökunnan osaamista sekä huomioida kotihoidon asiakkaan itsenäistä selviytymistä.

Tutkimusaineisto koottiin perinteisen kyselytutkimuksen avulla. Lomakkeita täytettiin yhteensä 115 kpl. Tutkimuksessa käytettiin sekä määrällistä, että laadullista tutkimusotetta, jonka tarkoituksena oli täydentää toisiaan ja saada moniulotteisempi tutkimusmateriaali käyttöön. Vaasan kaupungin kotihoidon henkilöstömäärä alueellisessa kotipalvelussa oli 31.12.2013 yhteensä 278 henkilöä. (Vaasan kaupunki 2014, 39.) Tämän perusteella laskettuna vastaajia oli 41 % kotihoidon henkilöstöstä. Kyselylomakkeet jaettiin kotihoidon työntekijöille heti turvallisuuskoulutuksen alussa hankkeen työntekijän toimesta. Osaan kysymyksistä vastattiin heti, osaan välittömästi koulutuksen jälkeen. Täytetyt kyselylomakkeet hankkeen työntekijä toimitti opinnäytetyön kirjoittajalle turvallisuuskoulutusten jälkeen.

Kyselylomakkeen pituus annettiin projektin toimesta. Kyselylomake sai olla A4-kokoinen kaksipuoleisena. Kysymykset laadittiin tiiviisti ja niiden tuli vastata laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkija laati lomakkeeseen myös avoimia kysymyksiä joiden avulla oli tarkoitus saada tarkentavia vastauksia strukturoituihin kysymyksiin. Kyselylomakkeen täyttöön oli varattu aikaa 10 minuuttia.

Lomakkeissa voidaan pyytää myös perusteluita vastauksille. Avoimien vaihtoehtojen avulla voidaan saada sellaista tietoa vastaajilta, jota tutkija ei etukäteen tiennyt saavansa. Avoimet kysymykset mahdollistavat aineiston kirjavuuden lisäämistä. Lomakkeen laadinnassa on tärkeää suunnitella kysymysten esittäminen siten, että se mahdollistaa tutkimuksen onnistumista. (Hirsjärvi, ym. 2008, 192–196.)

Kyselylomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä (Hirsjärvi ym. 2008, 192).

Kyselylomake tulee etukäteen esiteltäväksi, koska vastattuihin kyselylomakkeisiin ei voi enää tehdä muutoksia. Kyselylomakkeen laatijalla tulee olla riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta ja kirjalliseen muotoiluun ja esitystapaan tulee kiinnittää huomiota. (Vilkkä 2007, 63.) Kyselylomakkeeseen tulee sisällyttää tarkoituksenmukaiset taustamuuttujat, koska niiden avulla asenneväittämiä voi vakioda riskiintaulukoinnin avulla. Liian pitkä kyselylomake vähentää vastaamisalttiutta.

Toimiva kyselylomake perustuu arviointiongelmaan (selitettävän muuttujan hahmottaminen sekä kysymyspattereiden ja asenneväittämien rakentuminen), mikä näkyy jo kysymysten asettelussa (Virtanen 2007, 157). Määrällisessä tutkimuksessa teoreettisten käsitteiden ja konkreettisten käsitteiden välillä yritetään saavuttaa vastaavuus niin, että tutkija että tutkittava ymmärtävät tutkimuslomakkeessa olevat kysymykset samalla tavalla (Vilkka 2007, 26). Kyselylomake esitettiin omassa työyhteisössä viiden terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Hankkeen projektityöryhmä antoi myös palautetta kysymyslomakkeen kysymysten muotoiluun.

Tutkimuskysymysten muotoilu tarkoittaa kysymysten muotoilemista ymmärrettävään muotoon. Tutkimuskysymykset kertovat, mitä asiaa tutkittavasta ilmiöstä kulloinkin ollaan selvittämässä. Erityisesti *miten* ja *miksi* -kysymykset ovat tärkeitä, koska niiden avulla päästään analysoimaan arvioitavan kohteen kausaalisuhteita. (Virtanen 2007, 160.)

Kyselylomakkeen sisältö on seuraava:

Kyselylomakkeen kysymykset numeroilla 1 – 7 ovat taustakysymyksiä.

Kyselylomakkeen kysymykset numeroilla 11, 12, 13, 15, 18, 19 vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen.

Kyselylomakkeen kysymykset numeroilla 9, 10, 11, 14, 16 vastaavat toiseen tutkimuskysymykseen.

Kyselylomakkeen kysymys numero 8 vastaa kolmanteen tutkimuskysymykseen.

#### **6.4 Tutkimusaineiston analysointi**

Onnistuneen mittarin edellytys on tutkimussuunnitelman yhteen kietoutuminen. Kyselylomakkeessa tulee mitata niitä asioita, jotka on osoitettu tutkimussuunnitelmassa. Onnistuneessa kyselylomakkeessa tulee huomioida täsmällisesti määritelty asiaongelma, teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin perehtymistä, käsitteiden määrittely, pohtia asioiden välisiä riippuvuussuhteita. (Vilkka, 2007, 63.)



Aineistonkeruun valinnassa tulee miettiä, miten suurta määrää aineistoa tutkijan on käsiteltävä sekä minkälaista tietoa vastaajilta halutaan saada. (Hirsjärvi ym. 2008, 179.) Kyselylomakkeessa kysytään vastaajien taustatietoja (ikä, sukupuoli, koulutus, työssäoloaika), avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä sekä mahdollisuus antaa palautetta ja kommentteja kyselylomakkeesta. Taustatietojen kysyminen on hyödyllistä silloin, kun halutaan selvittää esimerkiksi tietyn ikäkauman lisäkoulutuksen tarvetta. (Kankkunen ym 2013, 55.)

### **Kvantitatiivisen aineiston analysointi**

Määrällisen lähestymistavan valintaa käytetään silloin kun halutaan tietää kuinka paljon tiettyä ominaisuutta esiintyy tietyssä joukossa. Myös eri ryhmien välistä riippuvuutta voidaan tarkastella tämän lähestymistavan avulla. (Kankkunen ym. 2013, 60.)

Kvantitatiivinen tutkimus koostuu muuttujien mittaamisesta ja tilastollisten menetelmien hyödyntämisestä tulosten keruussa sekä analysoinnissa. Tarkoituksena ei ole ainoastaan tehdä tutkimuksia vaan saada mahdollisia kehittämisehdotuksia tulosten perusteella. (Kankkunen ym. 2013, 58–59.)

Kvantitatiivisessa analyysissä argumentoidaan lukujen ja niiden välisten systemaattisten, tilastollisten yhteyksien avulla. Tämän lähtökohtana on se, että aineisto on saavutettu taulukkomuotoon. (Alasuutari 2011, 34.) Analyysissä argumentoidaan keskimääräisillä yhteyksillä, ja tämän kaiken lähtökohtana on tutkimusyksiköiden välisten erojen etsiminen eri muuttujien avulla. Kvantitatiivinen analyysi perustuu siihen, että etsitään tilastollisia säännönmukaisuuksia siitä tavasta, jolla eri muuttujien arvot liittyvät toisiinsa. Koska tilastollinen analyysi perustuu tutkimusyksiköiden välisten erojen selittämiseen muilla muuttujilla, muuttujien pitää olla erottelukykyisiä. (Alasuutari 2011, 37.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on olemassa olevan tiedon vahvistaminen sekä tuottaa kumuloitavaa tietoa samoja mittareita käyttäen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa toistettavuus mahdollistaa saman kyselyn tekemistä uudelle tutkimusjoukolle. (Kankkunen ym. 2013, 65.)

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla. Kysymyslomakkeen kysymykset numerolla 11a ja 11b (LIITE 2) on tiivistetty kolmiportaiseksi siten, että täysin eri mieltä ja melko eri mieltä on yhdistetty yhdeksi portaaksi. Ei eri eikä samaa mieltä on pysynyt samana (neutraali vastaus). Melko samaa mieltä ja täysin samaa mieltä on yhdistetty yhdeksi portaaksi. Uudelleenluokitteluja on käytetty ristiintaulukoinnissa luotettavuuden lisäämiseksi myös ikäryhmissä ja ammattinimikkeissä. Uudelleenluokitteluilla on voitu myös lisätä vastaajien ja ammattiryhmien anonymiteettiä, sillä joitakin ilmoitettuja ammattinimikkeitä oli vähän. Kyselyyn vastanneista vähemmistö oli miespuolisia. Tutkimustuloksia ei ole verrattu eroja miesten ja naisten välillä, sillä pienten alaryhmien raportointi ei ole eettisesti aiheellista tutkittavien tunnistettavuuden vuoksi. (Ks. Kankkunen ym. 2013, 221.)

Tilastollisesti merkitsevät tulokset on ilmoitettu tulosten yhteydessä. Tilastollisen merkitsevyyden (statistical significance) rajana on  $p \leq 0.05$ . Arvo tarkoittaa sitä, että tutkijalla on viiden prosentin virhemarginaali, kun hän yleistää tuloksiaan perusjoukkoon. Tätä arviointia käytetään muun muassa silloin, kun tarkastellaan vastaajien taustatietojen yhteyttä selitettäviin ilmiöihin. Ristiintaulukointi; khiin arvo, vapautusasteet sekä merkitsevyys ilmoitetaan seuraavasti ( $\chi^2 = xx$ ,  $df = xx$ ,  $p = .xxx$ ). (Kankkunen ym. 2013, 61). Ristiintaulukointia kutsutaan kahden kategorisen muuttujan yhteisjakaumaksi, jonka tuloksena saadaan kaksiulotteinen frekvenssijakauma. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2014, 43). Yhteensopivuustestin eli  $\chi^2$  -testin avulla voidaan arvioida, poikkeako tutkimuksessa havaittu frekvenssijakauma jostain teoreettisesti oletetusta jakaumasta. (Nummenmaa ym. 2014, 194.)  $\chi^2$ -testiä käytetään myös riippumattomuustestinä, kun halutaan testata, riippuvatko kaksi eri tilastollista kategorista muuttujaa toisistaan. Testiä varten muodostetaan havaituista frekvensseistä ristiintaulukoimalla kontingenssitaulukko. (Nummenmaa ym. 2014, 197.) Taulukossa 5 on esimerkki ristiintaulukoinnista yhteensopivuustestin osoittamisesta.

## **Kvalitatiivisen aineiston analysointi**

Kvalitatiivinen aineisto on analysoitu induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (Kankkunen ym. 2013, 167). Induktiivista lähestymistapaa käytetään yleensä silloin, kun halutaan muodostaa teoria aiheesta, josta on niukasti tietoa. Lisäksi induktiivista näkökulmaa voidaan käyttää, kun etsitään uutta näkökulmaa jo ennestään tuttuun aiheeseen. Induktiivisessa teorian kehittämisessä lähtökohtana ovat yksittäiset havainnot, joiden perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 37.)

Laadullinen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta eli havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Havaintojen pelkistämisessä voi erottaa kaksi eri osaa eli aineiston tarkastelu ja havaintojen yhdistäminen. Aineiston tarkastelussa huomioidaan teoreettisen viitekehyksen ja kulloisenkin kysymysasettelun kannalta olennaiset asiat. Laadullisessa tutkimuksessa arvoituksen ratkaiseminen merkitsee sitä, että tutkimuksesta saadun tiedon perusteella voidaan tehdä merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 2011, 40, 44.)

Kvalitatiivisen tutkimusaineiston raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Näiden lisäksi kategorioiden sisällöt kuvataan kertomalla mitä ne tarkoittavat. Suoria lainauksia käytetään esimerkin omaisesti, sillä se lisää raportin luotettavuutta. Lainausten käytössä tulee huomioida, että vastaajaa ei voi niiden perusteella tunnistaa. (Kyngäs & Vanhanen 1998, 10.)

Asianmukaisesti laaditun sisällönanalyysin avulla on mahdollista tuottaa uutta tietoa sekä muodostaa erilaisia käsitejärjestelmiä ja -malleja. Hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä tutkijalta edellytetään systemaattista paneutumista aineistoon sekä huolellista syventymistä analyysin tekemiseen. (Kyngäs & Vanhanen 1998, 11.)

Sisällönanalyysi aloitettiin kokoamalla kyselylomakkeiden avoimet vastaukset kysymyskohtaisesti. Vastaukset pelkistettiin alakategorioiksi, niistä edelleen muodostettiin yläkategoria ja näistä saatiin muodostettua yhdistävä kategoria. Si-

sällönanalyysit löytyvät erillisinä liitteinä 3-8. Suoria lainauksia kvalitatiivisesta aineistosta on käytetty esimerkinomaisesti tutkimustulosten joukossa.

Kvalitatiivissa tutkimuksessa tutkimusyksiköiden suuri joukko tai tilastollinen argumentointitapa ei ole tarpeen tai mahdollinen (Alasuutari 2011, 39). Laadullisia vastauksia analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineiston pelkistämisenä, ryhmitelynä ja abstrahointina tapahtuva prosessi on aineiston analysoimista. Aineistosta koodataan ilmaisuja (pelkistetään), jotka ryhmitellään tutkimustehtävään. Aineistoa ryhmitellessä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sisältöä hyvin kuvaava nimi. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin on aineistossa. Analyysiä jatketaan yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1998, 5–6.)

Tulosten analysointi ei yksin riitä kertomaan tutkimuksen tuloksia, vaan niistä on pyrittävä laatimaan synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääseikat ja antavat vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Johtopäätökset perustuvat laadittuihin synteeseihin ja saatujen tulosten perusteella on mietittävä mikä laajempi merkitys tuloksilla on. (Hirsjärvi ym. 2008, 225.)

### **Määrällisen ja laadullisen tutkimusaineiston visuaalinen esittäminen**

Tutkimusaineistoa kuvataan graafisesti pylväs- ja sektorikuvaajilla, koska se havainnollistaa esitettävää asiaa. Graafisen kuvailun ansiosta myös informoitava määrä aineistoa tiivistyy. Pylväskuvaajat esittävät yleisesti muuttujan frekvenssijakaumaa ja sektorikuvaajat havainnollistavat kokonaisuuden jakautumista osiin. (Nummenmaa, ym. 2014, 44–45, 53.) Opinnäyteyön liitteenä (LIITTEET 3-8) löytyvät sisällönanalyysikaaviot, joiden avulla lukijan on mahdollista saada kokonaisvaltaisempi käsitys tutkitusta aiheesta. Taulukoita ja kuivioita on luotu sekä Word-, että Excel-ohjelmien avulla.

## 6.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen rajoituksena pidetään erilaisia vastaamiseen liittyviä seikkoja. Se, kuinka rehellisesti vastaajat ovat vastauksensa antaneet, kuinka vakavasti he tutkimukseen osallistuvat ja useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon antaminen silloin, kun vastaajalta on pyydetty vain yhtä vastausta per kysymys. On tärkeää että tutkija antaa mahdollisimman yksityiskohtaiset ohjeet vastaamiseen. Näin vältetään virhetulkinnoilta ja lisätään vastausten luotettavuutta ja hyödynnettävän analysointimateriaalin määrää. (Kankkunen ym. 2013, 64–65.)

Kyselylomakkeisiin (LIITE 2) vastasi suuri joukko Vaasan kaupungin kotihoidon henkilökuntaa (115), joten tutkimuksen luotettavuutta vastaajien määrään nähden voidaan pitää hyvänä ja tutkimustuloksia yleistettävänä. Osallistuneiden määrä oli noin 41 % kotihoidon henkilökunnan määrästä kyselyn toteutuksen ajankohtana. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista, joten tämän vuoksi vastaajien määrä jäi odotettua pienemmäksi.

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa Helsingin julistus sekä vuonna 1995 julkaistut ANA:n (American Nurses Association) eettiset ohjeet. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tulee kunnioittaa vastaajien tietoista suostumusta tutkimuksen osallistumiseen. Tutkimus ei saa loukata tai haitata esimerkiksi arkaluonteisilla asioilla. Tutkijan tulee myös ymmärtää ja hyväksyä persoonalliset erot vastaajien kesken. On myös erittäin tärkeää, että tutkija suojelee tutkittavien yksityisyyttä niin hyvin kuin mahdollista. (Kankkunen ym. 2013, 217.) Projektiryhmä hyväksyi kyselylomakkeen kysymykset ja antoi ehdotukset kysymysten muokkaamiseen. Tutkimustuloksia ei esitetä siten, että yksittäistä vastaajaa voidaan tunnistaa. Vastaajat osallistuiiv nimettömästi kyselyyn. Tutkija käsitteli aineistoa luottamuksellisesti ja hänellä on salassapitovelvollisuus aineiston suhteen. Kun tutkimustulokset on saatu raportoitua ja opinnäytetyö on valmistunut, hävitetään kyselylomakkeet asianmukaisesti.

Projektin aikataulun vuoksi koti- ja laitoshoidon tulosalueen johtajalta pyydettiin lupaa sähköpostin välityksellä kyselyn laatimista sekä kyselyn toteuttamista var-

ten. Varsinainen tutkimuslupa haetiin ja saatiin Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon johtajalta.

Tutkimuksessa eettisinä periaatteina pidetään tutkimuksen hyödyllisyyttä, vastaajan itsemääräämisoikeutta sekä tutkijan omaan kiinnostusta asiaa kohtaan. Aiheen yhteiskunnallista merkitystä tulee myös pohtia, sillä tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää uudelleen esimerkiksi toisten asiakas tai potilasryhmien kohdalla. Tutkijan tulee myös tarkoin miettiä, kuinka kysytään sensitiivisistä asioista ja mitkä ovat relevantteja asioita kysyä. Tutkittavan tulee voida keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Tutkittavan tulee olla selvillä siitä, mikä on tutkimuksen luonne, jotta hän voi tehdä tietoisensa suostumuksen osallistumiseen. (Kankkunen ym. 2013, 218–219.)

Tutkimukseen osallistuja antaa tietoisensa suostumuksensa silloin, kun hän vastaa kyselylomakkeeseen. Kyselyyn osallistuneille jaetussa saatteessa (LIITE 1) kerrottiin tarpeelliset tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta sekä vastaamisen vapaaehtoisuudesta.

Anonymiteetti tulee huomioitava asia tutkimustyössä. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Osallistujien anonymiteetti voidaan turvata kuvaamalla heidän taustatietonsa keskiarvoina, ei vaihteluvälinä varsinkin silloin, jos vastaajien määrä on pieni. Aineistosta voi myös erottua pieniä alaryhmiä, kuten miespuoliset hoitotyöntekijät, jolloin ryhmittäisten erojen raportointi ei ole eettisesti aiheellista tutkittavien tunnistettavuuden vuoksi. (Kankkunen ym. 2013, 221.)

Hyvä tieteellinen käytäntö on tutkijan sivistyksen perusta. Se merkitsee tervettä järkeä, toisen kunnioittamista ja huomioonottamista. Ennen kaikkea se merkitsee eettisen ajattelun sisäistämistä. (Eriksson ym. 2012, 29.) Tutkijan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta aina taustatyöstä tulosten tallentamiseen ja raportointiin asti. Tutkimustuloksia ei tule sepittää eikä havaintoja saa vääristää. (Kankkunen ym. 2013, 174–176.) Tässä tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Ks. TENK 2013).

Arvioinnin tekijän pitää kunnioittaa arvioinnin kohdetta. Tämä edellyttää arvioinnin tekijän tietoisuutta omista moraalisisista lähtökohdistaan. Arviointiprosessi tulee toteuttaa mahdollisimman korkeatasoisesti ja eettisesti sekä sen ymmärtämistä, kenen näkökulmat ja intressit ovat arvioinnissa läsnä. (Virtanen 2007, 238.)

Tutkimus on eettisesti luotettava ja hyväksyttävä ainoastaan silloin, kun tutkimusta laadittaessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan tulee myös ottaa muiden tutkijoiden saavutuksen asianmukaisella tavalla huomioon ja antaa näille saavutuksille niille kuuluvan arvon. Tarvittavat tutkimusluvut on myös hankittava ja tarvittaessa niille on pyydettävä eettinen ennakoarviointi. Ennen tutkimuksen aloittamista tulee myös sopia yhteistyössä olevien osapuolten kanssa, mitkä oikeudet, vastuut ja velvollisuudet kullekin kuuluvat. Jokainen tutkija vastaa itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tulosalueen johtajalta pyydettiin etukäteen lupa toteuttaa kysely opinnäytetyötä varten ennen varsinaisen tutkimusluvun saamista. Kotihoidon henkilökunnan osallistumista kyselyyn ennen tutkimussuunnitelman saamista perusteltiin sillä, että hanke päättyi jo kesäkuussa 2014 ja sen tuli saada alustavia kyselyn tuloksia siihen mennessä.

Sisäinen validiteetti (internal validity) viittaa siihen, tuottaako kyseinen arviointiasetelman soveltaminen järkeviä ja ymmärrettäviä tuloksia. Ulkoinen validiteetti (External validity) viittaa puolestaan yksittäisen arviointitutkimuksen ja siinä sovelletun arviointiasetelman kautta saatujen tutkimustulosten yleistettävyyteen. (Virtanen 2007, 116.)

Luotettavuus tarkoittaa sitä, että informaatio on perusteltu kriittisesti, jolloin kriittisyys viittaa niihin menetelmiin, joita tutkimuksen eri alueilla käytetään, siis kokeellisiin testeihin ja muihin havaintomenetelmiin, tulosten analysointiin, teorioiden muodostamiseen, käsitteiden eksplikointiin, sisällön analyysiin ja sellaisiin oikeuttamisen menetelmiin, joita esimerkiksi yhteiskuntafilosofiassa ja filosofiassa etiikassa käytetään. Mitä huonommin perusteltua informaatiota tutkija tuottaa, sitä vähemmän hän auttaa toteuttamaan tutkimukselle asetettavia päämääriä, todellisuuden luonteen ymmärtämistä ja selittämistä tai asioiden ohjailua halutulla

tavalla. (Pietarinen, 2002, 58.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että kyselylomake ja sisällönanalyysikaaviot ovat liitettynä työhön.

Testin merkitsevät tulokset on ilmoitettu kyseisessä kohdassa. Tuloksia tarkastellessa on otettava huomioon kulloisessakin kohdassa merkitsevyys.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen toteutustavasta. Tutkimuksen reabelius merkitsee tutkimustuloksen toistettavuutta, jota voidaan käyttää tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Validius (pätevyys) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa halutaan saada selville. Esimerkiksi kyselylomakkeen vastaajat ovat saattaneet käsittää kysymykset eri tavalla kuin mitä tutkija oli ajatellut. Jos saatuja tuloksia käsitellään alkuperäisen ajattelumallin mukaan, tuloksia ei voida pitää pätevinä. Tutkimuksen validiutta voidaan myös tarkastella triangulaation avulla. Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistotriangulaatiota, jossa aihetta lähestytään keräämällä aiheesta useita erilaisia tutkimusmateriaaleja. (Hirsjärvi ym. 2008, 226–228; Vilka 2007, 152–153.)



## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset esitetään lukumäärinä (n), prosenttijakakaumina (%), keskiarvoina (ka) sekä sanallisesti (avointen kysymysten vastaukset). Tutkimustulosten alussa on kuvattuna vastaajien taustatiedot. Tulokset esitetään kysymyskohtaisesti ikä- ja ammattiryhmien vertailuna. Tulosten tarkastelu – kappaleessa tuloksista esitetään yhteenvetoja teemoittain. Liiteluettelosta löytyvät avointen kysymysten sisällönanalyysikaaviot. (Ks. LIITTEET 3–8).

### 7.1 Taustatiedot

Tutkimukseen vastasi yhteensä 115 Vaasan kaupungin kotihoidon työntekijää. Vastaajista 92 % oli naisia ja 7 % miehiä. Kaksi vastaajaa jätti ilmoittamatta sukupuolensa.

**Taulukko 1.** Vastaajien sukupuolijakauma ammattiryhmittäin, % (n).

	<b>lähihoitaja tai perushoitaja</b>	<b>kodinhoitaja,opiskelija tai jokin muu</b>	<b>terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja</b>
<b>Mies</b>	42,9 % (3)	57,1 % (4)	0,0 % (0)
<b>Nainen</b>	77,4 % (82)	9,4 % (10)	13,2 % (14)
<b>Yhteensä</b>	75,2 % (85)	12,4 % (14)	12,4 % (14)

( $\chi^2 = 14,02$ ,  $df = 2$ ,  $p = .001$ ).

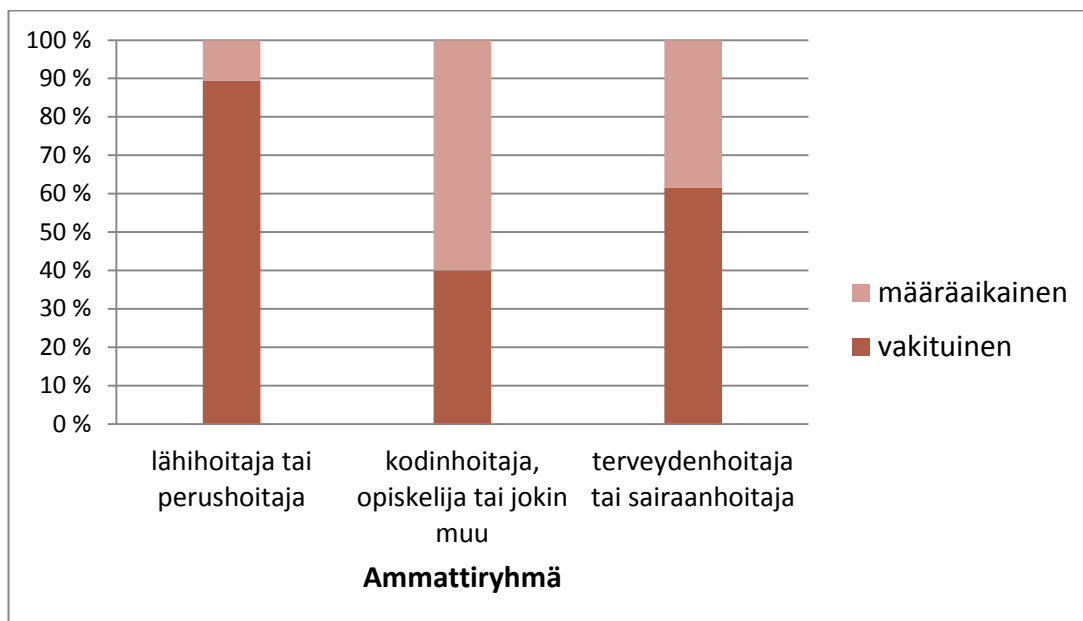
Tutkimukseen osallistuneista miehistä lähihoitajia ja perushoitajia oli 42,9 % ja kodinhoitajia, opiskelijoita tai muita työntekijöitä oli 57,1 %. Terveystenhoitajia ja sairaanhoitajia ei miesten ryhmässä ollut. Naisten kohdalla suurin oli perushoitajien ja lähihoitajien ryhmä (77,4 %), terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ryhmä toiseksi suurin (13,2 %) ja kodinhoitajia, opiskelijoita ja muita työntekijöitä pienin ryhmä (9,4%). (Taulukko 1.)

**Taulukko 2.** Vastaajien ikäjakauma ammattiryhmittäin, % (n).

		ammattiryhmä						Yht. (n)	
		lähihoitaja tai perushoitaja (n)		kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu (n)		terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja (n)			
ikä-jakauma	30 v tai alle	23	27 %	5	33 %	4	29 %	32	28 %
	31-40 v	32	37 %	3	20 %	6	43 %	41	36 %
	41-50 v	12	14 %	1	7 %	4	29 %	17	15 %
	yli 51 v	19	22 %	6	40 %	0	0 %	25	22 %
<b>Yht. (n)</b>		<b>86</b>		<b>15</b>		<b>14</b>		<b>115</b>	

Lähihoitajien ja perushoitajien ikäryhmässä eniten vastaajia oli 31–40-vuotiaiden ryhmässä (37 %). Kodinhoitajien, opiskelijoiden ja muiden ammattiryhmien edustajista suurin ikäryhmä (40 %) oli yli 51-vuotiaita. Terveystenhoitajien ja sairaanhoitajien ryhmästä suurin ikäryhmä (43 %) kuului 31–40-vuotiaille. Ammattiryhmien kokonaistarkastelussa 31–40-vuotiaiden vastaajien osuus oli suurin (36 %). (Taulukko 2.)

Huomattavan *suuri osa* vastaajista oli *lähihoitajia tai perushoitajia* (86), kodinhoitajia, opiskelijoita tai muita ammattiryhmän edustajia (15) sekä terveydenhoitajia tai sairaanhoitajia (14). Muut vastaajaryhmät olivat pienempiä. Kohdassa jokin muu on yhdistetty muita erikseen mainittuja ammattiryhmiä: oppisopimusopiskelijat, sosionomi, kättilö, kotiavustaja sekä vanhustenavustaja (sisällytetty kodinhoitajien, opiskelijoiden ja muiden ryhmään). (Taulukko 2.)



**Kuvio 2.** Kotihoidon työntekijöiden työsuhteen luonne, % (n=113).

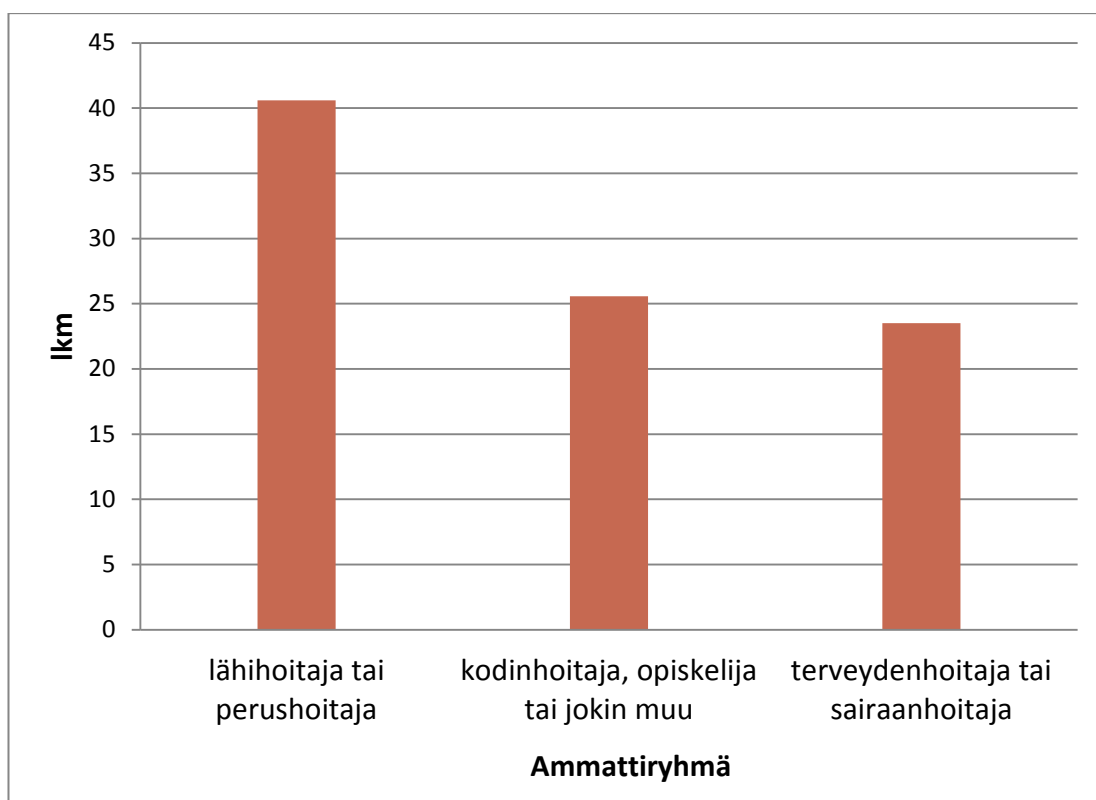
Lähihoitajia tai perushoitajia oli vakituudessa työsuhteessa 76 työntekijää, määräaikaisena 9 työntekijää. Kodinhoitajia, opiskelijoita tai jokin muu – ammattiryhmään kuuluvia oli vakituudessa työsuhteessa 6 työntekijää ja määräaikaisena 9 työntekijää. Terveystenhoitajia tai sairaanhoitajia oli vakituudessa työsuhteessa 8 työntekijää ja määräaikaisena 5 työntekijää. Kysymykseen jätti vastaamatta 2 vastaajaa. Ammattiryhmien vertailussa lähihoitajia sekä perushoitajia oli vakituudessa työsuhteessa huomattavasti enemmän kuin esimerkiksi sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Tilastollisesti vastaus on merkitsevä. ( $\chi^2=22,2$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$ ). (Kuvio 2.)

**Taulukko 3.** Vastaajien työskentelemä aika kotihoidossa ammattikunnittain, ka (n).

Ammattiryhmä	työssäolovuodet ka	n
lähihoitaja tai perushoitaja	9,55	86
kodinhoitaja, opiskelija tai muu	7,93	15
terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja	7,86	14
<b>Yhteensä</b>	<b>9,13</b>	<b>115</b>

Lähihoitajat ja perushoitajat olivat työskennelleet kotihoidossa keskimäärin 9,55 vuotta, kodinhoitajat, opiskelijat ja muut ammattiryhmät 7,93 vuotta sekä terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat 7,86 vuotta. Kaikkien ammattiryhmien keskiarvo kotihoidossa työskentelystä oli keskimäärin 9 vuotta. (Taulukko 3.)

Työssäoloaika hoitoalalla yhteensä vaihteli vastaajien kesken alle vuoden työssäoloajasta aina 38 työvuoteen keskiarvon ollessa 12 vuotta.



**Kuvio 3.** Kotikäyntien määrä viikon aikana ammattiryhmittäin, keskiarvo.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan tekemiensä kotikäyntien määrät viikon aikana. Lähihoitajat ja perushoitajat ilmoittivat tekevänsä kotikäyntejä keskimäärin 40,6 käyntiä viikossa, kodinhoitajat, opiskelijat ja muut ammattiryhmän edustajat 25,6 käyntiä viikossa sekä terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat 36,5 käyntiä viikossa. Neljä vastaajaa jätti ilmoittamatta kotikäyntien määrän. Kotikäyntien määrä viikon aikana vaihtelivat kolmen ja 105 kotikäynnin välillä. Huomiota herätti huomattavan suuren viikottaisten 105 kotikäyntien määrä, jonka oli ilmoittanut kolme vastaajaa. (Kuvio 3).

## 7.2 Kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden riskitekijät

Vastaajia pyydettiin kirjoittamaan kyselylomakkeeseen 1–5 turvallisuusriskiä ja turvallisuuspuutetta, joita he olivat havainneen kotihoidon asiakkaiden luona. (LIITE 2). Vastaajat ilmoittivat vaihtelevia määriä omista havainnoistaan. (Taulukko 4.). Osa vastaajista oli myös jättänyt kyseisen kysymyksen vastaamatta.

**Taulukko 4.** Turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet kotihoidon asiakkailla. (mainintojen määrä)

<b>Turvallisuusriskit</b>	<b>Maininnat</b>	<b>Turvallisuuspuutteet</b>	<b>Maininnat</b>
<b>Kynnykset ja matot</b>	<b>54</b>	<b>Ei palovaroitinta/toimivaa palovaroitinta</b>	<b>45</b>
<b>Tupakointi sisätiloissa</b>	<b>36</b>	<b>Apuvälineiden puute</b>	<b>28</b>
<b>Muistisairaus</b>	<b>32</b>	<b>Liukkaat lattiat</b>	<b>17</b>
<b>Hellat/lieDET</b>	<b>27</b>	<b>Heikko tiedonkulku</b>	<b>15</b>
<b>Ahtaat tilat</b>	<b>25</b>	<b>Huono valaistus</b>	<b>14</b>
<b>Rikkinäiset/epäkuntoiset sähkölaitteet</b>	<b>16</b>	<b>Ajastimet puuttuvat</b>	<b>14</b>
<b>Kaatumiset</b>	<b>15</b>	<b>Turvapuhelin tai turvaranneke puuttuu</b>	<b>13</b>
<b>Portaat</b>	<b>11</b>	<b>Asunnon yleinen siisteys/ahtaat tilat</b>	<b>12</b>

Suurimmiksi turvallisuusriskeiksi hoitajat kokivat kynnykset ja matot, sisätiloissa tapahtuvan tupakoinnin sekä muistisairauden. Turvallisuuspuutteissa suurimmat riskit olivat toimimaton palovaroitin tai sen puute, apuvälineiden puute sekä liukkaat lattiat. (Taulukko 4.)

*Turvallisuusriskeihin* lueteltiin myös seuraavia havaintoja kotihoidon asiakkaiden keskuudesta (mainintoja < 5): alkoholi, pistostapaturmat, kylpyammeet, oven pitäminen takalukossa, henkilökunnan vähyys, asiakas ei käytä olemassa olevaa turvapuhelinta, hellan päällä säilytettävät tavaraa ja ahtaat hissit.

*Turvallisuuspuutteisiin* lueteltiin myös seuraavia havaintoja kotihoidon asiakkaiden keskuudesta (mainintoja < 5): ei lääkekaappia asiakkaan kotona, kiire, liian vähän hoitajia, hissittömyys, kuulolaite puuttuu, työntekijöiden

vaihtuvuus, asiakkaan sopimattomat kengät, väkivaltaiset asiakkaat ja omaiset sekä koulutuksen puute. Tilastollisesti tarkasteltuna vastaus on merkittävä.

Kotihoidon työntekijöiltä haluttiin selvittää, minkälaisilla keinoilla he haluaisivat kartoittaa turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita kotihoidon asiakkaiden keskuudessa. Kyselylomakkeeseen oli laadittu kuusi eri vastausvaihtoehtoa, joista viimeinen oli avoin vaihtoehto.

**Taulukko 5.** Halu tai toivomus turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden kartoittamiseen kotihoidossa, ammattiryhmien ilmoittamat kyllä-vastausten %-osuudet/taho, % (n).

	lähihoitaja tai perushoitaja	kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu	terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja	yht. %, (n)
itsenäisesti tarkistuslistan avulla	25,3 % (19)	0,0 % (0)	35,7 % (5)	24,0 % (24)
kollegan kanssa *)	80,0 % (60)	72,7 % (8)	35,7 % (5)	73,0 % (73)
esimiehen kanssa	26,7 % (20)	36,4 % (4)	47,1 % (1)	25,0 % (25)
omaisen kanssa	58,7 % (44)	63,6 % (7)	57,1 % (8)	59,0 % (59)
asiakkaan kanssa	46,7 % (35)	81,8 % (9)	57,1 % (8)	52,0 % (59)
jokin muu keino tai taho	10,7 % (8)	0,0 % (0)	7,1 % (1)	9,0 % (9)

\*)  $\chi^2=11,74$ ,  $df=2$ ,  $p=.003$ .

Vastaajien oli mahdollista valita yksi tai useampi annetuista vaihtoehdoista turvallisuusriskien tai turvallisuuspuutteiden kartoittamisen keinoista. Lähihoitajat ja perushoitajat (80 %) kartoittaisivat turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita ensisijaisesti kollegan kanssa. Kodinhoitajat, opiskelijat ja muiden ammattiryhmien edustajat kartoittaisivat riskejä ensisijaisesti asiakkaan kanssa (81,8 %). Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien ryhmästä riskien kartoitus tapahtuisi sekä omaisten, että asiakkaan kanssa, josta molempiin vastausprosentiksi tuli 57,1 %. (Taulukko 5.)

**Taulukko 6.** Turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden kartoittaminen kotihoidossa, ikäryhmien ilmoittamat kyllä-vastausten %-osuudet/taho, % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v	yht.
<b>itsenäisesti tarkistuslistan avulla</b>	21,9 % (7)	25,0 % (9)	28,6 % (4)	22,2 % (4)	24,0 % (24)
<b>kollegan kanssa</b>	81,3 % (26)	75,0 % (27)	64,3 % (9)	61,1 % (11)	73,0 % (73)
<b>esimiehen kanssa</b>	31,3 % (10)	19,4 % (7)	7,1 % (1)	38,9 % (7)	25,0 % (25)
<b>omaisen kanssa *)</b>	50,0 % (16)	50,0 % (18)	64,3 % (9)	88,9 % (16)	59,0 % (59)
<b>asiakkaan kanssa</b>	56,3 % (18)	50,0 % (18)	42,9 % (6)	55,6 % (10)	52,0 % (52)
<b>jokin muu keino tai taho</b>	9,4 % (3)	5,6 % (2)	14,3 % (2)	11,1 % (2)	9,0 % (9)

\*)  $\chi^2=9,08$ ,  $df=3$ ,  $p=.028$

Ikäryhmittäin tarkasteltuna sekä alle 30-vuotiaat (81,3 %), että 31–40-vuotiaat (75 %) lähtisivät ensisijaisesti kartoittamaan riskejä yhdessä *kollegan* kanssa. Ikäryhmässä 41–50-vuotiaat vastaajat kartoittaisivat sekä *kollegan*, että *omaisen* kanssa, jossa vastaukseksi saatiin sama tulos (64,3 %). Yli 51-vuotiaat kartoittaisivat turvallisuusriskejä ensisijaisesti omaisen kanssa (88,9 %). (Taulukko 6.)

Kyselyyn vastaajat olivat myös itse toimineet turvallisuuden lisäämisessä. Näitä keinoja olivat olleet muun muassa lääkkeiden turvallisen säilyttämisen huomiointi, sulakkeiden poistaminen hellasta, omaisten muistuttaminen muun muassa mattojen poistamisesta lattioilta. Omaiset ovat myös poistaneet henkilökunnan kehoituksesta ylimääräistä tavaraa asunnoista. Myös turvaketjuja asuntojen oveista on poistettu. Omaisia on myös informoitu asunnossa tapahtuvan tupakoinnin riskeistä ja pyydetty hankkimaan omaiselle palamaton alusta pöydälle asunnossa tapahtuvaa tupakointia varten.

Ilmoituksia annettiin ja tehtiin muun muassa asiakkaalle itselleen, omaiselle, lähiesimiehelle ja huoltoyhtiölle. Ilmoittamisen jälkeen epäkohtiin reagoitiin pikimmiten ja ilmoitukset otettiin vakavasti. Omaisten aktiivisuudessa oli eroja. Omaiset muun muassa olivat poistaneet asunnoista ylimääräistä tavaraa ja

vaaratekijöitä esimerkiksi mattoja. Lisäksi palohälyttimiä oli asennettu entistä enemmän. Työyhteisössä oli myös mietitty sitä, kuinka esimerkiksi lääkkeiden säilytys tulisi järjestää asiakkaan omassa kodissa. Vastauksissa myös todettiin, että jos jonkin epäkohdan korjaaminen jää kotihoidon vastuulle, asia hoidetaan mahdollisimman nopeasti.

Omaisten vastuulle annetut tehtävät toteutuivat ajoittain myös pidemmällä viiveellä. Perehdyttämisen ja tiedonkulun osalta toivottiin lisää panostusta. Kotihoidon työntekijät myös totesivat että heitä ja heidän toiveitaan kuunneltiin, mutta muutosta asiakkaan turvallisuuden panostamiseen ei aina tapahdu. Turvallisuusajattelua ei koettu osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. Eri tahojen kanssa yhteistyössä toimiminen oli ajoittain haasteellista yhteisymmärryksen puuttumisen vuoksi. Vastaajat myös totesivat, että ilmoitettuihin riskeihin reagoitiin hyvin löyhästi, ja vasta sen jälkeen reagoitiin, kun sattuu jotain vakavampaa. Vastaajat kokivat myös riittämättömyyttä siitä, että vaikka he yrittävät luoda turvallisempaa ympäristöä kotihoidon asiakkaille, ei se kuitenkaan aina ollut riittävää (LIITE 3).

Vastauksissa oli vaihtelevuutta siitä, kuinka ilmoituksiin oli reagoitu. Pääasiassa ilmoituksiin reagoitiin ja toimenpiteisiin ryhdyttiin joko välittömästi tai viiveellä. Korjaavia toimintoja olivat tehneet muun muassa huoltoyhtiö tai omaiset. Esimies oli vienyt asiaa eteenpäin ja omaiset tehneet korjaavia toimintoja. Haasteena turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden reagoinnissa olivat olleet muun muassa omaisten välinpitämättömyys useisiin kehotuksiin. Vastaajat olivat kokeneet, että asenne muutostöihin on ollut vähättelevää.

Asunnon turvallisuuden lisääminen koettiin kalliiksi (esimerkiksi ammeen poisto). Perehdytykseen, tiedonkulkuun ja tiedottamiseen tulisi panostaa enemmän. Kotihoidon henkilökunta koki, että heillä on vähäiset oikeuden puuttua asukkaan asioihin heidän itsemääräämisoikeuden vuoksi. Ilmoitukset riskeistä ja puutteista kuunneltiin, mutta asian korjaamiseksi ei tehty tarvittavia toimintoja, yhteisymmärrys omaisten ja asiakkaiden välillä oli joskus vaikeaa ja omaisten joskus vaikea ymmärtää vanhuksen tilannetta. Muutoksen tapahtuminen kesti joskus liian kauan. (LIITE 3).



Seuraavassa kysymyksessä kotihoidon työntekijöiltä haluttiin selvittää kuinka henkilökunnan ilmoituksista turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista reagoitiin. Vastaajien oli mahdollista kertoa heidän kokemuksistaan omin sanoin (esimerkkejä vastauksista, LIITE 3):

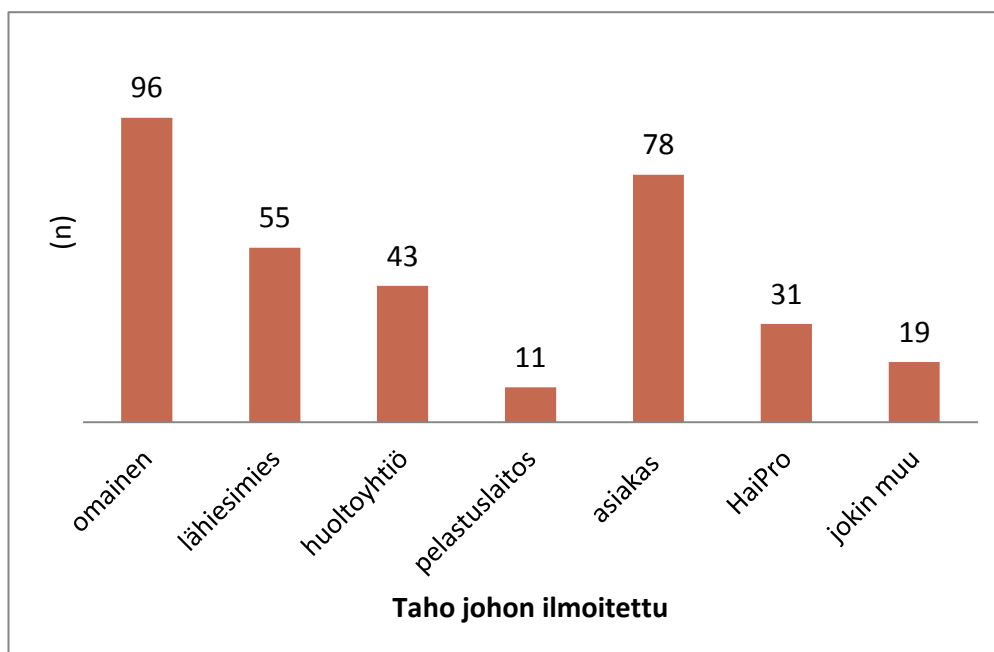
*”...useinmiten tilanteeseen on reagoitu sanomalla seurataan tilannetta...”*

*”...omaisten ja asiakkaiden kanssa yhteisymmärrys on joskus vaikeaa...”*

*”...ei ole kotihoidolla oikeuksia puuttua asioihin kovinkaan laajasti asiakkaan itsemääräämisoikeuden vuoksi...”*

### 7.3 Kotihoidon asiakkaiden turvallisuusriskeistä tiedottaminen

Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan, mille eri tahoille he olivat tehneet ilmoituksen turvallisuusriskeistä tai turvallisuuspuutteista kotihoidon asiakkaiden luona. Vastaajien oli mahdollista valita annetuista vaihtoehdoista useampi vastausvaihtoehto.



**Kuvio 4.** Eri tahoille ilmoitetut kotihoidon asiakkaan luona havaitut turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet. (n=mainintojen lukumäärä)

Kaikkien ammattiryhmien yhteisessä tarkastelussa (kuvio 4.) ilmenee, että omaisille tehtyjä ilmoituksia on eniten (96). Toiseksi eniten ilmoituksia on tehty asiakkaalle itselleen (78) ja kolmanneksi eniten lähiesimiehelle (55). Pelastuslaitokselle oli ilmoituksia tehty kaikista vähiten (11).

**Taulukko 7.** Eri tahoille ilmoitetut kotihoidon asiakkaan luona havaitut turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet ammattiryhmittäin, % (n).

	lähihoitaja tai perushoitaja	kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu	sairaanhoidtaja tai terveydenhoitaja	yhteensä
<b>omainen</b>	86 % (74)	76,9 % (10)	85,7 % (12)	85 % (96)
<b>lähiesimies*)</b>	51,2 % (44)	69,2 % (9)	14,3 % (2)	48,7 % (55)
<b>huoltoyhtiö</b>	41,9 % (36)	30,4 % (4)	21,4 % (3)	38,1 % (43)
<b>pelastuslaitos</b>	8,1 % (7)	23,1 % (3)	7,1 % (1)	9,7 % (11)
<b>asiakas</b>	68,6 % (59)	61,5 % (8)	76,8 % (11)	69,0 % (78)
<b>HaiPro**)</b>	33,7 % (29)	7,7 % (1)	7,7 % (1)	27,4 % (31)
<b>jokin muu</b>	18,8 % (16)	7,7 % (1)	14,3 % (2)	17 % (19)

\*)  $\chi^2=9,03$ ,  $df=2$ ,  $p=.011$

\*\*\*)  $\chi^2=7,14$ ,  $df=2$ ,  $p=.028$

Tarkasteltaessa asiakkaiden turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden ilmoitustahojaa ammattiryhmittäin (taulukko 7.) voidaan nähdä viitteitä siitä, että kaikissa ammattiryhmissä turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista ilmoitetaan ensisijaisesti omaiselle. Lähihoitajat ja perushoitajat tekivät ilmoituksia myös asiakkaalle itselleen (68,6 %), sekä lähiesimiehelle (51,2 %). Perushoitajat, opiskelijat ja muut ammattiryhmät ilmoittivat sekä lähiesimiehelle (69,2 %), että huoltoyhtiölle (30,4 %). Terveystenhoitajat ja sairaanhoitajat ilmoittivat riskeistä ja puutteista kodin turvallisuudesta asiakkaalle itselleen (76,8 %). Kaikkia ammattiryhmiä vertaillen, vähiten ilmoituksia tehtiin pääasiassa pelastuslaitokselle. Myös HaiPro-ilmoituksia tehtiin hyvin vähän.

**Taulukko 8.** Eri tahoille ilmoitetut kotihoidon asiakkaan luona havaitut turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet ikäryhmittäin, % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v	yht.
<b>omainen</b>	86,7 % (26)	87,8 % (36)	70,6 % (12)	88,0 % (22)	85,0 % (96)
<b>lähiesimies *)</b>	30,0 % (9)	58,5 % (24)	29,4 % (5)	68,0 % (17)	48,7 % (55)
<b>huoltoyhtiö**)</b>	23,3 % (7)	39,0 % (16)	29,4 % (5)	60,0 % (15)	38,1 % (43)
<b>pelastuslaitos</b>	13,3 % (4)	2,4 % (1)	23,5 % (4)	8,0 % (2)	9,7 % (11)
<b>asiakas</b>	56,7 % (17)	82,9 % (34)	64,7 % (11)	64,0 % (16)	69,0 % (78)
<b>HaiPro</b>	26,7 % (8)	31,7 % (13)	35,3 % (6)	16,0 % (4)	27,4 % (31)
<b>jokin muu</b>	20,0 % (6)	17,1 % (7)	29,4 % (5)	4,2 % (1)	17,0 % (19)

\*)  $\chi^2=12,04$ ,  $df=3$ ,  $p=.007$

\*\*\*)  $\chi^2=8,42$ ,  $df=3$ ,  $p=.038$

Vaikka tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä, nähdään viitteitä siitä, että asiakkaille ilmoituksia teki eniten 31–40-vuotiaiden ryhmä (82,9 %). Kaikissa ikäryhmissä tehtiin eniten omaisille (85 %). (Taulukko 8.)

Muita erikseen mainittuja keinoja ja tahoja turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden kartoittamiseen olivat: taloyhtiön tekemä paloturvallisuustarkastus, fysioterapeutti, omaishoitaja ja ulkopuolinen ammattilainen.

Vastaajilla oli mahdollisuus ilmoittaa useitakin tahoja, joihin ovat tehneet ilmoituksia turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista. Näitä olivat: alueen oma hoitaja (2), apuvälinelainaamon fysioterapeutti (2), edunvalvoja (2), ilmoittaja itse on tehnyt asialle jotain (2), kaupungin viranomaiselle (2), lukkosepälle (2), omaishoitajalle (4), palveluohjaajalle (4), poliisille (2) sekä omalle kotihoidon ryhmälle (11)

Työntekijöiltä tiedusteltiin heidän tietämyksestä pelastuslakiin kirjatuista velvotteista. Tietämystä tarkastellaan seuraavissa taulukoissa työsuhteen luonteen, ikäryhmien ja ammattiryhmien välillä.

**Taulukko 9.** Vakituisten ja määräaikaisten työntekijöiden tietämys pelastuslakiin kirjatusta velvotteista, % (n).

	<b>vakituinen</b>	<b>määräaikainen</b>
<b>kyllä</b>	41,6 % (32)	43,5 % (10)
<b>ei</b>	58,4 % (45)	56,5 % (13)
<b>yht.</b>	100,0 % (77)	100,0 % (23)

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa ei tiennyt velvoitteista, jotka on kirjattu pelastuslakiin. Sekä vakituisista, että määräaikaisista työntekijöistä yli puolet ei tiennyt kirjatusta velvotteista.

**Taulukko 10.** Tietämys pelastuslakiin kirjatusta velvotteista ikäryhmittäin, % (n).

	<b>30 v tai alle</b>	<b>31-40 v</b>	<b>41-50 v</b>	<b>yli 51 v</b>	<b>yht.</b>
<b>kyllä</b>	26,7 % (8)	38,9 % (14)	73,3% (11)	47,6 % (10)	42,2 % (43)
<b>ei</b>	73,3 % (22)	61,1% (22)	27,6% (4)	52,4 % (11)	57,8 % (59)
<b>yht.</b>	100,0 % (30)	100,0 % (36)	100,0% (15)	100,0 % (21)	100,0 % (102)

( $\chi^2=9,34$ ,  $df=3$ ,  $p=.025$ )

Ikäryhmittäin tarkasteltuna 41–50-vuotiaiden ryhmässä pelastuslakiin kirjatusta velvotteista tiesi enemmistö eli 73,3 % (11). Muissa ikäryhmissä enemmistö ei tiennyt pelastuslakiin ilmoitetuista velvotteista. Alle 30-vuotiaiden vastaajien ryhmä oli suurin, jossa ei tiedetty pelastuslakiin liittyvistä velvotteista. Tilastollisesti tulos on lähes merkitsevä. (Taulukko 10.)

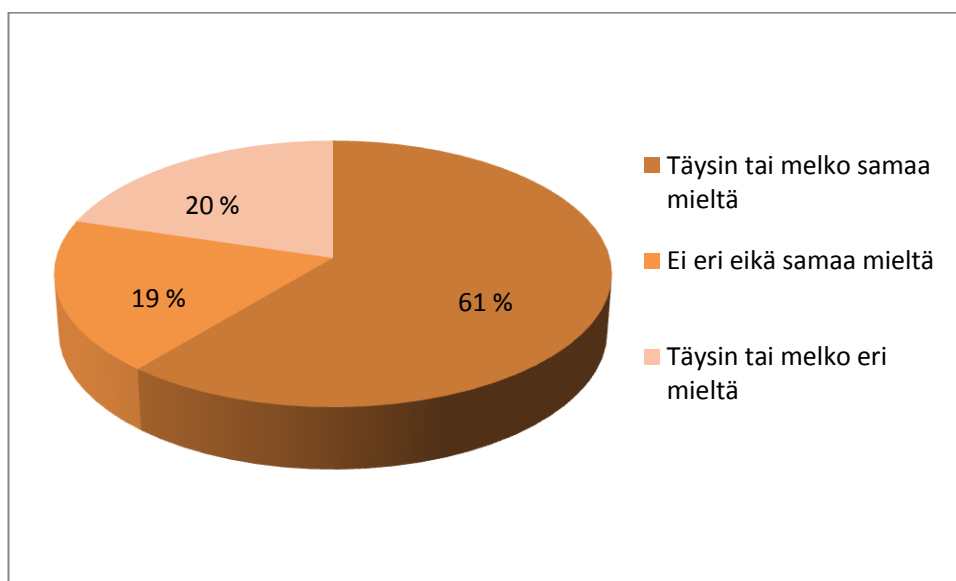
**Taulukko 11.** Tietämys pelastuslain velvotteista, ammattiryhmittäin % (n).

	<b>lähihoitaja tai perushoitaja</b>	<b>kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu</b>	<b>terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja</b>
<b>kyllä</b>	43,2 % (32)	28,6 % (4)	50,0 % (7)
<b>ei</b>	56,8 % (42)	71,4 % (10)	50,0 % (7)
<b>yht.</b>	100,0 % (74)	100,0 % (14)	100,0 % (14)

Lähihoitajien ryhmästä hieman yli puolet (56,8 %) ei tiennyt pelastuslakiin kirjatusta ilmoitusvelvollisuudesta. Kodinhoitajien, opiskelijoiden ja muiden työntekijöiden ryhmässä tietämys oli myös heikko (71,4 %). Terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ryhmä vastasi tasapuolisesti kyllä ja ei (50 %) kummassakin ryhmässä). Erot ammattiryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 11.)

#### 7.4 Työntekijöiden valmiudet asiakkaan turvallisuuden tukemiseen

Kotihoidon työntekijöitä pyydettiin arvioimaan omia valmiuksiaan asiakkaiden psyykkisen turvallisuuden tukemiseen. Lisäksi vastaajia pyydettiin kertomaan avoimessa kysymyksessä miten he huomioivat kotihoidon asiakkaiden psyykkistä turvallisuutta.



**Kuvio 5.** Kotihoidon työntekijöiden kokemat hyvät valmiudet asiakkaan psyykkisen turvallisuuden tukemiseen %, (n=113)

Lähes 2/3 (69) vastaajista koki, että heillä oli hyvät valmiudet asiakkaan psyykkisen turvallisuuden tukemiseen. Asiasta täysin tai melko eri mieltä oli viidesosa vastaajista (23). Vastaajista 19 % (21) ei ollut eri eikä samaa mieltä valmiuksistaan tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta. (Kuvio 5.)

**Taulukko 12.** Kotihoidon työntekijöiden kokemat hyvät valmiudet tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta, ammattiryhmittäin % (n).

	<b>lähihoitaja tai perushoitaja</b>	<b>kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu</b>	<b>terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja</b>
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	19,0 % (16)	13,3 % (2)	35,7 % (5)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	19,0 % (16)	20,0 % (3)	14,3 % (2)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	61,9 % (52)	66,7 % (10)	50,0 % (7)
<b>yht.</b>	100 % (91)	100 % (15)	100 % (14)

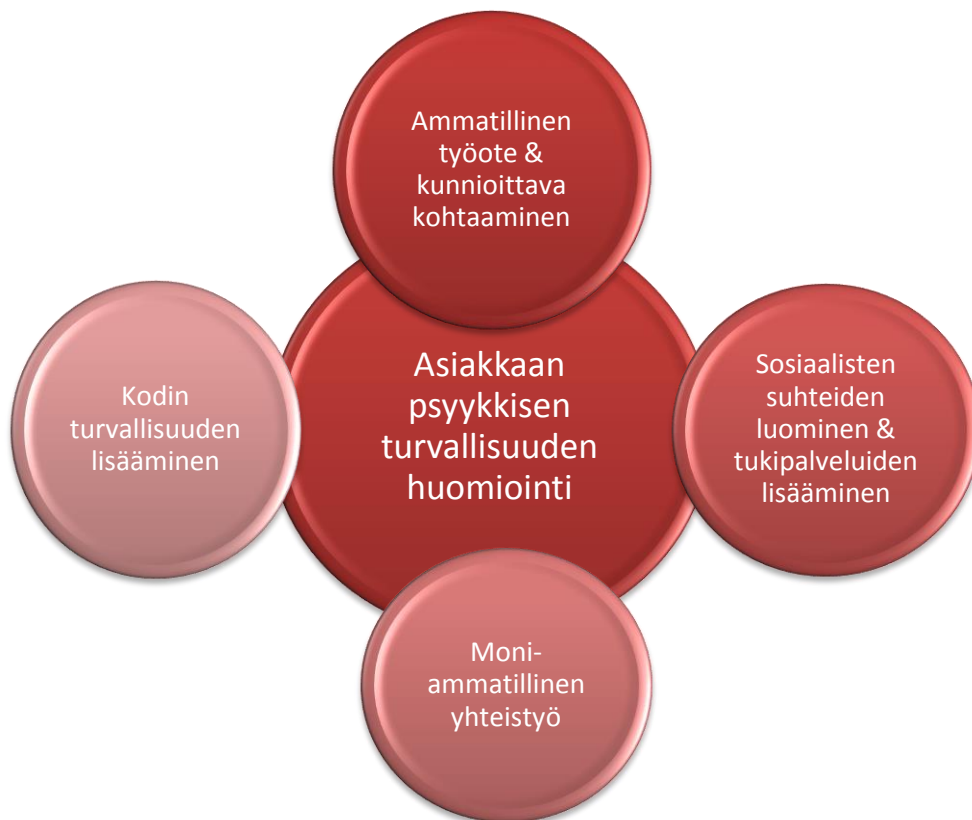
Kaikissa ammattiryhmissä koettiin, että heillä oli melko tai erittäin hyvät valmiudet tukea asiakkaidensa psyykkistä turvallisuutta. Kodinhoitajien, opiskelijoiden ja muiden ammattiryhmässä 66,7 % vastaajista kokivat omaavansa melko tai erittäin hyvät valmiuden tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta. Lähihoitajien ja perushoitajien ryhmästä (61,9 %) kokivat, että heillä oli hyvät valmiudet tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta. Terveystenhoitajien ja sairaanhoitajien ryhmässä puolet koki, että heillä oli melko tai erittäin hyvät valmiudet tukea asiakkaidensa psyykkistä turvallisuutta. Tulos näiden ammattiryhmien vertailussa ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (Taulukko 12.)

**Taulukko 13.** Kotihoidon työntekijöiden hyvät valmiudet tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta, ikäryhmittäin % (n).

	<b>30 v tai alle</b>	<b>31-40 v</b>	<b>41-50 v</b>	<b>yli 51 v</b>
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	21,9 % (7)	29,3 % (12)	18,8 % (3)	4,2 % (1)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	15,6 % (5)	17,7 % (7)	18,8 % (3)	25,0 % (6)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	62,5 % (20)	53,7 % (22)	62,5 % (10)	70,8 % (17)
<b>yht.</b>	100 % (32)	100 % (41)	100 % (16)	100 % (24)

Kaikissa ikäryhmissä vastaajat kokivat, että heillä on hyvät valmiudet tukea asiakkaiden psyykkistä turvallisuutta. Erityisesti kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä vastaukset painoutuivat melko tai täysin samaa mieltä -vaihtoehtoon. (Taulukko 13.)

Kotihoidon työntekijät huomioivat monipuolisesti asiakkaitensa psyykkistä turvallisuutta. Keinot psyykkisen turvallisuuden huomioimiseen on koottu ja havainnollistettu kuvion 6 avulla. Psyykkisen turvallisuuden rakentuminen käsittävät vuorovaikutustaitojen hyödyntämisen, sosiaalisten suhteiden ja tukipalveluiden huomioimisen, moniammatillisuuden sekä kodin turvallisuuden lisäämisen.



**Kuvio 6.** Asiakkaan psyykkisen turvallisuuden huomiointi.

Kotihoidon työntekijät tukivat asiakkaan psyykkistä turvallisuutta muun muassa luomalla rauhallista ja turvallista ilmapiiriä. Vastaajat katsoivat, että asiakkaan tulee tuntea itsensä tärkeäksi. Myös kodin turvallisuuden nähtiin lisäävän psyykkistä turvallisuutta. Sosiaalisen verkoston tukeminen myös edesauttaa

psykkisen turvallisuuden kokemista. Turvattomuutta kokevista asiakkaista myös tiedotetaan eteenpäin esimiehille ja kotisairaanhoidolle. Keskustelu ja rauhoittelu sekä muun muassa turvarannekkeen käytön ohjaaminen koettiin lisäävän psykkistä turvallisuutta. Kuntouttava työote ja omatoimisuuteen kannustaminen auttavat vähentämään turvattomuuden tunnetta. Myös erilaisia tukitoimitoja, kuten päivätoimintaa, pyrittiin järjestämään asiakkaalle. Lääkityksen hyödyntäminen ja lääkityksen tarkistaminen katsottiin kuuluvan myös osaltaan psykkisen turvallisuuden edistämiseen. Erilaisten muistia tukevien apuvälineiden käyttö tukee myös psykkistä turvallisuutta, koska isolla osalla asiakkaista oli alentunut muisti tai muistisairaus. Yhteistyö omaisten kanssa ja työyhteisön sisäinen tiedottaminen koettiin lisäävän asiakkaan psykkistä hyvinvointia. Myös fyysisten tarpeiden huomioiminen (uni, ravinto, kivut ja erittäminen) lisäävät psykkistä hyvinvointia. (LIITE 4).

Seuraavassa esimerkkejä kotihoidon työntekijöiden vastauksista (LIITE 4):

*”...?...”*

*”...tulisi olla enemmän aikaa pysähtyä kuuntelemaan asiakasta...”*

*”...kuuntelemalla ja puhumalla asiakkaan kanssa...”*

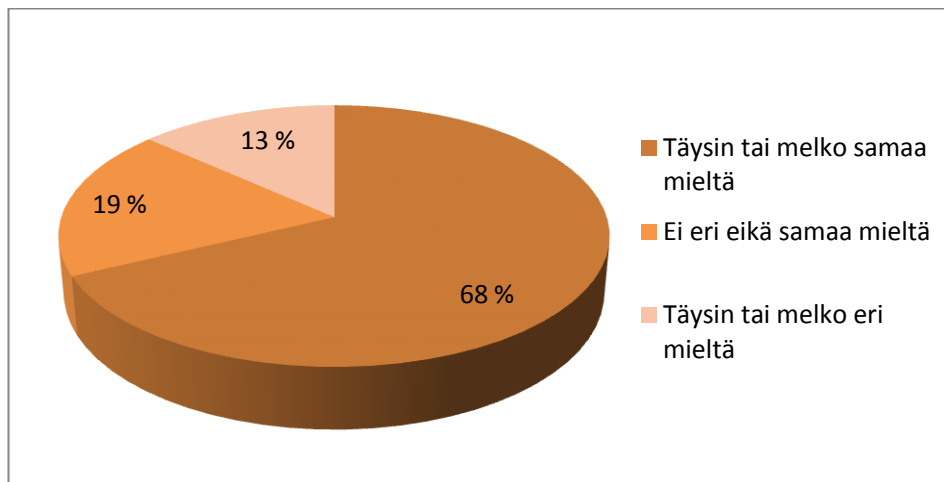
*”...olemalla rauhallinen ja läsnä hoitokäynneillä...”*

*”...kuntouttavalla työotteella siten että asiakas itse oivaltaa pärjäävänsä edelleen kotona...”*

*”...kertomalla kuka olen ja koska seuraava hoitaja tulee...”*

Kotihoidon työntekijöitä pyydettiin arvioimaan omia valmiuksiaan asiakkaiden fyysisen turvallisuuden tukemiseen. Lisäksi vastaajia pyydettiin kertomaan avoimessa kysymyksessä miten he huomioivat kotihoidon asiakkaiden fyysistä turvallisuutta.





**Kuvio 7.** Hyvät valmiudet asiakkaan fyysisen turvallisuuden tukemiseen, % (n=112).

Vastaajista 68 % (76) oli melko samaa mieltä, että heillä oli hyvät valmiudet tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta. 19 % (21) ei ollut eri eikä samaa mieltä valmiuksistaan tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta. 13 % (15) olivat melko eri mieltä valmiuksistaan tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta. (Kuvio 7.)

Kotihoidon asiakkaiden fyysisen turvallisuuden tukemiseen vastaajat olivat löytäneet hyvin monipuolisia keinoja. Pääsääntöisesti vastaajat (lähes 3/4) kokivat, että he ovat täysin tai melko samaa mieltä siitä, että heillä on hyvät valmiudet tukea asiakkaittensa fyysistä turvallisuutta. Vain pieni osa vastaajista koki, että heiltä puuttuu valmiudet tukea asiakkaittensa fyysistä turvallisuutta.

**Taulukko 14.** Kotihoidon työntekijöiden hyvät valmiudet tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta, ammattiryhmittäin % (n).

	lähihoitaja tai perushoitaja	kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu	terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	12,0 % (10)	13,3 % (2)	21,4 % (3)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	20,5 % (17)	6,7 % (1)	80,0 % (12)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	67,5 % (56)	80,0 % (12)	57,1 % (8)
<b>yht.</b>	100 % (83)	100 % (15)	100 % (23)

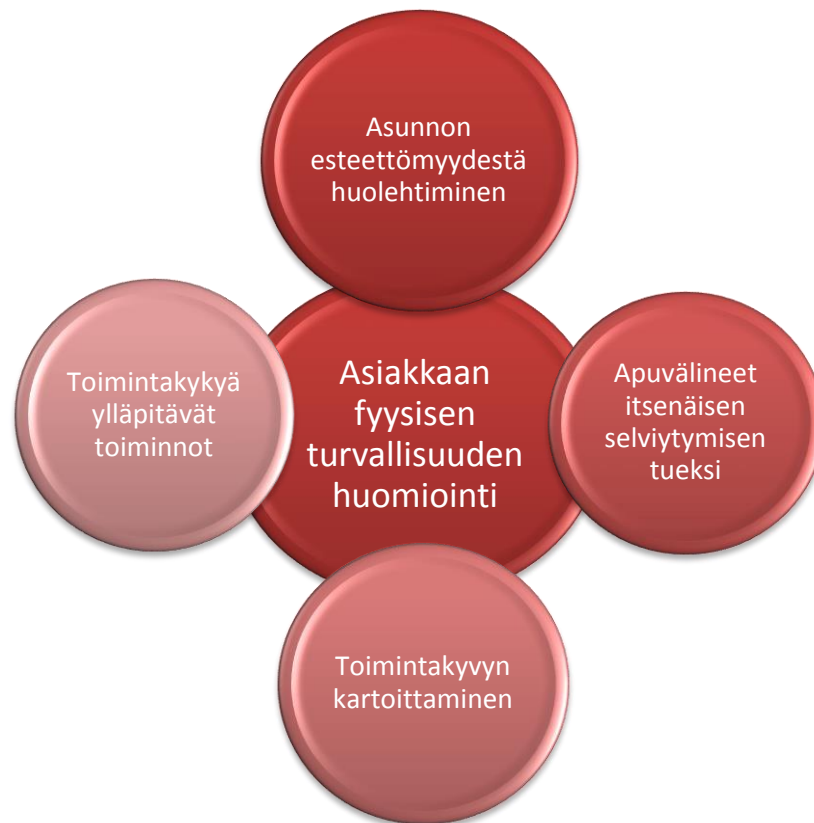
Fyysisen turvallisuuden huomioimisessa vastaajat olivat melko tai täysin samaa mieltä siitä, että heillä oli hyvät valmiudet asiakkaan fyysisen turvallisuuden tukemiseen. Eniten omiin hyviin valmiuksiin asiakkaiden fyysisen turvallisuuden tukemiseen oli kodinhoitajien, opiskelijoiden ja muiden ammattiryhmien edustajilla (80 %) (Taulukko 14.)

**Taulukko 15.** Kotihoidon työntekijöiden hyvät valmiudet tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta, ikäryhmittäin % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v
<b>täysin tai melko samaa mieltä</b>	9,4 % (3)	17,5 % (7)	12,5 % (2)	12,5 % (3)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	15,6 % (5)	22,5 % (9)	6,3 % (1)	25,0 % (6)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	75,0 % (24)	60,0 % (24)	81,3 % (13)	67,9 % (15)
<b>yht.</b>	100 % (32)	100 % (40)	100 % (16)	100 % (24)

Ammatti- ja ikäryhmittäisessä tarkastelussa voidaan todeta, että tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Korkein vastausprosentti asiakkaiden fyysisen turvallisuuden tukemiseen oli 41–50-vuotiaiden ikäryhmässä (81,3 %). Tässä ikäryhmässä vastaajat oli melko tai täysin samaa mieltä, että heillä oli hyvät valmiudet tukea asiakkaiden fyysistä turvallisuutta. (Taulukko 15).

Kotihoidon työntekijät huomioivat monipuolisesti asiakkaittensa fyysistä turvallisuutta. Keinot fyysisen turvallisuuden huomioimiseen on koottu ja havainnollistettu kuvion avulla. Fyysinen turvallisuus koostuu arvioinnista ja kartoittamisesta, apuvälineiden hankkimisesta, asunnon esteettömyydestä sekä toimintakykyä ylläpitävistä keinoista. (Kuvio 8.)



**Kuvio 8.** Fyysisen turvallisuuden huomiointi.

Fyysisen turvallisuuden huomioimiseen vastaajat olivat löytäneen hyvin erilaisia vaihtoehtoja. Suurimman osan kysymykseen vastanneiden apuvälineiden hankinta (kävelykepit, tukikahvat, turvapuhelimet, jarrusukat, lonkkahousut), esteiden poistaminen (esimerkiksi kynnykset, matot) ja yleisen siisteyden huomioiminen olivat lisänneet fyysistä turvallisuutta. Portaat sekä heikko valaistus mainittiin myös fyysisen turvallisuuden riskeinä. Vastaajat myös ennakoivat mahdollisia vaaratilanteita asukkaan asunnossa ja pyrkivät toimimaan ennaltaehkäisevästi niiden hyväksi.

Asiakkailla saattoi myös olla sairaudesta liittyviä oireita, kuten esimerkiksi huimausta, tasapainohäiriöitä tai näkövammaa jotka lisäävät esimerkiksi kaatumisien tai tapaturmien riskiä. Asukkaiden fyysisen turvallisuuden edistämistä voidaan vastaajien mukaan lisätä muun muassa kuntouttavan työotteen avulla, asiakkaan omatoimisuuden lisäämisellä, liikunnan lisäämisellä

sekä apuvälineiden käytön ohjaamisella. Sähkölaitteissa voidaan käyttää myös erilaisia ajastimia, jotka edistävät fyysistä turvallisuutta. (LIITE 5).

Seuraavassa kotihoidon työntekijöiden keinoja asiakkaitensa fyysisen turvallisuuden tukemiseen:

*”...katson, että liikkumistila on esteetön...”*

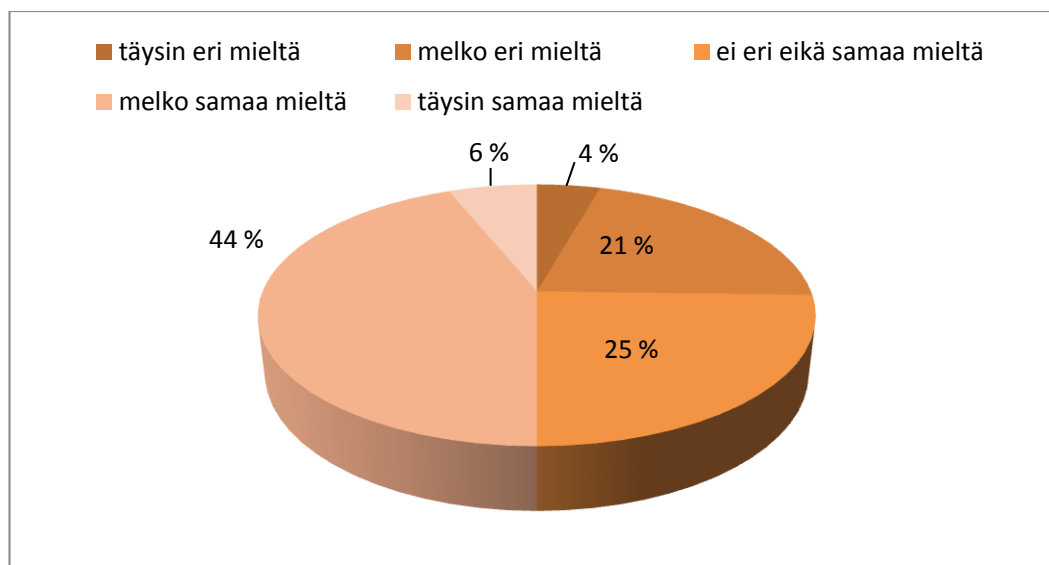
*”...ylläpitämällä siisteyttä asunnossa ja katsomalla, että asiakalla on asianmukaiset apuvälineet käytössä...”*

*”...tehdään korjaavia toimenpiteitä...”*

*”...keskittymällä kyseisen asiakkaan voimavaroihin...”*

### 7.5 Opinnoista ja työpaikalta saadut valmiudet kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden huomioimiseen

Kotihoidon työntekijöitä pyydettiin arvioimaan heidän saamiaan valmiuksia kotihoidon asiakkaiden tukemiseen sekä opintojen parista, että työpaikaltaan. Vertailua tehtiin sekä ikäryhmittäin että ammattiryhmittäin.



**Kuvio 9.** Olen saanut opinnoissa riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, % (n=114).

Vastaajista 44 % (50) oli melko samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden tukemisesta. 25 % (28) eivät olleet eri eikä samaa mieltä saamastaan riittävän tiedon määrästä opintojen aikana. Vastaajista 21 % (24) olivat melko eri mieltä saamastaan riittävästä tiedosta opintojen aikana. Heistä 6 % (7) olivat täysin samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet riittävästi tietoa opintojen aikana. Vastaajista 4% (5) olivat täysin eri mieltä siitä, että he olisivat saaneet riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuudesta opintojen aikana. (Kuvio 9.)

**Taulukko 16.** Olen saanut opinnoissa riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, vastausten jakautuminen ammattiryhmittäin, % (n).

	<b>lähihoitaja tai perushoitaja</b>	<b>kodinhoitaja,opiskelija tai jokin muu</b>	<b>terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja</b>
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	25,9 % (22)	20,0 % (3)	28,6 % (4)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	24,7 % (21)	40,0 % (6)	7,1 % (1)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	49,4 % (42)	40,0 % (6)	64,3 % (9)
<b>yht.</b>	100 % (85)	100 % (15)	100 % (14)

Lähihoitajista ja perushoitajista 49,4 % sekä sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista 64,3 % oli melko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä, että he olivat saaneet opintojensa aikana riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa. Kodinhoitajien, opiskelijoiden ja muiden ryhmässä vastaukset jakautuivat tasan ei eri eikä samaa mieltä –ryhmän sekä melko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä –ryhmän kanssa 40,0 %. (Taulukko 16.)

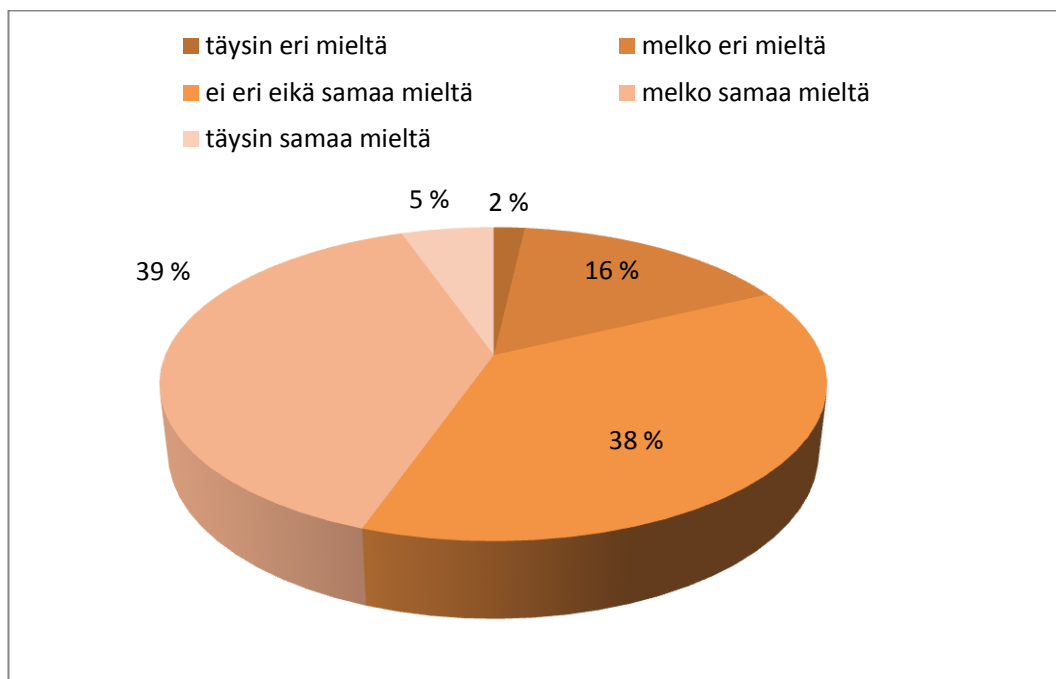
**Taulukko 17.** Olen saanut opinnoista riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, ikäryhmittäin % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	45,2 % (14)	26,8 % (11)	5,9 % (1)	12,0 % (3)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	25,8 % (8)	26,8 % (11)	11,8 % (2)	28,0 % (7)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	29,0 % (9)	46,3 % (19)	82,4 % (14)	60,0 % (15)
<b>yht.</b>	100 % (31)	100 % (41)	100 % (17)	100 % (25)

( $\chi^2=17,35$ ,  $df=6$ ,  $p=.008$ )

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa huomiota herätti se, että lähes puolet (45,2 %) 30-vuotiaista ja sitä nuoremista vastaajista oli sitä mieltä, että he eivät ole saaneet opintojensa aikana riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimiseen. Suurin osa 31–40-vuotiaista eli 46,3 % koki, että he olivat saaneet opintojensa aikana riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden tukemiseen. Muiden ikäryhmien kohdalla varsinkin kaikista vanhin ikäryhmää oli mielestään saanut opintojensa aikana riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden tukemiseen. (Taulukko 17.)

Vastaajista 39 % (44) oli melko samaa mieltä, että he olivat saaneet työpaikaltaan riittävästi tietoa. Vastaajista 38 % (42) ei ollut eri eikä samaa mieltä työpaikalta saadun tiedon riittävyyden suhteen. 16 % (18) olivat melko eri mieltä riittävän tiedon määrästä. Riittävästi tietoa koki saaneensa 5 % (6) vastaajista, jotka olivat täysin samaa mieltä siitä, että työpaikalta on saatu riittävästi tietoa turvallisuusasioiden huomioimiseen. 2 % (2) vastaajista olivat täysin eri mieltä siitä, että työpaikalta olisi saanut riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimiseen. (Kuvio 10.)



**Kuvio 10.** Olen saanut työpaikaltani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, % (n=112).

**Taulukko 18.** Olen saanut työpaikaltani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, vastaukset ammattiryhmittäin % (n).

	lähihoitaja tai perushoitaja	kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu	terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	17,0 % (17)	0,0 % (0)	21,4 % (3)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	36,1 % (30)	46,7 % (7)	35,7 % (5)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	43,4 % (36)	53,3 % (8)	42,9 % (6)

Ammattiryhmien välisessä tarkastelussa vastaukset painottuivat melko tai täysin samaa mieltä -vaihtoehtoon. Täysin tai melko eri mieltä olevia oli lähi- ja perushoitajien ryhmässä vajaa viidennes (17 %) ja terveyden- ja sairaanhoitajien ryhmässä hieman yli viidennes (21,4 %). (Taulukko 18.)

**Taulukko 19.** Olen saanut työpaikaltani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa, ikäryhmittäin % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	35,5 % (11)	20,0 % (8)	0,0 % (0)	4,0 % (1)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	32,3 % (10)	35,0 % (14)	37,5 % (6)	48,0 % (12)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	32,3 % (10)	45,0 % (18)	62,5 % (10)	48,0 % (12)
<b>yht.</b>	100 % (31)	100 % (40)	100 % (16)	100 % (25)

( $\chi^2=14,34$ ,  $df=6$ ,  $p=.026$ )

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa parhaiten tietoa työpaikaltaan ilmoitti saaneensa 41–50-vuotiaiden ryhmä (62,5 %). Nuorimmassa ikäryhmässä vastaukset jakautuivat tasan eri vaihtoehtojen välille. (Taulukko 19.)

Vastaajilla oli mahdollisuus tuoda esiin tapoja, millä oppilaitokset ja organisaatiot voisivat kehittää turvallisuusasioiden koulutusta ja tiedon lisäämistä sosiaali- ja terveysalalla. Vastaukset painottuivat kuitenkin enemmän siihen, mistä koulutusta haluttaisiin lisää kuin siihen, miten he haluaisivat turvallisuusasioita kehitettävän. Vastaajat toivovat lisää koulutusta muun muassa aggressiivisten asiakkaiden ja omaisten kohtaamiseen. Turvallisuuskoulutuksissa tulisi keskittyä enemmän kotona tapahtuvaan työskentelyyn eikä laitospäiväiseen ympäristöön. Kodit ovat erilaisia verrattuna laitoksiin. Lisäksi tilanneharjoituksia toivottiin, koska pelkät luennot eivät aina auta käytännön osaamista. Koulutuksia ja erilaisia tapahtumapäiviä myös toivottiin. Apuvälineiden käytöstä toivottiin myös koulutusta. Vastaajat kokivat myös tärkeäksi sen, että käytäisiin yhdessä läpi erilaisia riskejä omassa työyhteisössä.

Tiedottamisen lisäämistä ja muun muassa alkusammutusharjoituksia toivottiin lisää. Toivottiin myös ratkaisua siihen, kuinka toimia asiakkaiden kanssa, joilla asunto on täynnä tavaraa. Yleisimmistä kotona olevista riskeistä toivottiin myös lisätietoa. Koulutusmyönteisyys näkyi vastaajien palautteesta. Lisäksi ensiapukoulutuksia pidettiin tärkeinä. Avointa keskustelua ja ideoiden kertomista



työyhteisössä myös toivottiin. Oppilaitoksilta toivottiin koulutuksen muuttamista nykypäivän tilannetta vastaavaksi kotihoidon näkökulmasta. (LIITE 6).

Seuraavassa kotihoidon työntekijöiden toivomuksista oppilaitosten ja organisaatioiden turvallisuusasioiden kehittämiseen ja koulutuksen lisäämiseen. (LIITE 6):

*”...tutustumalla kotihoidon työhön...turvallisuuspäivitystä säännöllisin väliajoin...”*

*”...omat koulutukset laitoksille ja kotihoidolle...”*

*”...tulemalla mukaan asiakkaan luokse kartoittamaan tilannetta...”*

*”...ottamalla työkentiltä selville oikeita konkreettisia esimerkkejä...”*

*”...kertomalla enemmän apuvälineistä...”*

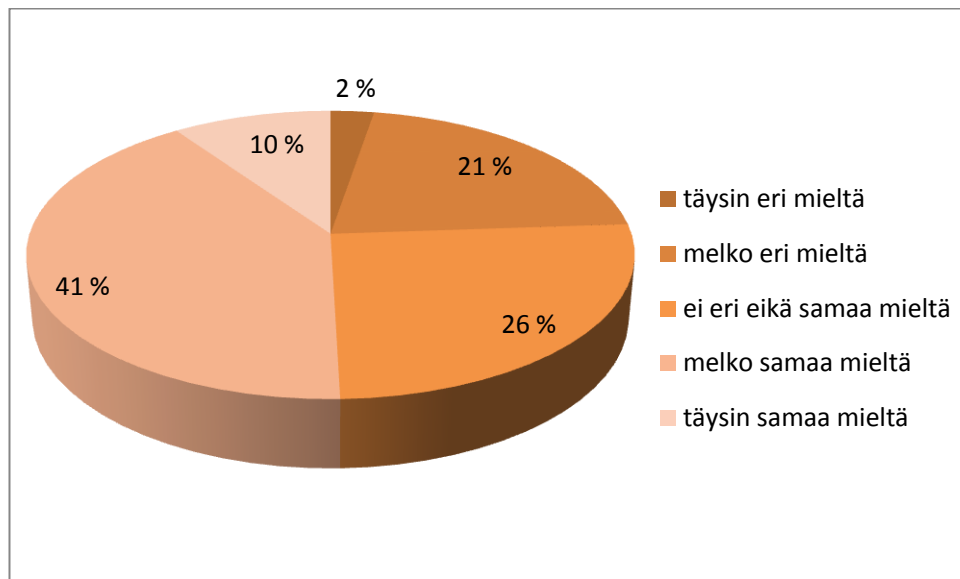
*”...man kunde skriva i dagstidningarna hur klienterna borde skydda sina hem...”*

*“...prata mera med klienterna och deras anhöriga...”*

## **7.6 Työpaikan viestintä turvallisuusasioista**

Työpaikan viestintää kartoitettiin kahden kysymyksen avulla. Vaihtoehtoja tarjoavassa kysymyksessä henkilökuntaa pyydettiin arvioimaan, missä määrin esimiehen tiedottamat asiat tulevat henkilökunnan tietoon. Avoimessa kysymyksessä puolestaan vastaajat saivat kirjoittaa esimiehen keinoista tiedottaa turvallisuusasioista.

Vastaajista vain pieni osa 10 % (11) oli täysin samaa mieltä, että esimiehen tiedottamat asiat tulivat aina heidän tietoon. Melko samaa mieltä oli 41 % (46) vastaajista. Ei eri eikä samaa mieltä oli 26 % (29) vastaajista. Melko eri mieltä oli 21 % (24) vastaajista ja täysin eri mieltä 2 % (3). (Kuvio 11.)



**Kuvio 11.** Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni, % (n=110).

Lisäksi kyselyyn osallistuneilta kotihoidon työntekijöiltä (n=115) kysyttiin, tietävätkö he työntekijän velvoitteita, jotka ovat kirjattu pelastuslakiin. Puolet (51 %) kotihoidon työntekijöistä ei tiennyt lain määräämistä velvoitteista. Runsas kolmasosa (38 %) vastasi tietävänsä työntekijöille määräytyistä velvoitteista. 11 % ei vastannut kysymykseen. Tiedottamiseen liittyy myös aiemmin käsitelty kysymys vastaajien tietämyksestä pelastuslakiin liittyvistä velvoitteista. (Katso luku 7.3. aiheesta kotihoidon asiakkaiden turvallisuusriskeistä tiedottamisesta.)

**Taulukko 20.** Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni, ammattiryhmittäin % (n).

	lähihoitaja tai perushoitaja	kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu	terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	27,4 % (23)	13,3 % (2)	14,3 % (2)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	27,4 % (23)	26,7 % (4)	14,3 % (2)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	45,2 % (38)	60,0 % (9)	71,4 % (10)
<b>yht.</b>	100 % (84)	100% (15)	100 % (14)

Kaikissa ammattiryhmissä suurin osa vastaajista oli eniten sitä mieltä, että esimiehen tiedottamat asiat tulevat aina tietoon. Melko tai täysin samaa mieltä olevien määrä vaihteli lähes puolesta (45,2 %) lähes kolmeen neljäsosaan (71,4 %) vastaajista. (Taulukko 20.)

**Taulukko 21.** Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni, vastaukset ikäryhmittäin % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v
<b>täysin tai melko eri mieltä</b>	25,0 % (8)	24,4 % (10)	31,3 % (5)	16,7 % (4)
<b>ei eri eikä samaa mieltä</b>	21,9 % (7)	24,4 % (10)	31,3 % (5)	29,2 % (7)
<b>melko tai täysin samaa mieltä</b>	53,1 % (17)	51,2 % (21)	37,5 % (6)	54,2 % (13)
<b>yht.</b>	100 % (32)	100 % (41)	100 % (16)	100 % (24)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna esimiehen tiedottamat asiat tulevat kohtalaisen hyvin tietoon kaikissa ikäryhmissä joskin kuitenkin nuorimmissa ikäryhmissä noin neljännes, ikäryhmässä 41-50 lähes kolmannes ja vanhimmassa ikäryhmässä 16,7 % oli väittämistä melko tai täysin eri mieltä. Vastaajista 41–50-vuotiaiden melko tai täysin samaa mieltä olivat 37,5 % (6) vastaajista. Muissa ikäryhmissä melko tai täysin samaa mieltä olivat yli 50 % vastaajista. Tulokset ammattiryhmittäin ja ikäryhmittäin eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 21.)

Useista avoimen kysymysten vastauksista ilmeni, että esimiehen antama tiedotus turvallisuusasioista oli heikkoa ja vähäistä. Vastaajat kokivat että esimiehet tiedottavat huonosti turvallisuusasioista. Silloin kun asioista tiedotetaan, se tapahtuu sähköpostin välityksellä. Osa vastaajista ilmoitti, että ei ole lainkaan saanut tietoa esimieheltä liittyen turvallisuusasioihin. Turvallisuuskansio löytyy työpaikalta ja siihen täytyy henkilökunnan itsenäisesti perehtyä. HaiPro-ilmoituksia tehtiin, mutta niitä ei yhteisesti käyty läpi työyhteisössä. Esimiehet myös kehottivat menemään turvallisuuskoulutuksiin ja ilmoitti niiden ajankohdista. Ajoittain turvallisuusasioista puhuttiin myös yhteisten kokousten yhteydessä. Lähiesimiehet ilmoittivat tarjolla olevista koulutuksista ja suosittelevat

niihin osallistumista. Kotihoidolla on käytössä myös turvallisuuskansio, johon työntekijät olivat itse perehtyneet. (LIITE 7).

Seuraavassa kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä esimiesten tiedottamisesta turvallisuusasioista. Vastaajien mielestä tiedottaminen on vaihtelevaa. (esimerkkejä vastauksista, LIITE 7):

*”...pratar med mig eller skickar ett mejl...”*

*“...olisiko joskus puhunut palaverissä...lähinnä päihdeasiakkaan ongelmista...”*

*”...ei millään lailla...”*

*”...mycket dåligt...”*

*”...laittaa tietoa e-mailiin ja tuo prosyyrejä toimistolle...”*

*”...en urani aikana muistaakeni ole saanut esimieheltäni turvallisuustietoa...”*

*”... ilmoittaa koulutuksiin...”*

### 7.7. Turvallisuuskoulutuksiin osallistuminen

Vastaajilta kysyttiin aikaisempiin turvallisuuskoulutuksiin osallistumista, sekä selvitettiin avoimen kysymyksen avulla, minkälaisiin turvallisuuskoulutuksiin he olivat aikaisemmin osallistuneet.

**Taulukko 22.** Aikaisemmin turvallisuuskoulutuksiin osallistuminen, ammattiryhmät, % (n).

	lähihoitaja tai perushoitaja	kodinhoitaja, opiskelija tai jokin muu	terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja
<b>kyllä</b>	36,0 % (27)	33,3 % (4)	78,6 % (11)
<b>ei</b>	48,0 % (36)	41,7 % (5)	21,4 % (3)
<b>eos</b>	16,0 % (12)	25,0 % (3)	0,0 % (0)
<b>yht.</b>	100,0 % (75)	100,0 % (12)	100,0 % (14)

Lähihoitajista ja perushoitajista aikaisemmin turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut vain 36 % vastaajista, kodinhoitajista, opiskelijoista ja muista ammattiryhmistä vain kolmasosa (33,3 %) vastaajista. Näiden edellämainittujen ryhmien osallistuminen oli ollut vähäisempää kuin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien ryhmässä, jossa aikaisempiin turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut 78,6 % vastaajista. Kohtalainen määrä lähihoitajista ja perushoitajista sekä muista ammattiryhmien edustajista eivät osanneet sanoa olivatko aikaisemmin osallistuneet turvallisuuskoulutuksiin.

**Taulukko 23.** Turvallisuuskoulutuksiin osallistuminen ikäryhmittäin, % (n).

	30 v tai alle	31-40 v	41-50 v	yli 51 v
<b>kyllä</b>	30,0 % (9)	50,0 % (19)	53,3 % (8)	33,3 % (6)
<b>ei</b>	56,7 % (17)	42,1 % (16)	26,7 % (4)	38,9 % (7)
<b>eos</b>	13,3 % (4)	7,9 % (3)	20,0 % (3)	27,8 % (5)
<b>yht.</b>	100 % (30)	100 % (38)	100 % (15)	100 % (18)

( $\chi^2=10,27$ ,  $df=4$ ,  $p=.036$ ).

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa, voidaan todeta, että turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut kahden keskimmäisen ikäryhmän työntekijät. Nuorimmat vastaajat olivat vähiten osallistuneet turvallisuuskoulutuksiin. Myös kaikista ikäryhmistä löytyi vastaajia, jotka eivät osanneet sanoa, olivatko aikaisemmin osallistuneet turvallisuuskoulutuksiin. (Taulukko 23.)

Vastaajat saivat halutessaan ilmoittaa, mihin turvallisuuskoulutuksiin olivat aikaisemmin osallistuneet. Näitä olivat olleet alkusammutusharjoitukset ja potilaan pelastaminen osasto-olosuhteissa, ensiapu 1 & 2, paloturvallisuus- ja poistumisharjoitukset palvelutalossa, sähköturvallisuuskoulutus ja palolaitoksen järjestämä alkusammutusharjoitus.

Kyselylomakkeeseen vastaajat saivat halutessaan antaa palautetta turvallisuuskoulutuksesta ja kyselylomakkeesta. Vastaajat kokivat, että viimeisin juuri päättynyt koulutus (SPEK) ei juuri muuttanut heidän käsitystään kotihoidon turvallisuusasioista. Koulutus kuitenkin herätti vastaajia miettimään asiakkaiden kodin turvallisuutta, muun muassa paloturvallisuusasioita (palovaroittimen testausta) ja paloturvallisuusriskien (muun muassa esteettömät poistumisreitit asunnoista) huomioimista asiakkaiden kodeissa. Koulutuksen koettiin olevan hyvää kertausta tärkeistä asioista.

Myös hoitajien oma vastuu ilmoittaa eteenpäin tilanteiden korjaamiseksi tuli osalle vastaajista uutena asiana tietoon. Koulutus auttoi hoitajia muistamaan muun muassa sammutusvälineistöön tutustumisen tärkeydestä sekä muistuttamaan

asiakasta ja omaisia muun muassa palovaroittimen tarkistuksesta. Kotona asuu myös paljon liikuntakyvyttömiä vanhuksia jotka eivät pääse omin voimin poistumaan asunnosta. Luentoja pidettiin hyvänä ja monipuolisena. Kyselylomakkeen täyttöön oli joidenkin vastaajien mielestä varattu liian vähän aikaa. Vastaajat kokivat että heidän tulee jatkossa ottaa enemmän vastuuta asiakkaittensa paloturvallisuusasioiden huomioimiseen. (LIITE 8).

Seuraavassa esimerkkejä annetuista palautteista.

*”...moni asia oli jo itsestään selvää muttamuutama uusikin juttu jäi mieleen...”*

*”...kertaus on opintojen äiti...”*

*”...palovaroittimia voisi testata ja katsoa onko niitä tarpeeksi...”*

*”...mielenkiintoinen luento, joka antoi paljon ajattelemisen aihetta ja antoi muistutuksen itsellekin mm. pölyjen imuroimisesta...”*

*”...en ole aikaisemmin kiinnittänyt (paljoa) huomiota turvallisuustiskeihin, ehkä jatkossa pitää kiinnittää enemmän huomiota...”*

*”...eipä juuri mitenkään...”*

Turvallisuuskoulutukseen osallistuneet kotihoidon työntekijät olivat kiitettävästi vastanneet kyselylomakkeisiin. Heidän vastausten avulla on saatu monipuolinen aineisto kotihoidon turvallisuusajattelun toteutumisesta sekä mahdollisuuteen kehittää implementointia. Sekä määrällisen, että laadullisen aineiston avulla on saatu monipuolinen näkemys Vaasa kaupungin kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaamisesta.

## **8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA**

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä asiakkaitensa kodin turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista, omista tämänhetkisistä valmiuksistaan tukea asiakkaan fyysistä ja psyykkistä turvallisuutta, sekä tuoda esille sitä mihin turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista ilmoitetaan eteenpäin ja kuinka niihin reagoidaan. Lisäksi tarkoituksena oli saada selville miten ja millä tavoin turvallisuusasioiden kehittämistä ja tiedon lisäämistä tulisi tulevaisuudessa huomioida oppilaitosten ja organisaatioiden kehittämistyössä.

Tuloksia tarkastellaan isompina kokonaisuuksina. Tutkimuksesta saatuja tuloksia vertaillaan aikaisempiin tutkimuksiin. Pohdinnassa kootaan tutkimuksen perusteella saatujen tulosten pohjata kotihoidon turvallisuusajattelua hoitajien näkökulmasta sekä yhteenvetoa tutkimustuloksista. Opinnäytetyön lopussa esitetään jatkotutkimusaiheita, joita nousi esille opinnäytetyötä tehdessä.

### **8.1 Tulosten tarkastelu**

Tässä opinnäytetyössä tutkimustulosten tarkastelun pohjalta saadun tiedon avulla voidaan luoda kotihoidon turvallisuusajattelun pariin uusia kehittämissuhteita. Tutkimuksen tarkoituksena on myös tuottaa tietoa hoitotyön ammatillisesta tietoperustasta, toimivuudesta ja johtamiskäytännöistä.

#### **Taustatiedot**

Kotihoidon työntekijöistä suurin ammattiryhmä ovat lähihoitajat ja perushoitajat. Muut tutkimukseen osallistuneet ammattiryhmät olivat kodinhoitajat, opiskelijat ja muut ammattiryhmät sekä terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat. Vastaajista suurin osa oli naisia miesten osuuden ollessa huomattavasti pienempi. Vastaajien ikä vaihteli alle 20 vuodesta yli 61-vuotiaiden välillä. Vastaajat olivat työskennelleet kotihoidossa keskimäärin 9 vuotta ja työkokemusta hoitoalalta yhteensä oli keskimäärin 12 vuotta. Vastaajat tekivät kotikäyntejä ammattiryhmästä riippuen keskimäärin 25-40 käyntiä viikossa.



## **Moniammatillinen yhteistyö asiakkaan toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäjänä**

Turvallisuusajattelun huomioiminen ilmenee lähes kaikilta vastaajilta saaduista tutkimustuloksista. Kotihoidon iäkkäät asiakkaat ovat usein monipuolista apua tarvitsevia, ja heidän kotona selviytyminen vaatii erilaisten palveluiden integrointia arjen sujumiseksi. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää sekä perustyötä tekevien, että esimiesten sujuvaa vuorovaikutusta ja viestintää. Palveluiden ja kodin toimivutta asiakkaan näkökulmasta on lisätty muun muassa apuvälineiden hankinnan avulla.

Kotihoidon työntekijät huomioivat kiitettävästi asiakkaiden turvallisuuden huomioimista itsenäisen arjen selviytymisessä. Kotihoidon työntekijöiden vastauksista voi huomata, että he käyttävät aktiivisesti kuntouttavan työotteen hyödyntämistä ja asiakkaan motivoitua arjessa selviytymisessä.

Tässä opinnäytetyössä vastausten perusteella voi huomata, että asiakkaiden psyykkisen toimintakyvyn tukeminen painottu vuorovaikutustaitojen käyttöön. Keskustelu ja vuorovaikutuksellinen tukeminen auttaa asiakkaita psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa. Kuntouttavan työotteen käyttö, kannustava asenne ja erilaisten tukitoimien kuten sosiaalista kanssakäymistä tarjoavan päivätoiminnan lisääminen edistävät psyykkistä hyvinvointia. Myös fyysisten tarpeiden huomiointi kuten riittävästä levosta huolehtiminen, ravitsemus ja kipujen huomiointi lisäävät psyykkistä hyvinvointia.

Vastaajien ilmoittamien fyysistä turvallisuutta tukevien keinojen ja menetelmien osalta voidaan todeta, että ne keskittyvät pääasiassa apuvälineiden hankintaan ja niiden käytön opastamiseen. Vastaajat käyttivät myös kuntouttavaa työotetta sekä omatoimisuuden lisäämistä, jonka avulla asiakkaiden toimintakykyä pidetään yllä. Huomio oli myös kiinnittynyt asiakkaiden sairauksista aiheutuvien oireiden huomioimiseen, esimerkiksi huimaukseen. Ennakoimalla tiedossa olevia riskejä, voi ennaltaehkäistä kaatumisia.

### **Turvallisuusriskit ja turvallisuuspuutteet kotihoidossa**

Vastaajien ilmoittamien tulosten perusteella *turvallisuusriskit* voidaan jakaa seuraaviin luokkiin: palovaaran aiheuttajat, kodin tilojen toimivuus ja turvallisuus, sairaudet ja toimintakyvyn lasku sekä apuvälineiden puute.

Vastaajien ilmoittamien tulosten perusteella *turvallisuuspuutteet* voidaan jakaa seuraaviin luokkiin: tiedonkulun ja koulutukset puute, kodin siisteyden ja turvallisuuden laiminlyönti, turvapuhelimien käytön haasteet, sähkölaitteiden ajastimien puute sekä puutteellinen valaistus. (Taulukko 4.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että yhteistyön kehittäminen omaisten ja kotihoidon kesken tulevaisuudessa on erittäin tärkeää. Asiakkaiden turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista ilmoituksia tehtiin eniten omaisille (96), joka osoittaa sen, että kotihoidon henkilökunta arvostaa heitä asiakkaan kanssa tehtävässä yhteistyössä. Useissa vastauksissa kävi ilmi, että yhteistyötä omaisten kanssa tulisi huomioida, sillä esimerkiksi asunnon turvallisuuteen liittyvissä asioissa esiintyy ristiriitoja. Näkemuserot tekevät yhteistyöstä välillä haasteellista. Samankaltaisuuksia löytyy myös Myllymäen (2014) tutkimuksessa, jossa todettiin itsemääräämisoikeuden olevan yksi keskeisimmistä toimintaa ohjaavista arvoista.

Tässä opinnäytetyössä vastaajat pyrkivät rauhallisen vuorovaikutuksen avulla luomaan turvallisuudentunnetta asiakkailleen. Myös aidon kohtaamisen avulla pyrittiin luomaan asiakkaille psyykkistä turvallisuudentunnetta. Ahdistuneisuuden ja pelkojen lievittämisen avulla on todettu olevan yhteys kaatumisien vähentämiseen.

### **Koulutuksen ja tiedon tarve kotihoidon työntekijöillä**

Vastaajat kokivat, että ainoastaan henkilökunnan kouluttaminen ei riitä, vaan myös omaisten tietoisuutta tulisi myös lisätä. Omaisten roolia ja vastuuta kotihoidon asiakkaiden turvallisesta kotona asumisesta haluttiin korostaa. Koulutusta ikäihmisille ja heidän omaisille toivottiin järjestettävän. Koti työympäristönä asettaa jo lähtökohtaisesti haasteita kotona tapahtuvat hoidon ja

hoivan toteuttamiselle. Kun omaiset ja asiakkaat saavat asiantuntevaa koulutusta kotihoidon turvallisuuteen liittyvistä asioista, on heidän helpompaa omaksua turvallisen kodin merkitystä sekä asiakkaan asuin- että työympäristönä myös kotihoidon työntekijän näkökulmasta.

Kyselyyn vastanneet pääsääntöisesti kokivat, että heillä oli hyvät valmiudet tukea asiakkaan fyysistä ja psyykkistä turvallisuutta. Kotihoidolla on mahdollisuus saada monipuolista neuvontaa kodin turvallisuuteen, apuvälineiden hankintaan ja muihin asiakkaan turvallisen kotona asumisen lisäämiseksi esimerkiksi Vaasan kaupungin eri toimijoita, pelastuslaitokselta ja yhteistyökumppaneilta.

Tässä opinnäyteyössä vastaajat ilmoittivat, että kotihoidon asiakkaat kokevat turvattomuuden tunnetta, heillä on muistiongelmia ja asiakkaat ovat fyysisesti entistä huonokuntoisempia. Kotihoidossa oli kuitenkin huomioitu apuvälineiden käytön merkitys kotona selviytymisen tukemisessa. Tämän suhteen tuloksissa on yhtäläisyyttä aikaisemmin mainitun seurantatutkimuksen (Paljärvi 2012) kanssa.

Työhön perehdyttämisen yhteydessä tulee kiinnittää huomiota turvallisuusasioiden huomioimiseen. Vastauksista kävi ilmi, että kotihoidon toimistolla oli turvallisuuskansio, jota velvoitettiin lukemaan. Vastaajista noin 45 % oli sitä mieltä, että he olivat saaneet *työpaikaltaan* riittävästi tietoa kotihoidon asiakkaan turvallisuuden tukemiseen. Hieman suurempi osa vastaajista, eli noin 50 % oli sitä mieltä että *opinnoista* on saatu riittävästi tietoa kotihoidon turvallisuusasioiden huomioimiseen.

Tarkastellessa tuloksia opinnoista saadun tiedon määrästä kotihoidon asiakkaiden tukemiseen huomio kiinnittyy siihen, että nuorimmat ikäryhmät kokevat että he eivät ole saaneet riittävästi tietoa opintojensa aikana. Ikäryhmien noustessa kokemus opinnoista saadun tiedon määrään kasvaa. Tämä herättää kykyä, miten nuoremmat työntekijät kokevat turvallisuusajattelun merkityksen? Vaikuttavatko mielipiteeseen myös omat kokemukset ja ikääntyneiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin arvioiminen? Saman suuntaiset tulkinnat voi myös huomata työpaikalta saadun tiedon määrästä kotihoidon asiakkaiden turvallisuuden tukemiseen.

SPEK:n järjestämän koulutuksen jälkeen osallistujilta kysyttiin, kuinka järjestämä koulutus vaikutti kotihoidon työntekijöiden käsityksiin turvallisuusasioiden huomioimisessa. Turvallisuusasioiden kouluttamisessa pidettiin tärkeänä sitä, että asioita kerrataan, vaikka ne olisivat jo entuudestaan tuttuja. Koulutuksien avulla voi kuitenkin saada uutta näkemystä muun muassa paloturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Asunnon esteettömyys ja oman ilmoitusvelvollisuuden tiedostaminen nousi esiin koulutuksen yhteydessä.

### **Viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitys turvallisuusajattelun edistämisessä**

Koska kotihoidon työntekijöiden ikäjakauma on laaja (työntekijöiden ikä vaihtelee alle 20-vuotiaista yli 60-vuotiaisiin), tulee huomioida viestinnän ja tiedottamisen toimivuus. Työntekijöillä on erilaiset valmiudet käyttää esimerkiksi tietoteknisiä laitteita. Tämä on yksi haaste, jonka vuoksi tiedotteet jäävät lukematta. Vastaaajista 50 % oli kuitenkin sitä mieltä, että esimiehen tiedottavat asiat tulevat aina tietoon. Kuitenkin 24 % vastaajista oli täysin eri mieltä tiedon tavoittamisesta, joten kehittämislle tiedon kulun suhteen on tarvetta.

Esimiesten tulee huolehtia myös siitä, että henkilökunnan osaamista vahvistetaan ja huolehditaan lain velvoitteista, jotka koskevat henkilökuntaa. Vastauksissa kävi ilmi, että työntekijän velvoitteista, jotka on kirjattu pelastuslakiin tiesi ainostaan 42 % vastaajista. (Taulukko 9). Aikaisemmin mainitussa Ekholmin (2012) tutkimuksessa kotipalveluyksiköiden esimiehistä osa totesi, että heillä oli vaikeuksia toimia odotusten ja vaatimusten mukaisesti, jonka johdosta esimiesten osaamista ikäihmisten palveluihin tulisi kehittää.

### **Synteesi tutkimustuloksista**

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten kokoavana yhteenvedona voi todeta, että kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaaminen ja sen kehittäminen rakentuu kuudesta eri osa-alueesta. (Ks. Kuvio 12). Näitä ovat *sisäisen ja ulkoisen viestinnän kehittäminen*, joka koskee sekä esimiehiltä tulevaa viestintää, sekä hoitotyöntekijöiden kesken tapahtuvaa tiedottamista ja vuorovaikutusta. *Turvallisuusajattelun omaksuminen* tulisi olla ominaisuus, joka olisi tietoista jo opintojen aikana.

Turvallisuusajattelu koostuu sekä fyysisesti, psyykkisestä että sosiaalisesta turvallisuudesta joka liittyy samalla myös kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. *Esi-miesosaamisen kehittäminen* on laaja-alainen kokonaisuus, joka muodostuu ammatillisesta osaamisesta ja kyvystä kokonaisvaltaisen toiminnan hallintaan. Esi-miesten tulee tunnistaa työyhteisönsä vahvuudet ja heikkoudet sekä reagoida toiminnassa tapahtuviin muutoksiin. *Työntekijöiden osaamisen vahvistaminen* kumpuaa yksilöllisten tarpeiden pohjalta.

Työyhteisössä työskentelee hyvin eri-ikäisiä työntekijöitä joiden tietotaito vaihtelee koulutuksen ajankohdan, iän ja oman kompetenssin mukaan. Organisaatiossa tulee huolehtia henkilökunnan riittävästä osaamisvalmiuksista, jotka ovat määritelty muun muassa ammattiryhmäkohtaisesti. *Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen* kotihoidossa lisää asiakkaan palveluiden laatua, yhteistyön kehittymistä, osaamisen vahvistamista sekä palveluketjujen saumattomuutta. Asiakkaan avun tarpeen arviointi, yhteistyö ja asiakastyytyväisyys lisääntyvät toimivien palveluiden avulla. Työyhteisön vetovoimaisuus kasvaa samalla kun työtyytyväisyys lisääntyy.

*Toimintakykyä ylläpitävän työotteen käyttö* asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä on lähtökohta asiakkaan kotona asumisen mahdollistamiselle. Kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla tulisi toteutua tavoitteellinen ja päämäärätietoinen tahtotila kokonaisvaltaisen toiminnan omaksumiselle.

Kokemukseen perustuva tieto viittaa tietoon, joka perustuu hoitotyöntekijöiden kokemuksiin potilaiden tai asiakkaiden hoitotyöstä. Tällainen tieto on arvokasta, koska sen kautta saadaan tietää, mikä potilastyössä on onnistunut tai epäonnistunut. Käytännön toiminnassa käytetään eri tiedon lajeja luontevasti erilaisissa tilanteissa. (Kankkunen ym. 2013, 27.)

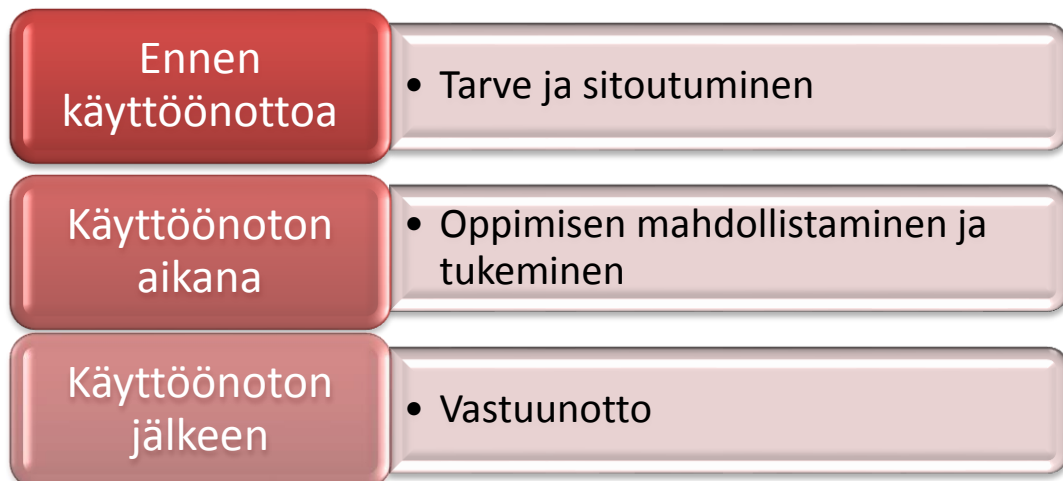


**Kuvio 12.** Kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaamisen muodostuminen

### **Turvallisuusajattelun implementointi kotihoidossa**

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä turvallisuusajattelun implementoinnin eli käyttöönoton kotihoidossa tulisi pohjautua esimiesten ja muun henkilökunnan vankan tieto-taidon, moniammatillisuuden, asiakaslähtöisyyden sekä tavoitteellisuuden lähtökohtiin. Implementoinnin tavoitteena tulisi olla asiakkaan kotona asumisen turvallisuuden monitahoinen arviointi, toteuttaminen ja seuranta. Turvallisuusajattelua voi lisätä riittävän tiedottamisen ja osaamisen varmistamisen avulla. Omaisten huomioiminen ja heidän ohjaaminen asianmukaisesti edistää turvallisuusajattelun toteutumista ja yhteistyöhalukkuutta. Turvallisuusajattelun stukturoitu käyttöönotto edellyttää tarkempaa perehtymistä käytännön toimintaan sekä suunnitteluun.

Tämän opinnäytetyön tuloksia tarkastellessa voi todeta samankaltaisuutta, myös Tolosen & Niirasen (2010) tutkimuksesta. Siinä on todettu, että kuntien vanhuspalveluissa arvostetaan kotihoidon ja omaishoidon monipuolista kehittämistä, erilaisia ehkäiseviä palveluita, ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä ja laaja-alaista kuntouttavaa työtettä. Kuntien vanhuspalveluita on ohjattu kotihoitopainotteisemmaksi. (Tolonen & Niiranen 2010, 56.)



**Kuvio 13.** Hyvän implementoinnin malli (Mukaellen Nevalainen & Harra 2007)

Turvallisuusajattelun implementoinnin hyvänä esimerkkinä voisi toimia Nevalaisen ja Harran malli. Hyvän implementoinnin malli on prosessin mukaisesti jaettu kolmeen vaiheeseen. (Kuvio 13). Käyttöönotossa tulee huomioida muun muassa esimiesten ja työyhteisön sitoutuminen, koulutuksen rakenne, esimiesten vastuu sekä kouluttajan sitoutuminen. (Nevalainen ym. 2007, 39–40.)

## 8.2 Pohdinta ja ehdotuksia jatkotutkimuksiin

Kotihoidon palvelut ovat olleet julkisuudessa pitkään ajankohtainen puheenaihe. Hoitajamitoitukset, kotihoidon asiakkaiden kasvava määrä ja työntekijöiden pula ovat saaneet osittain negatiivisen kuvan aikaan kotihoidon toiminnasta. Todellisuudessa kotihoidon työntekijät ovat moniosaajia, jotka kykenevät hoitamaan entistä monipuolisemmin asiakkaitaan. Henkilökunta osoittaa erityistä ammatillisuutta ja herkkyyttä huomioidessaan asiakkaiden toimintakykyä ja turvallisuutta.

Suuren ikäluokkien määrä on edelleen kasvamassa ja se tarkoittaa lisäystä kotipalveluiden käyttöön. Kotihoidon rooli on muuttunut vuosien kuluessa monipuolimpaan ja vaativamman hoidon tarjoamiseen, sillä ikääntyneen väestön kotona asumiseen ollaan entistä enemmän suuntaamassa. Kotihoidon tarjoamat palvelut lähtevät asiakkaiden yksilöllisistä tarpeista. Asiakkaat ovat entistä monipuolisemman hoidon ja palvelun tarpeessa, joka asettaa työntekijöille omia haasteita muun muassa riittävän osaamisen hallitsemisessa. Asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn heikentyessä tulee nopeasti reagoida avun lisäämiseen sekä huolehtia kodin turvallisuudesta. Tulevaisuudessa tulee myös kiinnittää huomiota asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin ja mahdollisuuksien mukaan ennaltaehkäistä ennenaikaista toimintakyvyn laskua. Terveystilan arviointi edellyttää monipuolista osaamista, yhteistyötä ja seuranta.

Asiakkaiden fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn tukemisella voidaan siirtää palveluasumista ja laitoshoidon eteenpäin, jolloin iäkkäillä on mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Lyhytaikainen intervallihoito toimii hyvin tukemassa kotona selviytymistä sekä omaishoitajien jaksamista.

Kotihoidossa on erityisen tärkeää huomioida yhteistyön kehittäminen asiakkaiden ja omaisten kanssa, jotta turvallisen kotona asumisen edellytykset täyttyisivät. Eri-tyisesti esimiehet ovat avainasemassa tiedottamisen ja yhteistyön kehittämisessä. Kodin turvallisuuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä tapaturmien ja kaatumisien ehkäisyllä voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta. (Ks. luku 3.4.1). Kyselyssä kävi ilmi, että kotihoidon asiakkaat muun muassa unohtavat käyttää turvapuhelinta tai eivät hallitse sen käyttöä. Turvallisuusriskien ja turvallisuuspuutteiden kartoittamisessa vastaajat ilmoittivat haluavansa tehdä kartoitusta yhdessä kollegan, asiakkaan tai omaisten kanssa.

Sisäistä ja ulkoista viestintää kehittämällä osoitetaan myös halukkuutta tiedon jakamiseen ja yhteistyöhön. Sisäisen viestinnän keinoja isossa organisaatiossa on useita, joista täytyy valita omaan yksikköön sopivin. Ensisijaisen tärkeää on, että koko henkilökunta saa tiedotteet samaan aikaan. Ulkoisessa viestinnässä voi hyödyntää erilaisia joukkoviestinnän keinoja. Asiakasryhmälle kohdennettuja ja yksi-



löllisesti välitettyä tiedottamista voi kehittää oman tulosityksikön kesken. (Ks. luku 4.2). Tämä opinnäytetyö antoi viitteitä siitä, että henkilökunnan kouluttamista erityisesti turvallisuusasioihin tulee jatkossa kehittää. Turvallisuus eri koske koti-hoidossa ainoastaan paloturvallisuutta, vaan se käsittää myös asiakkaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn turvaamista, lääkehoidon turvallista toteuttamista ja arviointia, henkilökunnan osaamisen vahvistamista sekä omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Hoitohenkilökunnan monipuolinen osaamisen varmistaminen lisää laadukkaiden palveluiden toteutumista sekä vahvistaa henkilökunnan ammatillisuutta. Henkilökunnan turvallisuusosaamista voi selvittää esimerkiksi työhönottotilanteessa ja sitä voi päivittää työnantajan järjestämien koulutusten avulla. Määrällisesti suurin osa kotihoidon työntekijöistä ovat lähihoitajat. Heillä on suuri vastuu huomioida kokonaisvaltaisesti kotihoidon asiakkaiden asumisen turvallisuutta. Heiltä myös edellytetään monipuolista teorian ja käytännön omaksumista asiakkaiden hyvinvoinnin huomioimisessa.

Tutkimustuloksia tarkastella ei voi olla huomaamatta sitä tosiasiaa, että vastaajat kiinnittivät tosissaan huomiota asiakkaiden kotona asumisen turvallisuuteen. Vastauksista on voinut huomata sen, että he miettivät turvallisuusasioita enemmän asiakaslähtöisesti kuin työntekijän oman turvallisuuden kannalta. Tämä osoittaa vastaajissa asiakaskeskeisen lähestymisen toteutumista kotihoidossa, vaikka henkilökunnan turvallisuutta ei voi missään tilanteessa väheksyä.

Kotihoito tarvitsee tulevaisuudessa entistä enemmän uusia työntekijöitä, joilta löytyvät riittävät valmiudet vastata asiakkaiden tarpeisiin. Oppilaitokset ovat opiskelijoiden ensimmäinen linkki työelämään, jonka vuoksi koulutuksen sisältöön tulisi kiinnittää tulevaisuudessa huomiota. Kotihoito on muuttunut aikojen kuluessa ja muuttuu edelleen. Turvallisuusajattelun sisäistäminen tulisi olla tavoitteena jo opintojen aikana. Oppilaitosten vastuulla on lisätä opiskelijoiden tietämystä ajantasaisesta kotihoidosta ja sen avulla lisätä kotihoidon vetovoimaa työmarkkinoilla. Organisaatiot voivat selvittää osaamiskartoitusten avulla henkilökunnan osaamisalueita- ja tasoja.

Tässä opinnäytetyössä nousi esiin mielenkiintoisia seikkoja, joita olisi jatkossa hyvä tutkia. Koska tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen (LIITE 2) pituus oli määritelty projektin toimesta, kysymysten määrä oli rajallinen. Kysely piti toteuttaa nopealla aikataululla, koti- ja laitoshoidon johtajalta pyydettiin lupa kyselyn toteuttamiseen ennen kuin tutkimussuunnitelma oli laadittu. Kyselylomake laadittiin nopealla aikataululla ja ruotsinkielisen käännöksen toteutti ammattikorkeakoulu Novia. Kyselylomakkeen avulla saatiin kuitenkin varsin monipuolista tietoa vastaajista ja heidän kokemuksistaan. Määrällisiin tutkimuskysymyksiin sai monipuolisemman näkemyksen avointen kysymysten avulla, jossa vastaajien oli mahdollista kuvata omin sanoin näkemyksiään.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut tuottaa lisäarvoa kotihoidon turvallisuusasioiden huomioimiseen, nykytilanteeseen ja tutkimuksessa esille nousseisiin kehittämistarpeisiin. Kotihoito on moniammatillisen työyhteisön tarjoamaa hoitoa ja hoivaa. Opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen ja se on ollut myös teki-jälle erityisen opettavainen ja kiinnostava. Aiheen monipuolisuuden ja laajuuden vuoksi haasteena on ollut rajata alue siten, että se käsittelee ainoastaan niitä asioita, mihin tutkimuskysymykset ovat rajautuneet.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi esimiehille suunnatut kyselyt tai ryhmähaastattelut muuttuvan kotihoidon haasteista. Moniammatillinen työskentely on laajempi kokonaisuus, jota voisi lähteä tutkimaan esimerkiksi vuorovaikutuksen ja viestinnän näkökulmista. Arvokasta tietoa kotihoidon palveluiden toteutumisesta ja laadusta saisi suoraan asiakkailta tai omaisilta sekä omaishoitajilta. Turvallisuusajattelun ei pitäisi rajautua ainoastaan hoitajan näkökulmaan vaan myös asiakkaan näkökulmasta. Muutama vastaaja ilmoitti, että he kaipaisivat koulutusta väkivaltaisten asiakkaiden ja omaisten kohtaamiseen. Tätä aihetta on usein tutkittu mielenterveys- ja päihdetyön parissa työskenteleviltä.

Omat oppimiskokemukseni tämän opinnäytetyön parissa ovat nousseet oivalluksesta esimiestyön ja viestinnän yhteensovittamisessa, asiakastyön kokonaisvaltaisesta hallitsemisesta kentällä tapahtuvan työn osalta, sekä ikääntyneiden ainutlaatuisuuden, ihmisarvon ja ihmiskäsityksen korostumisessa kotihoidossa. Opinnäy-

tetyön kirjoittaminen on tukenut omaa ammatillista kasvuani ja vahvistanut ammatillista identiteettiäni sosiaali- ja terveysalalla työskentelyssä. Olen myös uudella tavalla oivaltanut kriittisen ajattelun merkityksen tiedon hankinnassa sekä tutkimustulosten analysoinnissa.

Toivon, että tämä opinnäytetyö hyödyttäisi omalta osaltaan kotihoidon turvallisuusajattelun kehittämistä. Tässä opinnäytetyössä on kuvattu kotihoidon turvallisuusajattelua vuonna 2014 jolloin kysely toteutettiin. Kysely on mahdollista toteuttaa myöhemmin, esimerkiksi silloin jos halutaan selvittää vaikuttavuuden arvioinnin avulla koulutuksen, viestinnän ja osaamisen vahvistamisen vaikutuksia turvallisuusasioiden ajatteluun.

## LÄHTEET

- Aaltonen, P. & Ikävalko, H. 2002. Implementing strategies successfully. *Integrated Manufacturing Systems*. Vol. 13., no. 6. 415–418. Viitattu 4.4.2015. <http://www.emeraldinsight.com.ezproxy.puv.fi/doi/pdfplus/10.1108/09576060210436669>
- Ahola, K. 2011. *Tue työkykyä – Käsikirja esimiestyöhön*. Tampere. Tammerprint Oy.
- Alasuutari, P. 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere. Vastapaino
- Behm, L., Dahlin Ivanoff, S. & Ziden, L. 2013. Preventive home visits and health – experiences among very old people. 1-10. *BMC Public Health* 2013. Vol 13. Issue 1. Viitattu 19.3.2015. <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2458-13-378>
- Berland, A., Gundersen, D. & Bentsen S B. 2012. Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing and Health Sciences* 2012. Vol 12, issue 4. 452-457. Viitattu 17.3.2015. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7a15c821-84ed-498f-8cb3-d72e9bf0c61a%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4104>
- Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A. & Platts, K. 2000. Design, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*. Vol. 20. Nro 5. S.754–771.
- Ekholm, B. 2012. Middle managers in elderly care under demands and expectations. 203–215. *Leadership in Health Services*. vol. 25., no. 3. Viitattu 19.3.2015. <http://search.proquest.com.ezproxy.puv.fi/docview/1027181857/fulltextPDF/9A30DB2DA53040F9PQ/1?accountid=27304>
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- ETENE 2008. *Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan loppuraportti*. Vantaa. Viitattu 25.3.2015. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf)
- Fonad, E., Robins Wahlin, T-B. & Rydholm Hedman, A-M. 2014. Associations between falls and general health, nutrition, dental health and medication use in Swedish home-dwelling people aged 75 years and over. *Health and Social Care in the Community*. 2015. 1–11. Viitattu 17.3.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12182/epdf>

Forder, M. 2014. Muistisairaahan fyysinen toimintakyky. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito. 109–120. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim.

HaiPro 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä. Viitattu 6.4.2015. <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>

Heimonen, S. & Pohjolainen, P. 2011. Laatu vanhuksen elämään omassa kodissa. Vanhuksen koti keskellä kaupunkia –projekti 2008-2011. Loppuraportti. Raportteja 2/2011. Helsinki. Ikäinstituutti. Viitattu 7.4.2015. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/217>

Heiskanen-Haarala, I. 2009. Tunneälytaitoja voi oppia. *Premissi* 2009. Vol 5. 28–29.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa *Gerontologia*, 416–432. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen T. Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, p. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2008. Liikunta. Teoksessa *Gerontologia*. 458–466. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim.

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

Hujala, A., Laulainen, S., Sinkkonen, M. & Taskinen, H. 2009. Hyvä johtaminen – reilua peliä. *Premissi* 2009. Vol 3. 32–37.

Huotari, S., Kela, S. & Turunen, M. 2010. Asiakas oman terveyden edistäjänä kotihoidossa. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.4.2015. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21059/Huotari%20Sanna%20Kela%20Sari%20ja%20Turunen%20Marjo%20pdf.pdf?sequence=1>

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki. WSOY

Iharvaara, O. 2013. Esimies tukijana ja kannustajana muutospöcessin johtamisessa – vanhusten kotihoidon hoitajien kokemukset. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.3.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84602/gradu06737.pdf?sequence=1>

Iinattiniemi, S. 2009. Fall accidents and exercise among very old home-dwelling population. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 19.3.2015. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514290268/isbn9789514290268.pdf>

Ikonen, E-R & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki. Edita.

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo. Bookwell Oy.

- Kaistila, M. 2005. Hyvä esimiestyö. Kuntien eläkevakuutus. Viitattu 27.3.2015. [http://www.tyoturva.fi/files/1579/Hyva\\_esimiestyo\\_opas.pdf](http://www.tyoturva.fi/files/1579/Hyva_esimiestyo_opas.pdf)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro.
- Kekomäki, M. 2004. Onko terveystarpeilla tärkeysjärjestystä? Teoksessa Terveyspalveluiden suunnittelu. 27–34. Toim. Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. Duodecim.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki. WSOY.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki. Kirjapaja.
- Kiviharju-Rissanen, U. 2006. Kotihoidon kehittäminen. Oppiva ja jaksava kotihoitotiimi. Teoksessa Ihmillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. 87–101. Toim. Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. & Virtanen, M. 2005. Johtaminen ja työntekijöiden hyvinvointi. Teoksessa Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Toim. Vuori, J. 150–161. Helsinki. Werner Söderström Oy.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2007. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Psykiatria. 631–649. Toim. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Duodecim.
- Koski, K., Luukinen, H., Laippala, P. & Kivelä S-L. Physiological factors and medications as predictors on injurious falls by elderly people: a prospective population-based study. *Age Ageing* 1996; 26:29–38. Viitattu 2.3.2015. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/25/1/29.full.pdf>
- Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2006. Iäkkäiden toimintakyky välttämättömyyksiä. *Duodecim* 2006; 122:225-7. Viitattu 18.3.2015. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95517.pdf>
- Kotona Paras – Hemma Bäst 2013. Projektplan.
- Korteniemi, P. & Borg, P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? *Stakesin työpapereita* 23/2008. Viitattu 27.4.2015. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/74980/T23-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Kotter J. P. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Rastor. Helsinki.
- L1972. 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

L1992. 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L1994. 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L2010. 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L2011. 29.4.2011/379. Pelastuslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>

L2012. 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki. Edita.

Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeudesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Kelan tutkimusosasto. Vammalan Kirjapaino Oy. Viitattu 27.1.2014. <https://helsinki.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf?sequence=1>.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki. WSOY.

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 2014. 26 (2). 113–124.

Leino-Kilpi, H. 2012. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*. 277–307. Toim. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Lord, S. R., Menz, H. B. & Sherrington, C. 2006. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Ageing* 2006. 35–52. ii55-ii59. Viitattu 19.3.2015. <http://centerforhealthyhousing.org/Portals/0/Contents/Article0769.pdf>

Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari, T. 2014. Hoitojärjestelmän periaatteita muistisairaahan hoidossa. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. 199–220. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim.

Lusua, T. 2007. Esimies alaisten innovatiivisuuden tukijana. *Pro Gradu*. Vaasan Yliopisto. Viitattu 18.3.2015. Saatavilla osoitteessa [www.tritonia.fi/fi/kokoelmat/gradu\\_nayta.php?id=2385](http://www.tritonia.fi/fi/kokoelmat/gradu_nayta.php?id=2385)

Melender H-L. & Häggman-Laitila, A. 2010. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. *Hoitotiede* 2010. 22 (1), 36–54.

Muntinga, M E., Van Leeuwen, K M., Schellevis F G., Nijpels, G. & Jansen A P D. 2015. From concept to content: Assessing the implementation fidelity of a chronic care model for frail, older people living at home. *BMC Health Services Research* 2015. Vol 15. Issue 1. 225–245. Viitattu 17.3.2015. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0ecbd5d5-dcc0-4a19-885e-c4bc77050e97%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4104>

Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 21.10.2014. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43096/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201403211390.pdf?sequence=1>

Mäkinen, E., Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1998. *Toim. Kotihoito*. Porvoo. WSOY.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan ohjaaminen ja kohtaaminen. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. 86–95. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim.

Nevalainen, M. & Harra, T. 2007. Hyvä implementointi. *Kuntoutus 2007*, Vol 4. 34–43. Viitattu 12.4.2015. [http://www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutuslehden\\_artikkelit/2007/hyva\\_implementation.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutuslehden_artikkelit/2007/hyva_implementation.pdf)

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. *Hyvinvointialan viestintä*. Helsinki. Edita.

Nikander, P. 2002. Moniammatillinen viestintä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa *Terveysviestintä*. 55–70. Toim. Torkkola, S. Helsinki. Tammi.

Nordman, T. 2002. Viestintä terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa *Terveysviestintä*. 121–149. Toim. Torkkola, S. Helsinki. Tammi.

Nummela, O. 2009. Ikääntyneiden sosiaaliset suhteet kantavat elämässä. *Suomen lääkirilehti – Finlands läkartidning* 2009. Vol 64, no. 23. 2110–2111. Viitattu 7.4.2015. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.puv.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL232009-2110.pdf>

Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2014. *Tilastollisten menetelmien perusteet*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa *Lupaava kotihoito*. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön, 87–134. Toim. Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. Juva. WS Bookwell Oy.



Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatu-  
polkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Suomen  
kuntaliitto. Viitattu 27.2.2015. [https:// www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/  
76128/ p070116095759T. pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76128/p070116095759T.pdf?sequence=1)

Outinen, M. 2002. Laatutyön monet mahdollisuudet – jokaiselle jotakin! Teokses-  
sa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun, 205–209. Toim. Voutilainen,  
P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-  
Soveri, H. Saarijärvi. Stakes.

Pajala, O. 2012. Kaatumisien ehkäisy. Opas 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
Tampere. Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 7.4.2015.  
<http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/1555-IKINa-opas.pdf>

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion koti-  
hoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu. Ko-  
pipo Oy. Viitattu 8.4.2015. [http:// epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-  
61-0702-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf)

Palm, E. 2010. När vården flyttar hem till dig – den mobila vårdens etik. Nordic  
Journal of Applied Ethics / Etikk i praksis 2010. Vol 4. Issue 2, 71–92. Viitattu  
17.3.2015. <http://tapir.pdc.no/pdf/EIP/2010/2010-02-6.pdf>

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Tutkijan  
eettiset valinnat. 58–69. Toim. Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pieta-  
rinen, J. Tampere. Tammer-Paino.

Pitkälä, K. 2005. Liikunnan merkitys ikääntyneiden ihmisten toimintakyvylle ja  
avuntarpeelle. Suomen lääkirilehti. 39/2005. vsk. 60. 3865–3869.

Pohjolainen, P. 2007. Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen vanhuudessa. 7-  
12. Teoksessa Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työnteki-  
joiden arjessa. Esityksiä VI Gerontologian päivillä 4.-5.2007. Toim. Pohjolainen,  
P. Sarvimäki, A. & Syren, I. Oraita 3/2007. Helsinki. Ikäinstituutti. Viitattu  
18.3.2015. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/17/>

Pohjolainen, P. 2014. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi – Ikäinstituutin toi-  
mintakykymalli ja sen sovellukset. Teoksessa Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin  
ja tukemiseen. 5–34. Toim. Pohjolainen, P. Oraita 1/2014. Helsinki. Ikäinstituutti.  
Viitattu 18.3.2015. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/390>

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen luominen sosiaali- ja  
terveysalalla. Juva. PS-kustannus.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja  
arviointi. VTT publications 7000. Edita Prima Oy. Helsinki. Viitattu 17.3.2015.  
<http://www2.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>

Ruohotie, P. 2000 Oppimalla osaamiseen ja menestykseen. Helsinki. Edita.

- Röppänen, R. 2015. Lähijohtamisen kehittäminen kotihoidossa. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.4.2015. [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86509/Roppanen\\_Riikka.pdf?sequence=2](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86509/Roppanen_Riikka.pdf?sequence=2)
- Salminen, A. 2008. Eettinen johtaminen on osa hallinnon uudistumista. *Premissi*. 2008. Vol 3. 13–16.
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.4.2015. [http://www.tsr.fi/tsarchive/files/Tietokanta\\_Tutkittu/2007/107325Loppuraportti.pdf](http://www.tsr.fi/tsarchive/files/Tietokanta_Tutkittu/2007/107325Loppuraportti.pdf)
- Sarajärvi, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö –kuvaus toimintamallin kehittämistä. Viitattu 27.4.2015. <http://www.kommunerna.net/fi/tietopankit/hyvakas/hyvakas-tietopankki/nayttoon-perustuvan-hoitotyon-vahvistaminen-terveydenhuollossahelsinki/Documents/N%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6n%20perustuva%20hoitoty%C3%B6.pdf>
- Saranto, K. & Ikonen H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 157–166. Saranto, K., Ensio, A., Tantu, K. & Sonninen A.L. Helsinki. WSOY.
- Sarias, J. 2012. Iäkkäiden kotihoito asiakkaiden ja omaisten näkökulmasta Kiimingin kunnassa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Oulu. Viitattu 8.4.2015. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45862/Iakkaiden%20kotihoito%20asiakkaiden%20ja%20omaisten%20nakokulmasta%20Kiimingin%20kunnassa.pdf?sequence=1>
- Seeck, H. 2008, *Johtamisopit Suomessa*. Taylorismista inovaatioteorioihin. Helsinki. Gaudeamus
- Sillanpää, I. 2014. Implementing supply chain strategy. Väitöskirja. Vaasan Yliopisto. Viitattu 28.4.2015. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-561-9.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-561-9.pdf)
- Sinkkonen, S. & Taskinen, H. 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa *Terveys ja johtaminen*. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Toim. Vuori, J. 78–104. Helsinki. Werner Söderström Oy.
- Sisäasiainministeriö 2012. Turvallisia vuosia ikääntyneille. Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 27/2012. Viitattu 18.3.2015. [http://www.intermin.fi/download/34419\\_272012.pdf](http://www.intermin.fi/download/34419_272012.pdf)
- Skjäl, C. 2007. Vaasan kaupungin kotihoidon tilatarveselvitys. Viitattu 20.4.2015. [http://www.korsholm.fi/medialibrary/data/KOTIHOIDON\\_TILATARVESELVITYS-%7Bvesmn-Otrnb-mjytc%7D.doc](http://www.korsholm.fi/medialibrary/data/KOTIHOIDON_TILATARVESELVITYS-%7Bvesmn-Otrnb-mjytc%7D.doc)

SPEK. Asumisturvallisuuden tarkistuslomake. Suomen Pelastusalan keskusjärjestö. Viitattu 25.3.2015. <http://www.spek.fi/loader.aspx?id=daf4155d-291d-4a19-8a16-3e03ec17b279>

STM 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 27.2.2014. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf)

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 20.4.2015. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf)

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

STM 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 28.2.2014. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf)

STM 2013b. Vanhuspalvelulaki voimaan 1.7.2013. Mikä muuttuu? Viitattu 2.3.2015. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=7724561&name=DLFE-26661.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26661.pdf)

STM 2013c. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020. Viitattu 23.3.2015. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-27827.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-27827.pdf)

STM 2014. Palvelutarpeen arviointi. Viitattu 23.3.2015. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut\\_ja\\_etuudet/palvelutarpeen\\_arviointi](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/palvelutarpeen_arviointi)

Stolt, M. 2013. Foot health in older people – Development of a preventive, evaluative instrument for nurses. Turun Yliopisto. Viitattu 21.10.2014. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/89994/AnnalesD1066StoltDISS.pdf?sequence=2>

Strandberg, T. & Tilvis, R. 2003. Geriatriinen preventio. Teoksessa Geriatria. 321–342. Toim. Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. Duodecim.

Suominen, K & Vuorinen, M. 1999. Kotihoidon arki ja etiikka. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Talo, S. 2001. Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Teoksessa Toimintakyky – viitekehystä arviointiin ja mittaamiseen. 32–45. Toim. Talo, S. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2002. Potilassiirrot. Taitava avustaja akti-  
voi ja auttaa. Helsinki. Miktor.

Telaranta, S. 1999. Esimiestyö terveydenhuollossa. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen  
Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Viitattu  
17.3.2015. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion Yliopis-  
to. Viitattu 2.3.2015. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf)

THL. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti-  
ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Vähäkangas, P. Niemelä, K.  
& Noro, A.

THL 2014. Sosiaali- ja terveystieteen tilastollinen vuosikirja 2014. Tampere. Ju-  
venes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki.  
Edita.

Tilvis, R. 2006. Hyvä vanheneminen. Duodecim 2006 vol. 122: 1523–1526.

TOIMIA-tietokanta. 2014. Viitattu 27.3.2015. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Toljamo, M. & Koponen, E. 2011. 2011. Muistisairaana ihmisen kotona asumisen  
tukeminen. Opas toimeenpanijoille. N:o 13/2011. Suomen muistiasiantuntija ry.

Tolonen, E. & Niiranen, V. 2010. Kuntien vanhuspalveluiden ohjaus. Premissi  
2010. Vo. 6. 52–59.

Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Väitöskirja. Tu-  
run Yliopisto. viitattu 2.3.2015. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf?sequence=1>

Vaasan kaupunki 2011. Vaasan kaupungin palvelustrategia.

Vaasan kaupunki 2010. Vaasan kaupungin Ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille  
2010–2015. Ikääntymispoliittinen toimikunta 2010.

Vaasan kaupunki 2014. Vaasan kaupungin suunnitelma väestön tukemiseksi –  
Laadukas ja turvallinen ikääntyminen Vaasassa 2014–2016. Viitattu 21.4.2015.  
<http://seniorinetti.vaasa.fi/>

Vaasan kaupunki 2015a. Vaasan kaupungin kotisivut. Viitattu 2.3.2015.  
<http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Etusivu>

Vaasan kaupunki 2015b. Kaupungin visio ja strategiat. Viitattu 3.4.2015. [http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Etusivu/Kaupunkikehitys/Kaupungin\\_visio\\_ja\\_strategia](http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Etusivu/Kaupunkikehitys/Kaupungin_visio_ja_strategia)

Vaasan kaupunki 2015c. Koti- ja laitoshoidon organisaatiokaavio. Viitattu 21.4.2015. [http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali\\_ja\\_terveys/Hallinto/Organisaatiokaaviot\\_](http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_terveys/Hallinto/Organisaatiokaaviot_)

Vaasan keskussairaalan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma. 2013. Viitattu 18.3.2015. [http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu\\_alue1.aspx?id=1159722](http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1.aspx?id=1159722)

Vaasan sairaanhoitopiiri 2013. Potilasturvallisuustiedote 1/2013. Wasa Graphics. Viitattu 18.3.2015. <http://www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1249190>

Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Acta Wasaensia no 267. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 7. Vaasan Yliopisto. Viitattu 2.3.2015. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-412-4.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf)

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki. WSOY.

Valvira 2012. Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelmia 7:2012. Viitattu 3.3.2015. [http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon\\_valvontaohjelma.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf)

Vengnes Grue, E., Finne-Soveri, H., Stolee, P., Wergeland Sörbye, L., Noro, A., Hirdes, J.P. & Hysten Ranhoff, A. 2010. Recent Visual Decline – A Health Hazard with Consequences for Social Life: A Study of Home Care Clients in 12 Countries. Current Gerontology and Geriatrics Research. Volume 2010. 1–9. Viitattu 23.3.2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2010/503817>

Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen – Strateginen kilpailutekijä. Helsinki. Edita.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki. WSOY.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 44–59. Toim. Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki. Edita.

Vuori, J. 2005. Päätöksenteko dialogisesti oppivassa ja johdetussa työyhteisökulttuurissa. Teoksessa *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2005*. Toim. Vuori, J. 218–259. Helsinki. Werner Söderström Oy.

Vuorisalmi, M. 2007. Examining self-rated health in old age. *Acta Universitatis Tamperensis* 1272. Tampere. Tampereen Yliopisto. Viitattu 19.3.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67783/978-951-44-7128-5.pdf?sequence=1>

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Juva. WSOY

Øvretveit, J. 1995. *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Helsinki. Hakapaino.

*"...Olemme tärkeässä asiassa  
usein lähimpiä auttamaan vanhusta turvalli-  
suusasioissa..."*

SAATE

ARVOISA VAASAN KAUPUNGIN KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ!

Ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuteen kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Pitkäaikaishoitoa ja laitospaikkoja vähennetään, jonka johdosta kotihoidon rooli ikääntyneiden asiakkaiden kotona asumisen turvallisuuden edistämässä korostuu. Henkilökunnan kouluttaminen ja tietoisuuden lisääminen turvallisuusasioista on Vaasan kaupungin, VAMK:n, NOVIA:n ja SPEK:n yhteistyössä järjestämä projekti. Pelastuslaki velvoittaa myös kotihoidon henkilökuntaa ilmoittamaan huomaamistaan turvallisuuspuutteista.

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden ja johtamisen koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (YAMK). Opinnäytetyöni käsittelee ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuutta ja esimiestyötä turvallisuusajattelun käyttöönotossa. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja Ulla Isosaari.

Tämän kyselyn avulla on tarkoitus kartoittaa kotihoidon asiakkaiden oman kodin turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita. Lisäksi haluan kartoittaa, missä määrin henkilökunnalla on valmiuksia nykyisten käytäntöjen puitteissa huomioida turvallisuuspuutteita. Vastauksesi ovat tärkeitä kotihoidon kehittämiseen!

Lomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Aineisto käsitellään niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Lomakkeet hävitetään aineiston käsittelyn ja raportoinnin valmistuttua. Tutkimustulokset ja valmis opinnäytetyö luovutetaan organisaation ja projektin käyttöön keväällä 2015.

Vaasassa 3.2.2014

Kiittäen

*Merja Tikkakoski*

e-mail: xxxxxxxx@xxx



## KYSELYLOMAKE

Ympyröi oikea vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille annettuun tilaan:

1. Sukupuoli a) nainen b) mies
2. Ikä a) 20 v tai alle. b) 21–30v. c) 31–40v. d) 41–50v. e) 51–60v. f) yli 61v.
3. Mikä on ammattinimikkeesi? a) lähihoitaja b) perushoitaja c) kodinhoitaja  
d) terveydenhoitaja e) sairaanhoitaja f) alan opiskelija  
g) jokin muu, mikä \_\_\_\_\_
4. Onko työsuhteesi tällä hetkellä a) vakituinen b) määräaikainen
5. Ilmoita vuosina työskentelyaikasi **KOTIHOIDOSSA**: \_\_\_\_\_ vuotta.
6. Montako vuotta olet yhteensä työskennellyt hoitoalalla: \_\_\_\_\_ vuotta.
7. Mikä on oma arviosi, montako asiakaskäyntiä teet viikossa: \_\_\_\_\_ käyntiä.
8. Mitkä ovat mielestäsi viisi (5) suurinta turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutetta, jotka voivat aiheuttaa tai ovat aiheuttaneet vaaratilanteita kotihoidon asiakkaille/potilaille?

## TURVALLISUUSRISKIT:

## TURVALLISUUSPUUTTEET:

- a) \_\_\_\_\_ f) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_ g) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_ h) \_\_\_\_\_  
d) \_\_\_\_\_ i) \_\_\_\_\_  
e) \_\_\_\_\_ j) \_\_\_\_\_

9. Kenelle tai mihin olet ilmoittanut, kun olet huomannut kotihoidon asiakkaan tuona turvallisuusriskejä tai turvallisuuspuutteita? (Voit ympyröidä yhden tai useamman vaihtoehdon).

- a) omainen b) lähiesimies c) huoltoyhtiö d) pelastuslaitos e) asiakkaalle itselle  
f) HaiPro g) jokin muu, mikä: \_\_\_\_\_

10. Jos olet tehnyt ilmoituksen turvallisuuspuutteista tai turvallisuusriskeistä, kerro miten ilmoitukseen reagoitiin?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä yksi vastausvaihtoehto:

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Valmiuteni tukea asiakkaan psyykkistä turvallisuutta ovat hyvät	1	2	3	4	5
b) Valmiuteni tukea asiakkaan fyysistä turvallisuutta ovat hyvät	1	2	3	4	5
c) Olen saanut opinnoissa riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa	1	2	3	4	5
d) Olen saanut työpaikallani riittävästi tietoa ikääntyneiden kotona asumisen turvallisuuden huomioimisessa	1	2	3	4	5
e) Esimieheni tiedottamat asiat tulevat aina tietooni	1	2	3	4	5

12. Miten huomioit asiakkaan psyykkistä turvallisuutta?

---



---



---

13. Miten huomioit asiakkaan fyysistä turvallisuutta?

---



---



---

14. Kerro miten oppitaitokset ja organisaatiot voivat mielestäsi kehittää turvallisuusasioiden kouluttamista ja tiedon lisäämistä sosiaali- ja terveysalalla. **Kerro 1–3 asiaa.**

---



---



---

15. Tiedätkö työntekijän velvoitteista, jotka on kirjattu pelastustakiin? a) kyllä b) en

16. Millä tavalla lähiesimiehesi tiedottaa turvallisuusasioista?

---



---



---

17. Millä tavalla haluaisit lähteä kartoittamaan turvallisuusriskejä ja turvallisuuspuutteita kotihoidossa? (Ympyröi 1–3 vaihtoehtoa)

- a) itsenäisesti tarkistuslistan avulla      b) yhdessä kollegan kanssa      c) yhdessä esimiehen kanssa  
d) omaisen kanssa      e) asiakkaan kanssa      f) joku muu, mikä? \_\_\_\_\_

**VASTAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN LUENNON JÄLKEEN:**

18. Miten tämnpäiväinen luento muutti käsityksiäsi turvallisuusasioiden huomioimisesta kotihoidossa?

---



---



---

19. Oletko aikaisemmin osallistunut turvallisuuskoulutuksiin? a) En b) En osaa sanoa

c) Kyllä. Olen osallistunut seuraaviin koulutuksiin: \_\_\_\_\_

**Suuri kiitos vastauksistasi!**

Halutessasi voit antaa palautetta ja kommentteja koulutuksesta sekä kyselylomakkeesta:

---



---



12. Hur beaktar du klientens psykiska trygghet?

---



---



---

13. Hur beaktar du klientens fysiska trygghet?

---



---



---

14. Hur tycker du att läroanstalter och organisationer kunde utveckla skolningen och öka informationen om trygghet/säkerhet inom social- och hälsovården. **Näm 1-3 förslag.**

---



---



---

15. Känner du till arbetstagarnas skyldigheter enligt Räddningstagen?      a) Ja      b) Nej

16. Hur informerar din närmaste förman om säkerhetsärenden?

---



---



---

17. På vilket sätt skulle du vilja kartlägga säkerhetsrisker och säkerhetsbrister i hemvården? (**Ringa in 1-3 alternativ**)

- a) självständigt, med hjälp av en checklista      b) tillsammans med en kollega      c) tillsammans med förmannen  
 d) tillsammans med anhöriga      e) tillsammans med klienten      f) på annat sätt, hur? \_\_\_\_\_

SVARA PÅ FÖLJANDE FRÅGOR EFTER SKOLNINGSTILLFÄLLET:

18. Har dagens föreläsning förändrat ditt synsätt i att beakta säkerhets- och trygghetsaspekter i hemvården? Hur i så fall?

---



---



---

19. Har du tidigare deltagit i säkerhetsskolningar?      a) Nej      b) Kan inte säga

c) Ja. Jag har deltagit i följande skolningar: \_\_\_\_\_

**Stort tack för dina svar!**

Här finns möjlighet att kommentera skolningen och frågeformuläret:

---



---

## PELKISTETTY ILMAUS

## ALAKATEGORIA

## YLÄKATEGORIA

<p>asia korjattiin          asiaan puututtiin pikaisesti          asiaan suhtauduttiin vakavasti          asunnosta on poistettu ylimääräistä tavaraa          palohälytin hommattu</p>	<p>Nopeaa reagoitua kotihoidon          asiakkaiden turvallisuuden          parantamiseksi.</p>	
<p>ei juuri mitenkään          ei yleensä mitenkään          heikonlaisesti          ingen större respons          inte alls          kai tietoa lähetettiin eteenpäin          useita muistutuksia omaisille</p>	<p>Hidasta reagoitua ilmoituksiin          kotihoidon asiakkaan asunnon          turvallisuuden parantamiseksi.</p>	<p>Turvallisuusasioiden parantamiseen          reagoidaan eri tavalla riippuen ilmoitetusta          tahosta</p>
<p>riippuu keneen ottaa yhteyttä          seurantaa          vaihtelevasti          ilmoitus on mennyt eteenpäin          ilmoitusta kuunnellaan mutta mutta muutos tapahtuu          viiveellä          ei oikeutta puuttua asukkaan itsemääräämisoikeuden          vuoksi</p>	<p>Vastuu ilmoitettujen          turvallisuusasioiden          eteenpäinviemisestä epäselvää.</p>	

**LIITE 3.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon työntekijöiden ilmoituksiin turvallisuusriskeistä ja turvallisuuspuutteista reagoitiin?

## PELKISTETTY ILMAUS

## ALAKATEGORIA

## YLÄKATEGORIA

<p>annan aikaa asiakkaalle luon rauhallisen ilmapiirin rauhallinen keskusteluhetki juttelen hänen kanssaan kiireettömyys ja rauhallinen hoitotilanne prata med patienten olla aidosti läsnä kiireetöntä hoitoa kotikäynneillä vara lugn och förklara tydligt och lyssna</p>	<p>Aito kohtaaminen, läsnäolo ja kiireettömyys asiakkaan omassa kodissa ja ammattillisuus asiakastyössä.</p>	<p>Ammatillinen työote &amp; asiakkaan kunnioittava kohtaaminen.</p>
<p>sosiaalisen verkoston luominen intervalliin/päivätoimintaan/ystäväpalveluun ohjaaminen tarjoamalla sosiaalista seuraa ryhmistä saada asiakas tuntemaan itsenä tärkeäksi kerron kuka olen riittävästi ohjausta</p>	<p>Sosiaalinen kanssakäyminen psyykkisen turvallisuuden lisäämiseksi</p>	<p>Sosiaalisten suhteiden luominen &amp; tukipalveluiden lisääminen.</p>
<p>att vara uppmärksam på hur patienten mår psykiskt asiakas pelkää olla yksin mielentilan havainnointi arvioitava onko psyykkisesti turvaton kykenevä asumaan yksin kotona turvattomille palveluiden lisäämistä</p>	<p>Palveluiden uudelleen arviointi psyykkisesti turvattomille asiakkaille.</p>	
<p>turvallisen kodin luominen huolehdiin että ovet on lukossa turvarannekkeen hankkiminen kerron pelastus ja sammutusvälineistä</p>	<p>Turvallisuudentunteen luominen turvallisen asuinympäristön turvaamisella.</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö ja kodin turvallisuuden lisääminen.</p>
<p>kotikäynnillä arvioin hänen vointia ja voimavaroja kuntouttavan työotteen käyttö keskityn asiakkaan voimavaroihin lääkityksen tarpeen arviointi yhteistyö KSH + lääkäri huolehtia että perustarpeet on tyydytetty</p>	<p>Moniammatillisen yhteistyön ja asiakkaan omien voimavarojen hyödyntäminen.</p>	

**LIITE 4.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon työntekijät huomioivat asiakkaan psyykkistä turvallisuutta?

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>huolehtimalla apuvälineistä turvapuuhelin asiakkaalle apuvälineiden arviointi esteiden poistaminen kynnykset ja matot pois esteettömien kulkuväylien järjestäminen kodin siisteydestä huolehtiminen mattojen poistaminen helloihin ajastimet ohjaamalla apuvälineiden oikeassa käytössä kynttilät pois se til att de inte finns riskfaktorer omkring liiat tavarat pois</p>	<p>apuvälineiden hankkiminen ja niidenkäytön opastaminen</p> <p>kodin siisteydestä ja esteettömyydestä huolehtiminen</p> <p>palovaaran aiheuttajat minimoidaan</p> <p>kodin yleisen turvallisuuden lisääminen</p>	<p>Asunnon järjestäminen esteettömäksi.</p> <p>Apuvälineet osaksi itsenäistä selviytymistä.</p>
<p>vaaratilanteiden ennakoiminen heikon näön huomioiminen näkövammaisilla tavarat tutuilla paikoilla poistan turvallisuusriskit. kaatumisriskin minimointi saunapalvelu jos pesutilat kellarissa tossut kunnolla jalkaan ennen liikkeellelähtöä valaistusta lisää</p>	<p>kaatumisriskien minimointi</p>	<p>Fyysisen turvallisuuden lisäämien monipuolisen kartoituksen avulla.</p>
<p>fysioterapeutin kotikäynnin hankkiminen kannustan kävelemään ja jumppaamaan asiakkaan omien voimavarojen käyttö kuntouttava työote kertomalla riskeistä esimiehelle</p>	<p>moniammatillinen yhteistyö</p> <p>liikunnan lisääminen</p>	<p>Toimintakyvyn ylläpitäminen turvallisen kotona selviytymisen tueksi.</p>

**LIITE 5.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon työntekijät huomioivat asiakkaan fyysistä turvallisuutta?

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
koulutusta aggressiivisen asiakkaan ja omaisen kohtaamiseen hoitovastaisen asiakkaan kohtaaminen koulutusta vanhuksen kohtaamiseen omassa kodissa	osaamisen vahvistamista erilaisten asiakkaiden kohtaamiseen	
käytännöharjoitusta EA-koulutusta teoriaa ja harjoituksia jo kouluaikana turvallisuusluennot pakollisiksi 1 x vuosi koulut voisivat perehtyä kotihoidon töihin	turvallisuuskoulutusten lisäämistä kotihoidon näkökulmasta ja säännöllistä osaamisen päivittämistä	Monipuolista koulutusten muuttamista muuttunutta kotihoitoa vastaavaksi
koulutusta kuinka saadaan asunto turvalliseksi liknande skolningar som denna pitämällä lyhyitä luentoja järjestämällä tapahtumia neuvontaa asiakkaiden luona konkreettiset esimerkit auttavat muistamaan koulutus ja kokeet sammutusharjoituksia mera skolning om brandräddning palohälyttimistä informaatiota	kotihoidon työtehtävien tarkastelua muutosten aikana	Omaisten tietoisuuden lisäämistä kotihoidon toiminnasta, kodin turvallisuusriskeistä sekä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta.
enemmän asiaa kotihoidosta, ei laitosta organisaatiot voisivat katsoa mitä kentällä tapahtuu riskeistä kertomista työpaikoilla oma tupa oma lupa –mutta kuinka käytäntö? omaisten informoiminen mitkä vaikutukset on puuttua asiakkaan itsemääräämisoikeuteen?	omaisten opastaminen turvallisuusasioiden huomioimisessa	

**LIITE 6.** Sisällönanalyysi. Miten oppilaitokset ja organisaatiot voivat kehittää turvallisuusasioiden kouluttamista ja tiedon lisäämistä sosiaali- ja terveysalalla?



PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
ei mitenkään ei juurikaan ei millään lailla ei ole tiedottanut ei ole tähän mennessä kertonut  lyhyesti jos ei ollenkaan mycket gälligt	niukkaa tiedottamista turvallisuusasioista	
pyytää lukemaan turvallisuuskansion toimistolla  ilmoittamalla koulutukseen järjestämällä koulutuksia	velvoittaa omaehtoiseen tiedonhankintaan ja osallistumaan koulutuksiin	Turvallisuusasioiden tiedottaminen suullisesti tai kirjallisesti
kokouksissa kouluksissa tiedottaa keskustelelee kokouksissa  sähköpostilla s-postilla postin kautta e-post pääosin sähköpostilla  puhelimitse pratar med mig suullisesti	tiedottaa suullisesti tai kirjallisesti	

**LIITE 7.** Sisällönanalyysi. Miten kotihoidon esimiehen tiedottaa turvallisuusasioista?

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
kiinnittämään huomiota sammutusvälineisiin en ole ennen kiinnittänyt huomiota paloturvallisuuteen jag blir mer uppmärksam på eventuella risker i hemmet pitäisi tarkastaa palovaroittimet useammin tyhjennän pöydän hellan vierestä pitää paremmin huomioida riskejä	Alusammutusvälineistön huomioiminen kotihoitossa  Palovaaran minimointi	
miettiä miten asukas saadaan ulos asunnosta kotona asuu niin huonokuntoisia jotka ei pääse itse ulos	poistumisreittien huomiointi	Ennakoivien toimienpiteiden huomioiminen asiakasturvallisuuden lisäämisessä
ei mitenkään ei uutta asiaa tuttua juttua kaikki oli tiedossa aika paljon jo tiesinkin perusasiat on jo tiedossa	ei uutta tietoa aikaisemmin opittuun	Koulutuksen avulla kertausta ja tietoisuuden lisäämistä turvallisuusajattelusta
kertaus ja muistutus on ok videon med brander var belysande lisää näitä koulutuksia sain palosta uutta tietoa	kertaus tuo uutta tietoa	

**LIITE 8.** Sisällönanalyysi. Miten turvallisuusluento muutti kotihoidon työntekijöiden käsitystä turvallisuusasioiden huomioimisessa?