



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hyvinvointiteknologian yhdistäminen osaksi kotihoidon käyntejä

Heikura, Marjo

2011 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Hyvinvointiteknologian yhdistäminen osaksi kotihoidon käyntejä

Marjo Heikura
Kliinisen asiantuntijan
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2011

Marjo Heikura

Hyvinvointiteknologian yhdistäminen osaksi kotihoidon käyntejä

Vuosi

2011

Sivumäärä

86

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Espoon kotihoitoon uusi toimintamalli, jossa Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitaja voi olla yhteydessä kotihoidon asiakkaisiin iltaisin ja yöaikaan hyvinvointiteknologiaa hyödyntäen. Tavoitteena on olla yhteydessä kotihoidon asiakkaaseen asiakaspäätteen kautta. Osa fyysisistä hoitajan käynneistä asiakkaan luona korvataan asiakaspäätteen kautta suoritettulla käynnillä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakennettiin kotihoidon, ikääntymisen ja hyvinvointiteknologian käsitteiden alueille. Tutkimusotteena oli toimintatutkimus ja tiedonkeruumenetelminä käytettiin kvalitatiivisia menetelmiä. Viitekehys painottui opinnäytetyön aiheen mukaisesti hyvinvointiteknologiaa käsittelevään kirjallisuuteen.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja havainnoimalla. Teemahaastattelut suoritettiin haastatteleamalla Espoon kotihoidon Muuralan ja Kaukalahden tiimeistä kotihoidon hoitajia, Espoon vanhustyön päällikköä, Espoon kotihoidon päällikköä, Espoon palvelutalon esimiestä, Espoon palvelutalon yöhoitajaa ja yhtä kotihoidon asiakasta. Saatu aineisto analysoitiin ja tuloksista muodostettiin Espoon kotihoitoon toimintamalli hyvinvointiteknologian yhdistämisestä osaksi kotihoidon käyntejä.

Tutkimus osoitti, että hyvinvointiteknologia nähdään hoitotyön tukipalveluna ja tarpeellisena tulevaisuudessa. Ensisijaisiksi kehittämiskohteiksi nousivat kotihoidon työn uudelleenorganisointi, jotta kiire helpottaisi ja työntekijäresurssit riittäisivät vastaamaan tulevaisuuden tarpeisiin. Tuotokseksi saatiin uusi toimintamalli Espoon kotihoitoon. Toimintamallissa esitettiin tehtäväksi uusia linjauksia resursoinnissa, kehittämisessä ja organisoinnissa sekä annettiin suosituksia yhteistyön organisointiin, tavoitteisiin, hyötyyn, yhteydenpitoon ja johtamiseen.

Kehittämistoimenpiteenä esitettiin, että hyvinvointiteknologia tulisi tuoda lähemmäs hoitoalan työntekijöitä. Hyvinvointiteknologia voisi olla jo hoitoalan opiskelijoiden opintosuunnitelmassa laajemmallakin Suomessa käytössä.

Jatkotutkimusaiheena esitettiin tutkittavaksi, miten hyvinvointiteknologiaa voisi hyödyntää muissa yksiköissä. Jo pelkästään esimerkiksi saman sairaalan sisällä voisi hyvinvointiteknologia olla toimiva ratkaisu silloin kun potilas liikkuu sairaalan sisällä yksiköstä toiseen. Asiakaspäätteen kautta saatu nopea yhteys voisi nopeuttaa asiakkaan hoitoketjua ja näin asiakkaan sairaalassaoloaika voi lyhentyä huomattavasti.

Asiasanat: kotihoito, ikääntyminen ja hyvinvointiteknologia.

Marjo Heikura

Adding well-being technology as part of homecare calls/visits

Year	2011	Pages	86
------	------	-------	----

The purpose of this study was to produce for Espoo homecare a new action model, where the night nurse of the assisted living in Espoo centre can be in contact with clients during the evening and night time utilizing from well-being technology. The objective is to be in contact with the homecare client using well-being technology via a cliental monitor. This enables a visit at the clients through a cliental monitor, without an actual physical visit by the nurse.

The theoretical frame of reference of this study was built on the concepts of homecare, ageing and well-being technology. The frame of reference was focused on literature concerning well-being technology according to the subject of the study. The most important sources for the theoretical part were internet publications.

Action research was used in the study and qualitative methods were used as methods of data collection. The data for the study was collected with theme interviews and observations. Espoo homecare, the teams of Muurala and Kauklahti, homecare nurses, the head of elderly care in Espoo, the head of assisted living in Espoo, the superior of Espoo assisted living, the night nurse of assisted living in Espoo and one client of homecare were interviewed for the theme interviews. The obtained data was analysed and a new model was developed from the results for Espoo homecare to combine well-being technology as a part of homecare visits.

The study showed that well-being technology is regarded as an assistive system for nursing and necessary in the future. As a primary target of development rose the re-organising of work in homecare to ease the rush and make employee resources answer the needs in the future. The result was a model for Espoo homecare. In the model, new guidelines are suggested for resourcing, developing and organising. Also, recommendations were given on organising collaboration, goals, benefits, communication and management.

As a developmental procedure, it was suggested that well-being technology should be brought closer to nursing students. Well-being technology could be included more widely in the curriculum of Finnish nursing students.

The study of how well-being technology can be used in other units was suggested as a topic for further studies. For instance, even within the same hospital well-being technology could be a well functioning solution, when a patient moves for one unit to another. The fast connection of the cliental monitor could accelerate the clients' process of treatment and, thus, shorten the clients time spend at the hospital.

Keywords: homecare, ageing and well-being technology.

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät	9
3	Toimintaympäristö.....	9
4	Tutkimusta ohjaavat teoreettiset lähtökohdat	10
4.1	Ikääntyminen.....	11
4.2	Kotihoito	14
4.2.1	Kotihoidon historiasta nykypäivään	15
4.2.2	Koti hoitoympäristönä.....	16
4.3	Hyvinvointiteknologia	18
5	Laadullinen toimintatutkimus.....	22
5.1	Haastattelut aineistonkeruumenetelmänä	25
5.1.1	Teemahaastattelut focus group -haastatteluna	26
5.1.2	Laadullinen sisällönanalyysi	28
6	Aineiston tulokset.....	31
6.1	Kotihoidon nykytila	31
6.1.1	Kotihoidon asiakkaat.....	34
6.1.2	Asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen hoito	35
6.1.3	Keikkatyövoima ja opiskelijat.....	35
6.1.4	Työilmapiirin merkitys	36
6.2	Käytössä oleva hyvinvointiteknologia.....	37
6.3	Hyvinvointiteknologiaa tukevat asiat.....	38
6.3.1	Hyvinvointiteknologian hyödyt asiakkaan näkökulmasta	40
6.3.2	Hyvinvointiteknologian hyödyt hoitajien näkökulmasta	41
6.3.3	Kokemukset hyvinvointiteknologiakokeilusta asiakkaan käytössä	42
6.4	Hyvinvointiteknologian käytössä huomioitavat asiat.....	42
6.4.1	Koulutuksen merkitys.....	43
6.4.2	Hyvinvointiteknologian käyttöominaisuudet.....	44
6.4.3	Eettisyys hyvinvointiteknologian käytössä	44
6.4.4	Ajatuksia hyvinvointiteknologian käyttöönottoon	46
6.4.5	Asiakasryhmän tavoittaminen.....	47
6.5	Hyvinvointiteknologian mahdollisuudet	48
6.5.1	Hyvinvointiteknologia omaisille ja hoitajayhteys.....	48
6.5.2	Hyvinvointiteknologia hoitotyön tukipalveluna	49
6.6	Hyvinvointiteknologia osana hoitotyön palveluketjua	50
6.6.1	Hyvinvointiteknologia esimiestyössä ja hoitotyön arjessa	50
6.6.2	Akuuttisairaalat ja kotiuttaminen	51
6.6.3	Terveysasemat	51

7	Toimintamalli Espoon kotihoitoon	52
8	Johtopäätökset	56
9	Pohdinta	58
9.1	Luotettavuus	61
9.2	Eettiset kysymykset.....	62
9.3	Kehittämissuhteet	66
	Lähteet	67
	Liitteet.....	71

1 Johdanto

Tulevaisuudessa ikäihmisten määrä tulee lisääntymään huomattavasti ja samanaikaisesti lisääntyy hoitoalalla pula työntekijöistä. Tämä tulevaisuuden näkymä luo tarpeita kehittää uusia toimintamalleja hoitotyöhön, jotta tulevaisuudessakin hoitotyötä voitaisiin tehdä ammatitaidolla ja kiireettömästi.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus asettaa tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössä. Espoon vuonna 2002 hyväksytty vanhuspoliittinen ohjelma on uudistettu ikääntymispoliittiseksi ohjelmaksi vuosille 2009 - 2015. Tässä ohjelmassa yksi linjaus on, että teknologian avulla tuetaan omaehtoista elämistä. Hyvinvointiteknologialla pyritään palvelemaan hyvinvoinnin edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Tietotekniikka mahdollistaa etäpalveluiden käytön ja hyvinvointiteknologian kehittymisen myötä voidaan painopiste laitoshoidosta siirtää avohoittoon ja kotiin. Kotihoidossa onkin otettava huomioon, miten teknologiaa voidaan hyödyntää hoitotyössä.

Kaste-ohjelmassa, jota toteutetaan vuosina 2008 - 2011, on asetettu tavoitteeksi, että ihmisten hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähentyvät sekä ihmisten sosiaalisuus lisääntyy ja tämän myötä syrjäytyminen vähentyy. Tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjaa siten, että työ- ja hoitomenetelmät perustuvat entistä enemmän tutkittuun tietoon ja kehittäminen on osa perustyötä. Tärkeitä alueita ovat esimerkiksi vanhusten kotipalvelu ja perusterveydenhuolto. Kuntiin luodaan palvelurakenteiden uudistamisen yhteydessä pysyvä sosiaali- ja perusterveydenhuollon kehittämisrakenne. Terveystieteille työkenteleville tutkiva kehittäminen on velvoite, mutta samalla myös mahdollisuus. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008 - 2011, 2008, 10.) Myös Kaste-ohjelman tavoitteet tukevat opinnäytteeni aiheen tärkeyttä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke pyrkii vastaamaan uusien toimintamallien kehittämisen vaateisiin, sillä tulevaisuudessa haasteet kasvavat henkilöstöpulan, väestön ikääntymisen ja alueellisen eriytymisen vuoksi. Osin uuden tekniikan ja olemassa olevan osaamisen avulla pyritään luomaan kokonaan uusia toimintamalleja, jotka toimivat asiakkaan kannalta paremmin ja säästävät voimavaroja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke 2007 - 2011.)

Opinnäyte liittyy Turvallinen koti -hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on tuottaa arkea tukevia virtuaalisia palveluja asiakkaiden koteihin ja ryhmätoimintaan. Hankkeessa kehitetään hyvinvointipalvelukonseptia, jossa hyödynnetään muun muassa HyvinvointiTV:tä. Hyvinvointi-

teknologian avulla pyritään entistä parempaan elämään ja tekniset keksinnöt ja palveluiden kehittäminen mahdollistavat tämän. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Espoon kotihoitoon uusi toimintamalli, jossa hyvinvointiteknologiaa hyödynnetään kotihoidon asiakkaan hoidossa. Opinnäytetyön lähtökohtana on haastatteluin saada selville, miten ja missä tilanteissa hyvinvointiteknologiaa voidaan hyödyntää. Tarkoituksena on tuottaa uusi toimintamalli kotihoitoon, jossa Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitajat ja kotihoidon asiakas voivat olla yhteydessä toisiinsa asiakaspäätteen avulla ja näin helpottaa kotihoidon työntekijöiden työtä. Espoon keskuksen palvelutalossa HyvinvointiTV ja asiakaspääte ovat jo käytössä, ja uuden toimintamallin myötä lisätään yhteistyötä Espoon keskuksen palvelutalon hoitajien ja kotihoidon hoitajien välillä.

Opinnäytetyöni on laadullinen toimintatutkimus ja aineiston analyysinä on käytetty sisällönanalyysiä. Toimintatutkimus antaa uutta tietoa hoitamisesta ja tuottaa uudenlaisia hoitokäytäntöjä sekä hoidon malleja ja teorioita, jotka ovat hoitotieteellisessä tutkimuksessa perimmäisenä tavoitteena (Lauri, S. 2006, 134). Opinnäytetyöhön aineisto kerättiin haastatteluilla, teemahaastattelujen avulla. Tämä työ on osa ylemmän ammattikorkeakoulun opintoja, jossa suuntautumisena on kliininen asiantuntija.

Erilaiset projektit ovat kehityksen muutoslaboratorioita, ja nimenomaan tästä syystä niihin tulisi kiinnittää huomiota niin yksilö- kuin organisaatiotasolla. Seuraavien 20 vuoden tulevaisuudennäkymissä ei ole olemassa mitään sellaista, joka puhuisi sen puolesta, ettei kehittämissä hyvinvointipalveluissa enää tarvittaisi. Oikeastaan tilanne on päinvastoin. Kaikki seikat viestivät hyvinvointipalvelujen toimintaympäristön muutoksen nopeutumisen ja muutoksen luonteen radikaalisuuden puolesta. Uusia asioita ei synny automaattisesti, vaan tietoisien toiminnan tuloksena. 2010-luvun hyvinvointipalveluiden erityispiirteitä ovat asiakas- ja potilaslähtöisyys, moniammatillisuus, monikulttuurisuus sekä teknologia. (Paasivaara ym. 2011, 34 - 59.)

2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Espoon kotihoito tarjoaa palvelua asiakkaan kotona eri aikoihin päivästä. Espoon kotihoidossa ei ole tällä hetkellä yöhoitajia. Espoon keskuksen Palvelutalossa on nyt vuoden ajan työskennellyt yöhoitaja. Tarkoitus on tuottaa uusi toimintamalli, jossa Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitaja voi olla yhteydessä kotihoidon asiakkaisiin iltaisin ja yöaikaan. Tutkimuksen tavoitteena on olla yhteydessä kotihoidon asiakkaaseen hyvinvointiteknologiaa hyödyntäen eli asiakaspäätteen kautta. Asiakaspäätteen omaavat kotihoidon asiakkaat voivat olla yhteydessä Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitajiin. Osa fyysisistä hoitajan käynneistä asiakkaan luona korvataan asiakaspäätteen kautta suoritetulla yhteydenotolla. Toimintamalli lähtee kotihoidon asiakkaasta käsin. Käsitteet opinnäytetyössäni ovat kotihoito, ikääntyminen ja hyvinvointiteknologia. Opinnäytetyöni on toimintatutkimus.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millainen on hyvinvointiteknologian avulla suoritettu kotihoidon asiakaskäynti ja millaisia mahdollisia kriittisiä kohtia asiakaskäynnissä on havaittavissa?
2. Mitkä ovat kotihoidon työntekijöiden ja asiantuntijoiden näkemykset hyvinvointiteknologian hyödyntämisestä kotihoidossa?
3. Millainen toimintamalli muodostuu Samarian kotihoitoon, kun otetaan käyttöön hyvinvointiteknologia eli asiakaspäätteen kotihoidon asiakkaan kotiin? Millaisia mahdollisia kriittisiä kohtia toimintamallissa ilmenee?

3 Toimintaympäristö

Opinnäytteeni on osa Turvallinen koti -hanketta. Turvallinen koti -hankkeessa asiakkaat, korkeakoulut, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat kehittävät yhdessä e-hyvinvointipalvelukonseptia, jossa hyödynnetään HyvinvointiTV®:tä ja muita soveltuvia teknologioita. Hankkeen tavoitteena on tuottaa arkea ja hyvinvointia tukevia, ennaltaehkäiseviä virtuaalisia palveluja asiakkaiden koteihin ja ryhmätoimintoihin. (Lehto & Leskelä 2011, 16 - 18.)

Hanke jakautuu kahteen eri osahankkeeseen. Ehyenä-osahanketta toteutetaan Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa ja Omana-osahanketta Varsinais-Suomessa. Turvallinen Koti-hankkeen rahoittajana toimii Euroopan unionin Euroopan aluekehitysrahasto (EAKR) ja Laurea-ammattikorkeakoulu on hankkeen päätoimija. Lähtökohtana tutkimukselle on toimintatutkimus, jota tehdään yhdessä käyttäjien, asiantuntijoiden ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden kanssa. Eri toimijoiden odotukset kartoitetaan HyvinvointiTV:n ohjelmatuotannon ja palveluiden kehittämiseksi. Hankkeen kesto on 1.9.2008-31.8.2011. (Lehto & Leskelä 2011, 16 - 18.)

Toimeksianto on saatu Espoon kotihoidolta osana Turvallinen koti -hanketta. Lupa opinnäytteelle on olemassa hankkeen kautta. Luvan tälle opinnäytteelle olen hakenut hankkeen kautta Laurean Otaniemen yliopettaja Paula Lehdolta (Liite 2). Tutkimuksen osallistajat ovat Espoon Muuralan ja Kaukalahden kotihoidon hoitajat, palvelutalon yöhoitaja, ja kotihoidon asiakas ja vanhustyön ja kotihoidon esimiehet. Espoon keskuksen palvelutalossa on jo joillain asukkailla käytössään asiakaspäätte. Tarkoitus olisi uuden toimintamallin myötä mahdollistaa se, että Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitajat voisivat olla yhteydessä kotihoidon asiakkaaseen asiakaspäätteen avulla.

Tutkimuksessani haastateltavat muodostuivat Espoon kotihoidon, Muuralan ja Kaukalahden tiimeistä, hoitajia (N = 17), Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitaja (N = 1) ja Espoon vanhustyön/kotihoidon esimiehet (N = 3) sekä kotihoidon asiakas (N=1). Näin pyrin saamaan kokonaisvaltaisesti vastauksia eri työntekijä- ja esimiestahoilta katsottuna. Tuomi ja Sarajärvi (2002) pitävät tärkeänä, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta ilmiöstä tai että heillä on kokemusta asiasta. Kotihoidon työntekijät tuntevat kotihoidon kentän, palvelutalon yöhoitajat tuntevat yöhoidon kentän ja Espoon kotihoidon esimiehet puolestaan tuntevat kotihoidon laajemmin. He ovat kotihoidon asiantuntijoita.

4 Tutkimusta ohjaavat teoreettiset lähtökohdat

Tutkimuksen alussa, syksyn 2010 aikana, tein systemaattisen kirjallisuushaun vuosilta 1996 - 2011 tutkimustani varten. Tein myös hyvinvointiteknologiaa käsittävistä hankkeista katsauksen (Liite 4). Hyödynsin eri tietokantoja. Yhdeksi hakusanaksi valitsin ikääntymisen, sillä tässä työssäni kotihoidon asiakaskunnan muodostavat ikääntyneet. Samalla myös opinnäytteeseeni tuli rajaus: toimintamallia lähdetään rakentamaan ikäihmisen tarpeisiin. Kotihoidon asiakaskunta rajoittuu tässä työssä ikääntyneisiin. Rajasin ikääntymistä koskevan tiedon koskemaan enemmän tulevaisuutta ja sieltä esille tulleita perusteluja työlleni. Ikääntymiseen ja kotihoitoon hain lakeja, jotka ohjaavat hoitotyötä. Kotihoito-käsitteen alla käsittelen kotihoidon sisältöä ja kotihoidon historiaa. Hain ensin sanalla teknologia hakutuloksia, mutta niitä tuli niin paljon, että rajasin haut koskemaan hyvinvointiteknologiaa. Näin siis hakujen myötä keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat ikääntyminen, kotihoito ja hyvinvointiteknologia. Muodostuneilla käsitteillä jatkoin hakuja. Tällöin aineisto oli jo selkeämpi ja rajattu. Tein hakuja niin suomen kuin englannin kielellä.

Laajat ja monipuoliset elektroniset tietokannat ovat tutkijalle hyödyllinen apuväline, kun etsitään tietoa ja todisteita tietyille asioille. Nykyisin tietokannat ovat jo todella laajoja ja ne antavat tutkijalle mahdollisuuden päästä tutkitun tiedon äärelle ja hyödyntämään tutkittua tietoa. Mahdollisuus suuren tietokannan käsittelyyn asettaa tutkijalle haasteen siinä, että

tutkija osaa poimia itselleen sen olennaisen tiedon kaikesta saatavalla olevasta aineistosta. (Hoskins & Mariano 2004, 10 - 11.)

TIETOKANNAT	HAKUTULOKSET RAJATUILLA KÄSITTEILLÄ		
	Ikääntyminen	Kotihoito	Hyvinvointiteknologia
MetCat	351	334	15
Arsca	31	-	1
Helka	663	9	7
Tietokannat A-Ö	PubMed: 3420519 (old age) Medic 642 Linda 642	60236 (nursing home) 32 736	320 (teknologi) 1 52
Avoimet verkkoaineistot A-Ö	140	23	2
Nelli-Portaali	1045	592	23
Theseus-haku	762	394	56

Kuvio 1: Tulokset tietokannoista

4.1 Ikääntyminen

Suurien ikäluokkien ikääntymisen myötä vanhusten osuus Suomen väestöstä tulee kasvamaan huomattavasti. Vanhenevan väestön hyvinvointi on tärkeää ja tästä on seurannut kehittämistarpeita sosiaali- ja terveysalalle. Vanhuspolitiikka on syntynyt pyrkimyksestä edistää vanhenevan väestön hyvinvointia. Vanhuspolitiikan päätavoite on ikääntyneen ihmisen mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Tärkeää on itsenäisen selviytymisen ja sosiaalisen aktiivisuuden tukeminen ja itsemääräämisoikeuden huomioiminen. Oikeus omaa elämää koskeviin päätöksiin ja jokaisen yksilöllisyys nähdään nykyisin myös vanhoille ihmisille kuuluviksi. Ikääntyneet voivat elää aktiivista elämää ja olla mahdollisuuksien mukaan myös yhteiskunnallisia vaikuttajia. (Kankare & Lintula 2004, 156 - 157.)

Tällä hetkellä suuriin ikäluokkiin kuuluvat elävät kypsää keski-ikää. Useimmat ovat vielä työelämässä, terveys on kohtalainen ja he ovat hyväkuntoisia. Heillä on tietynlainen pyrkimys hyvään vanhuuteen ja he miettivät omaa jaksamistaan. Tulevaisuudessa voi olla edessä dementoituminen ja toimintakyvyn heikkeneminen. Huolestuttavaa on, riittääkö sosiaali- ja terveysalalla koulutettua työvoimaa silloin kun suuriin ikäluokkiin kuuluvat tarvitsevat apua. Suuriin ikäluokkiin kuuluvat suhtautuvat ennakkoluulottomasti vanhenevalle väestölle suunnattui-

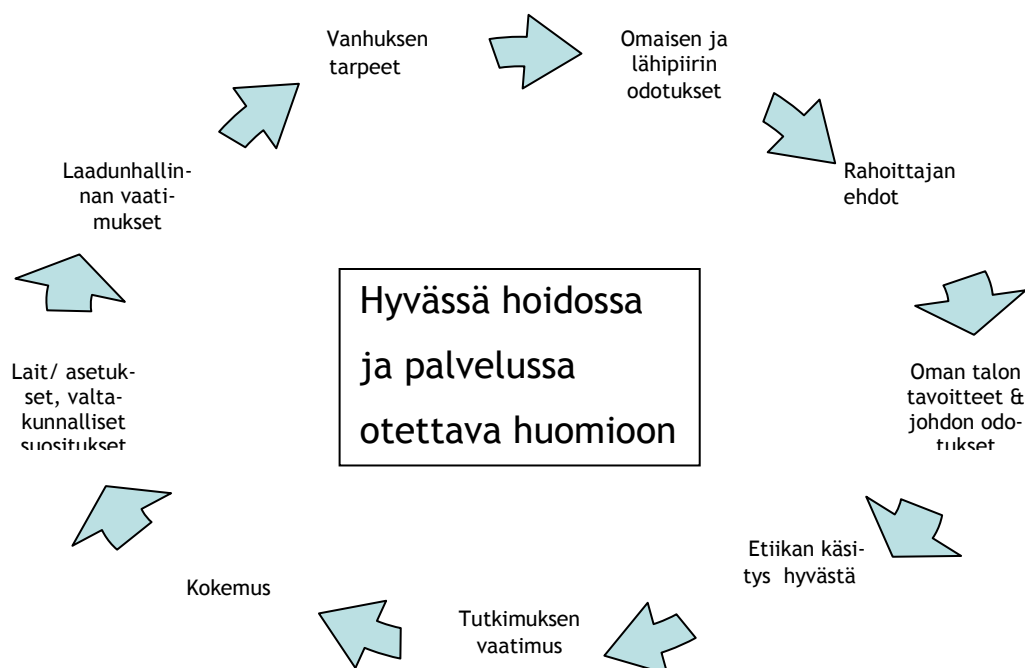
hin uusiin palveluihin. Heillä on vanhetessaan enemmän ostovoimaa kuin nykyisillä vanhuksilla ja he ovat valmiimpia käyttämään enemmän rahaa elämänlaadun parantamiseen ja elämän helpottamiseen. (Kankare & Lintula 2004, 161 - 167.)

Suomen väestörakenne muuttuu seuraavien vuosikymmenten aikana. Lasten ja työikäisten määrä vähenee ja ikääntyneiden määrä taas kasvaa. Voimakkain rakennemuutos ajoittuu tähän päivään, kun suuret ikäluokat ovat eläkeiässä. Yli 85-vuotiaiden määrän ennakoidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030. Olemme siirtymässä kohti ikääntyneiden yhteiskuntaa. Kunnan järjestämien vanhusten palvelutaloasuntojen määrä on kasvussa ja paljon apua saavien asiakkaiden määrä on noussut. Vanhustyön työpaikat joutuvat kilpailemaan työvoimasta, sillä ammatilliseen koulutukseen hakeutuvat nuoret eivät pidä vanhustyötä houkuttelevana. (Holma 2003, 12 - 13.)

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus asettaa tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössä. Jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka turvaa ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja tähän strategiaan tulee sisältyä kehittämisohjelma. Kehittämisohjelma laaditaan tukemaan ikääntyneiden elämänlaatua, asetetaan tavoitteet ja osoitetaan riittävät voimavarat. Kehittämisohjelmassa tulee osoittaa riittävät voimavarat ja palvelun on oltava eettistä ja asiakaslähtöistä ja siinä tulee noudattaa hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä. Tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi otetaan käyttöön seurantajärjestelmä, johon sisältyy palvelukohtaiset laatuindikaattorit. (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001, 8.)

Palvelun päämääränä on tukea ikääntyvän hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista riippumatta toimintakyvystä. Lähtökohtana ovat iäkkään tarpeet. Oma koti on yleensä ikäihmiselle kultaakin kalliimpi ja sinne saa myös palveluja, kuten kotisairaanhoitoa ja kotipalveluja. (Krons 2003, 26 - 27.)

Holman (2003) mukaan vanhustyössä on monta tahoja, jotka tulisi ottaa huomioon vanhusten hoidossa. Hyvän hoidon lähtökohtana on, että hoito lähtee vanhuksen tarpeista. Hoitotyössä vaikuttavat voimassa olevat lait ja asetukset ja laadunhallintaan asetetut vaatimukset. Omaisten ja läheisten odotukset tulee myös huomioida asiakkaan hoidossa sekä eettisyys kaikessa toiminnassa. (Holma 2003, 15.)



Kuvio 2: Vanhustyössä huomioon otettavat asiat (mukaillen Holma Tupua 2003, 15)

Espoon vuonna 2002 hyväksytty vanhuspoliittinen ohjelma on uudistettu ikääntymispoliittiseksi ohjelmaksi vuosille 2009 - 2015. Tämän ohjelman visio on ”täyttä elämää ikääntyneenä”. Tulevina vuosina asettaa haasteen espoolaiselle ikääntymispolitiikalle väestön nopea ikääntyminen. Aiemmasta avopalvelujen kohdentamisesta pyritään ennakointiin ja varhaiseen puuttumiseen, jolloin senioreiden omia voimavaroja pystytään tukemaan varhaisessa vaiheessa.

Yhteiset ikääntymispoliittiset linjaukset Espoossa vuosille 2009 - 2015 ovat seuraavat:

1. Seniorit rakentavat omaa elämäänsä itse
 2. Senioreiden osaaminen ja voimavarat rikastuttavat muiden elämää
 3. Esteetön asunto ja ympäristö
 4. Riittäväillä palveluilla turvataan ensisijaisesti kotona asuminen
 5. Ikäihmisten elämä on turvallista
 6. Tavoitteellinen senioreiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen
 7. Tarvittava tieto ja palvelut helposti saatavilla senioreille
 8. Ikäihmisten yhteinen osallistuminen ja toimiminen
 9. Teknologia tukee omaehtoista elämistä
- (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009, 5 - 11)

Espoossa 65 vuotta täyttäneiden määrä tulee seuraavien vuosikymmenien aikana kasvamaan huomattavasti. Vuonna 2007 oli 65 vuotta täyttäneitä 23 464. Tämän ikäisten määrä tulee vuoden 2012 jälkeen lisääntymään yli 2000 henkilöllä. Vuonna 2015 arvioidaan 65 vuotta täyt-

täneitä espoolaisia olevan 36 000. Vuosittain myös 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa noin 300 - 500 henkilöllä. Vuoden 2006 lopussa yksin asui kaikista yli 65-vuotiaista espoolaisista 35 % ja yli 75-vuotiaista 44 %. Espoolaisista senioreista puolella on perus- tai keskiasteen koulutus ja kolmannes on suorittanut korkea-asteen tutkinnon. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009, 5 - 11.)

4.2 Kotihoito

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus. Sen tarkoituksena on auttaa eri keinoin avuntarpeessa olevia henkilöitä. Kotihoidon avulla tuetaan ikääntyneen selviytymistä kotona, jolloin pitkäaikaishoidon tarve laitoksissa vähenee. Kotihoidolla myös tuetaan sairaalasta kotiutumista ja turvataan jatkohoito. (Ikonen & Julkunen 2007, 14 - 16.)

Tepponen (2009) viittaa, että maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt kotihoidon olevan joukko erilaisia palveluita, joiden tarkoitus on siirtää pitkäaikaista laitoshoidoa mahdollisimman pitkään. Käsite kotihoito on yleistynyt Suomessa vasta 1990-luvulta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämiskehityksen myötä.

Kotihoidon perimmäinen tarkoitus on tukea kotona asumista ja parantaa asiakkaan elämänlaatua. Kotihoidon sisältöä määrittää henkilön avun ja palveluiden tarve. Kotihoidon palvelut voivat käsittää kunnan terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Kotihoito tarjoaa muun muassa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon (yhdistettynä) sekä tukipalveluita, kuten ateriat- ja turvapalvelun. Kotihoitoa voidaan tarjota myös kodin ulkopuolella esimerkiksi palvelukeskuksessa. (Hammar 2008, 21 - 22.)

Helsingissä kotihoidon asiakkaista asuu yksin 93 %: naisista 98 % ja miehistä 74 %. Yksin asuminen ei välttämättä tarkoita yksinäisyyttä, mutta 47 % tuntee olevansa yksinäinen. Kotihoidon asiakkaiden yksinäisyys tulee lisääntymään, koska väestö vanhenee ja hoitostrategiat muuttuvat. Liikkumiskyvyn heikentyminen, sairaudet ja muut kanssakäymistä haittaavat esteet kaaventavat elämänpiiriä. Kotihoidon asiakkaista suurin osa on vanhuksia. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 135.)

Kotihoidossa tulee kiinnittää huomiota kotihoidon työntekijän ja asiakkaan ja hänen omaisten väliseen yhteisymmärrykseen ja jatkuvaan vuoropuheluun siitä, millaisia palveluita asiakkaalle tuotetaan. Miten yhdistetään asiakkaan fysiologiset tarpeet ja asiakkaan omia voimavaroja aktivoivat palvelut ja kuinka nämä kaikki saadaan toimimaan eri palveluntuottajien välillä. (Engeström ym. 2009, 271.)

4.2.1 Kotihoidon historiasta nykypäivään

Kotihoidon työnjakoa ja sen palveluiden kehittymistä on helpompi ymmärtää, kun tuntee kotihoidon historiaa. Kotihoito pohjautuu kodinhoitotyön ja kotona toteutettavan sairaanhoitotyön historiaan. 1920-luvulla kotisairaanhoidosta vastasivat kiertävät terveystisaret. Tuolloin myös Mannerheimin lastensuojeluliitto tarjosi kotiapua lapsiperheille. Kotipalvelu käynnistyi 1950-luvulla, jolloin Väestöliitto aloitti kodinhoitajakoulutuksen. (Ikonen & Julkunen 2007, 32 - 39.)

1966 tuli voimaan laki kunnallisesta kodinhoitoavusta, jolla turvattiin vanhusväestön avun saanti. Tässä vaiheessa kotiavusta tuli maksullista. 1970-luvulla kotipalvelu ja sen tukipalvelut laajenivat ja kotipalvelutyötä alettiin johtaa ammattimaisesti. Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki toi mukanaan kotisairaanhoidon ja avohoidon käsite alkoi näkyä ammattikielessä. Vuonna 1992 luotiin sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhteinen perustutkinto, lähihoitaja. Vuonna 2001 ammattikorkeakouluun tuli geronomi tutkinto. Vuonna 2002 otettiin käyttöön vanhustyön erikoisammattitutkinto. (Ikonen & Julkunen 2007, 32 - 39.)

Vuonna 1992 annettiin laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja vuonna 2000 säädettiin laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Merkittävä uudistus jälkimmäisessä oli säädös, jonka perusteella toistuvia tai säännöllisiä kotihoidon palveluja saavalla asiakkaalla tulee olla palvelu- tai hoitosuunnitelma tai vastaava. (Hammar 2008, 25.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa järjestämään kotihoidon palvelut. Kunta voi tuottaa palvelut kokonaan itse tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostaa palvelut yksityisiltä yrityksiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta. Asiakkaalle voidaan myös antaa palveluseteli. Kotihoidon toteuttamisessa omaiset ja läheiset muodostavat tärkeän osan. (Asiakaslähtöinen kotihoito, 65) Helsingissä yhdistettiin vuonna 2005 kotipalvelu ja kotisairaanhoito terveyskeskuksen alaiseksi kotihoidoksi. Yhdistetty kotihoito pyrkii kokonaisvaltaiseen asiakkaan hoitamiseen aktiivisella asiakasta. (Engeström ym. 2009, 13 - 14.)

Noin miljoona suomalaista auttaa läheistään selviytymään arjessa. Heistä arviolta 300 000 on joka päivä läheisensä apuna esimerkiksi ruokailussa, peseytymisessä ja lääkehoidossa. Omaishoitolaki määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka on tehnyt kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta. Omaishoitolain tarkoittamia omaishoidon tukea saavia omaishoitajia on Suomessa noin 30 000. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 3-7.)

Nykyisin kotihoidon asiakkaat tarvitsevat enemmän päivittäistä apua. Julkisia palveluita kohdennetaan useimmissa kunnissa eniten apua tarvitseville asiakkaille, eli heille jotka tarvitse-

vat apua monta kertaa päivässä. Kunnilla on kuitenkin rajalliset taloudelliset resurssit kotihoitopalveluiden tuottamiseen, ja kotihoidossa on otettava huomioon myös elinympäristön muutosten vaikutukset, teknologian hyödyntäminen, kotitalousvähennykseen oikeuttavat kotityöt, omaisten antama apu ja vapaaehtoistoiminta. Kotona tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän hoitotyötä ja muuta auttamista ja eri alojen asiantuntijoiden yhteistyö korostuu. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 8 - 12.)

Kotihoidossa kehitetään erilaisia menetelmiä, jotka mahdollistavat entistä huonokuntoisempien asiakkaiden turvallisen kotona asumisen niin kauan, kuin se on tarkoituksenmukaista. Kotihoitoasiakkaan näkökulmasta kehittämistyön tulisi keskittyä elämänlaadun, itsenäisen selviytymisen sekä palvelutarpeen tyydyttämiseen. Palveluntarjoajan näkökulmasta työn tulisi keskittyä toiminnalliseen rakenteiden, toimintamallien sekä toimintatapojen kehittämiseen eettisellä ja laadukkaalla tavalla. (Ikonen & Julkunen 2007, 213.)

Ammatillista hoitotyötä tehdään asiakkaan kotona niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Osassa kunnista terveyskeskukset tuottavat kotisairaanhoidonpalveluita ja osassa taas kotisairaanhoido ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidoksi. Yhdistetyssä kotihoidossa toimivat samoissa tiimeissä kotipalvelun työntekijät ja kotisairaanhoidon työntekijät. Tii- miin voi tällöin kuulua kodinhoitaja, kotiavustaja, lähihoitaja, kotipalveluohjaaja, sairaanhoi- taja, terveydenhoitaja ja lääkäri. Mukaan on tullut koko ajan enemmän myös muita ammatti- henkilöitä, kuten fysioterapeutti, jalkahoitaja ja toimintaterapeutti. (Hägg ym. 2007, 16.)

4.2.2 Koti hoitoympäristönä

Koti on vaativa hoitoympäristö, jossa asiakkaan ehdoilla toimiminen korostuu. Ihmiset asuvat erilaisissa oloissa ja asiakas itse päättää millaista hänen kotona on ja kuka sinne voi tulla. Hoitajalta vaaditaan luovuutta, yhteistyökykyä ja asiakkaan lähtökohtiin perustuvaa työtet- ta. Vanhuksella on omahoitaja, joka on perehtynyt juuri hänen hoidontarpeisiin ja on yhtey- dessä läheisiin ja hoitavaan työryhmään. Kotihoitajan työhön kuuluu asiakastyön lisäksi koti- ja tukipalveluiden tarjoaminen ja sosiaalisten suhteiden edistäminen sekä palveluohjaus ja neuvonta. Kotihoidossa on tärkeää jakaa työt siten, että hoitotiimissä kukin tekee sitä, minkä osaa parhaiten. (Hägg ym. 2007, 14.)

Hoitotyön sisältö asiakkaan kotona tehdään asiakkaan ja hänen perheensä tarpeiden mukai- sesti. Kotona voidaan nykyään hoitaa hyvin huonokuntoisia asiakkaita ja monessa kunnassa tarjotaan hoitoa myös ilta- ja yöaikaan ja viikonloppuisin. Kotikäynnit muodostavat keskeisen työmuodon. Kotikäyntiä ohjaa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiset tavoitteet. Kotikäynnin tarkoitus voi olla hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu. Kotona tehtävä työ voidaan jakaa kodinhoitotyöhön, sairaanhoitoon ja perushoittoon. Kotikäynti ei ole ainoa kontaktimuo-

to asiakkaaseen vaan yhteydessä voidaan olla myös esimerkiksi puhelimen välityksellä. Kotikäynnillä hoitajan on monesti joustettava ja tehtävä monialaisesti monia eri palveluita, kuten sairaanhoitoa ja imurointia. (Hägg ym. 2007, 18.)

Kotikäynnin sisältöön voi kuulua kodinhoitoa, ruuan valmistamista, siivousta ja asioiden hoitamista. Osa avunannosta taas voi liittyä peseytymisessä, ruokailussa, vaatehuollossa, asunnon lämmityksessä tai viihtyisyydessä tai jossain muussa asiakkaan itsensä hoitamisessa avustamiseen. Myös lääkkeiden jakaminen, haavahoidot ja verenpaineen mittaaminen ovat osa kotihoidon palveluita. Asiakkaan neuvonta ja ohjaaminen kuuluvat jokaiseen päivään. Hoitajat pyrkivät parantamaan asiakkaan terveydentilaa ja suorituskykyä sekä muuttamaan tarvittaessa asuinympäristöä asiakkaan tarpeita ja toimintoja vastaaviksi. Hoitajan käynnit luovat turvallisuuden tunnetta ja edistävät vuorovaikutusta. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 38 - 74, Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 14 - 15, Ikonen & Julkunen 2007, 45.)

Kotihoidolle tärkeää on myös fyysiseen ja psykososiaaliseen selviytymiseen liittyvä auttaminen ja aikaan ja paikkaan orientoitumisen tukeminen. Itsenäiseen arjesta suoriutumiseen sekä liikkumiseen tarvitaan myös tukea ja erilaisia apuvälineitä voi olla käytössä. Apuvälineiden lisäksi kodin varustus ja tilat on huomioitava, jotta ne ovat mahdollisimman toimivat asiakkaalle. Kotihoitajan on myös huolehdittava jokaisella käynnillä asiakkaan turvallisuudesta, riittävästä valaistuksesta ja esteettömästä liikkumisesta. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 213 - 215.)

Kotihoidossa on tärkeää, että asiakkaan liikkumista tuetaan ja edistetään. Koska harvemmin kotihoidon hoitajalla itsellään on aikaa ulkoiluun, on hyvä tukea asiakasta sopimaan omaisen tai läheisen kanssa näistä asioista tai tarvittaessa voi ohjata asiakkaan vapaaehtoisten auttajien luokse. Silloin, kun kotihoidon asiakas tarvitsee saattajaa esimerkiksi terveyskeskukseen voi ammatti-ihmisen läsnäolosta saattajana olla kaikille osapuolille hyötyä. Kodin lähiympäristöä kauemmaksi ulottuviin matkoihin voidaan käyttää kuljetuspalveluja, jos asiakkaalla ei ole lähiomaisia. Äkillisen kaatumisen, sairaskohtauksen tai vastaavan varalle voidaan asiakkaalle järjestää turvaranneke, joka on aina mukana. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 213 - 215.)

Kotihoidon työntekijää voidaan usein myös pyytää selventämään esimerkiksi asiakkaan saamia kirjeitä ja potilaspapereita. Kotihoidossa olevan asiakkaan tiedon tarpeet voivat koskea myös sosiaali- ja terveydenhuollon etuuksia, kuten eläkkeet, avustukset, tuet. Näiden etuuksien hakeminen voi vaikeutua jos asiakkaalla ei ole riittävästi tietoa hakemismenettelyistä tai jos asiakas ei pysty täyttämään tarvittavia hakemuslomakkeita. Kotihoidon henkilöstön on huolehdittava, että asiakas saa tarvitsemansa tiedon voidakseen saada itselleen kuuluvat edut. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 218 - 220.)

Kotona tehtävään ammatilliseen hoitotyöhön kuuluvat monet asiat. Keskeisiä käsitteitä kotona tehtävässä hoitotyössä Häggin ym. muiden mukaisesti ovat asiakkaan ja läheisen lisäksi alla olevassa taulukossa esitetyt asiat.

Taulukko 1: Keskeiset käsitteet kotona tehtävässä hoitotyössä (mukailen Hägg ym. 2007)

Kotisairaala	Tehostettu kotisairaanhoido / kotihoito
Kotisairaanhoido	Kansanterveyslain (66/1972) mukaan avosairaanhoidona järjestettävää potilaan sairaanhoidoa, johon luetaan lääkärin tutkimukset ja hoito. Perustuu hoitosuunnitelmaan.
Kotipalvelu	Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kotihoito on asumisessa, hoidossa ja huolenpidossa sekä päivittäisissä toiminnoissa avustamista.
Kotihoito	Asiakkaalle kotiin annettava palvelukokonaisuus, johon voi kuulua mm. kotipalvelu, kotisairaanhoido, tuki- ja turvapalvelut ym.
Kotihoidon vanhustyö	Tavoitteena on vanhuksen arjen sujuvuus, gerontologista hoito- ja sosiaalipalvelutyötä.
Kotikäynti työmuotona sosiaali- ja terveydenhuollossa	Kotikäynnit voi luokitella arviointikäynteihin hoitosuunnitelman- tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisiin peruskäynteihin. Kotikäynti käydään yleensä yksin ja sisältö muokkautuu asiakkaan tarpeista.
Hoitotyön suunnitelma	Hoitotyön ammatillaisen apuväline, jonka avulla hoitotyötä tehdään ja arvioidaan. Hoitotyön suunnitelma on osa potilaan moniammatillista hoitosuunnitelmaa tai osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa tai hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa.
Hoito- ja kuntoutussuunnitelma	Laaditaan kullekin asiakkaalle henkilökohtaisesti yhdessä hänen kanssaan.
Hoito- ja palvelusuunnitelma	On lakisääteinen (asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/912). Tarkoitus on tukea kotihoitotyön käytännön toteuttamista.

Kodin merkitykseen asiakkaan hoidossa vaikuttaa potilaan halu olla kotona. Kotona normaali päivärytmi on helpompi toteuttaa. Myös omaiset usein haluavat asiakkaan kotiin. Asiakkaan on myös helpompi olla osa omaa hoitoansa, kun hän on kotona. Ratkaisujen tekeminen ja hoito-ohjeiden noudattaminen tutussa ympäristössä on helpompaa. (Hägg ym. 2007, 144.)

4.3 Hyvinvointitekniologia

Uutta tekniologiaa kehitetään koko ajan ja tekniologia on nykyisin tullut myös ihmisten koteihin, ihmistä lähelle ("near-patient"). Aiemmin vain sairaalassa olleet teknologiset apuvälineet löytyvät nykyisin myös asiakkaiden kotoa ja kotikäytössä. Kotona asuville on käytössä muun

muassa web- yhteyksiä, joilla voi saada hyvinvointia edistäviä palveluita helposti itselleen. (Webster 2006, 2 - 3.)

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan kaikkia niitä erilaisia teknisiä ratkaisuja, joiden avulla tuetaan ihmisten elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyttä. Sen avulla on voitu parantaa palvelujen laatua. Hyvinvointiteknologia tarjoaa mahdollisuuden kehittää uusia ihmisten hyvinvointia lisääviä ratkaisuja. Hyvinvointiteknologia on ihmisläheistä ja siinä sovelletaan poikkitieteellisesti useita eri tieteenaloja. Hyvinvointiteknologiaa on esimerkiksi sairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnostiikkaan sekä seurantaan liittyvä tekniikka. Uudenlaiset teknologiaratkaisut tukevat muun muassa kotisairaanhoidoa ja kansalaisen itsehoitoa. (Hallipelto 2008, 39; Schilling 2008, 1 - 10.)

Hyvinvointiteknologiaa on myös apuvälineteknologia, kommunikaatio- ja informaatioteknologia, sosiaaliset teknologiat ja turvallisuus, terveysteknologiat, esteetön suunnittelu ja Design for all -ajattelu sekä asiakas/potilastietojärjestelmät. Geronteknologia on myös yksi hyvinvointiteknologian osa-alue. Hyvinvointiteknologian toivotaan tuovan säästöjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja vastaavan tulevaisuuden haasteisiin väestön vanhetessa. Teknologian tulee helpottaa käyttäjän itsenäisyyttä käyttäjän ehdoilla ja lähtökohdista. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointiteknologia määritellään tietoteknisiksi ratkaisuisiksi, joilla ihmisen elämänlaatua parannetaan. Hyvinvointiteknologiaa käytetään yhä enemmän ikäihmisten avuksi. Hyvinvointiteknologiasta on apua kaikille potilasryhmille. (Ahtiainen & Auranne 2007, 9 - 12; Tanskanen & Suominen-Romberg 2009, 89.)

Suomessa ikääntyneisiin ja teknologiaan kohdistunut tutkimus- ja kehittämistoiminta on suhteellisen uutta. Ensimmäiset tutkimus- ja kehittämishankkeet koskien vanhuksia teknologian käyttäjinä alkoivat Suomessa 1980-luvulla. Kuitenkin vasta 1990-luvulla tutkimus- ja kehittämistoiminnassa ryhdyttiin kiinnittämään enemmän huomiota ikääntyneisiin teknologian käyttäjiin erityisryhmänä. Tähän vaikutti erityisesti ennusteet vanhusväestön määrän lisääntymisestä ja työikäisen väestön vähenemisestä. (Nygård, Eskola, Hyttinen & Savinainen 2007, 117.)

Viimeaikaisten tutkimustulosten mukaan vanhimpien ikäluokkien toimintakyky näyttäisi olevan paranemassa. Terveiden edistämällä, ryhmäkuntoutuksilla ja kotona asumisen tukemisella voidaan parantaa seniorikansalaisen elämänlaatua. Myös kehittyvien hoitomenetelmien ja uuden teknologian avulla on mahdollista vähentää hoidon tarvetta. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009, 16 - 17.)

Teknologian kehitys on ollut nopeaa ja todennäköisesti suurimmat innovaatiot terveydenhuollon puolella tulevat tapahtumaan teknologian kehityksen myötä. Seuraavien vuosien aikana

hyvinvointiteknologia tulee entistä vahvemmin esille uusien palveluiden ja lisälaitteiden muodossa. (Rousku 2008, 39.) Uusi tieto- ja tiedonsiirtotekniikka tarjoavat lukuisia mahdollisuuksia ikääntyneiden elämän helpottamiseksi. Lähtökohtana on ollut luoda edellytyksiä itsenäiseen selviytymiseen kotona. Varteenotettavia keinoja on muun muassa fyysisen kunnon ylläpito, palvelurakenteen kehittäminen sekä uuden teknologian tarjoamat mahdollisuudet. (Eerola, Kivisaari, Eela & Rask 2001, 3 - 7.)

Hyvinvointiteknologialla pyritään palvelemaan hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Tietotekniikka mahdollistaa muun muassa etäpalvelujen käytön. (Nygård ym. 2007, 8). Hyvinvointiteknologia tulee tulevaisuudessa kehittymään ja palvelujen painopiste voidaan siirtää laitoshoidosta avohoitoon ja kotiin. Monitoroinnin kehittyminen mahdollistaa siirtymisen palveluperustaisesta hoidosta omahoitoon. (Kuusivaara 2006, 16.)

Viime vuosina on markkinoille tullut erilaisia teknisiä laitteita, jotka helpottavat ikäihmisten elämää. Laitteet keskittyvät lähinnä vaaratilanteiden vähentämiseen ja turvallisuuden lisäämiseen. Koteihin on saatavilla turvapuhelimia ja hälytyslaitteistoja. Näihin voidaan liittää muistuttajia jotka muistuttavat lääkkeiden ottamisesta ja lieden valvomisesta. Myös asiakkaan poistuminen kotoa epätavallisena aikana pystytään huomaamaan hälytyslaitteilla. Myös etsintäläite, hellahälyttimet ja lääkemuistuttajat ovat osa kehitettyjä hälytyslaitteistoja. Apuvälineistä löytyy erilaisia kävelytukia, nosto - ja siirtovälineitä, wc-käyntiin ja ruokailuun apuvälineitä sekä lukemiseen, kirjoittamiseen ja puhelimen käyttöön liittyviä apuvälineitä. (Leikas, Salo & Poramo 1996, 1 - 17; Ahtiainen & Auranne 2007, 11.)

Hyvinvointiteknologian myötä on kehitetty myös erilaisia seuranta- ja mittauslaitteita, internetpohjaisia omahoidon tukijärjestelmiä ja ns. eHealth-portaaleja. eHealth-portaalit ovat elektronisia kauppapaikkoja, jotka tarjoavat mm. terveys - ja omahoitopalveluja. Tiedonsiirtopalveluna voidaan luoda terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välille yhteys. Omahoidon tukijärjestelmiä on luotu ainakin diabetes-, verenpaine-, astma- ja allergiapotilaille. Design for all on Euroopassa vakiintunut käsite ja tarkoittaa esteetöntä kaikille sopivaa suunnittelua. Stakes ylläpitää Suomessa Design for all -verkostoa ja siihen kuuluu tällä hetkellä 37 jäsenorganisaatiota. Se jakaa tietoa niin yrityksille kuin yksityishenkilöille saavutettavien tuotteiden, palveluiden ja ympäristön kehittämiseksi. (Ahtiainen & Auranne 2007, 18.)

Turvapuhelimet voidaan asentaa siten, että niistä lähtee hälytys automaattisesti, jos elintoinnit muuttuvat tai asiakas voi itse hälyttää apua. Turvapuhelimesta on välitön puheyhteys vastaanottokeskukseen tai vastaavaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 80.)

Ikääntyneet ovat nuorempia heikommassa asemassa hyvinvointiteknologian oppimisen suhteen, sillä he omistavat harvemmin teknologisia välineitä tai osaavat niitä käyttää. Monesti

ikäntyneet ovat myös heikommin kouluttautuneita ja tämän vuoksi he ovat heikommassa asemassa, kun siirrytään teknologian tarjoamiin palveluihin. (Mäensivu 2002, 145.)

Hyvinvointiteknologiasta on tehty jonkin verran opinnäytetöitä, joista käy ilmi, että hyvinvointiteknologialla voidaan tukea ikäihmisten hyvinvointia ja kotona asumista. Niiden avulla voidaan tarjota virikkeellistä toimintaa ja mahdollistaa sosiaalisia suhteita sekä vähentää yksinäisyyttä. Hyvinvointiteknologian ongelmana tuli esille tiedonpuute ja se, ettei teknisiä laitteita osata kunnolla käyttää. Hyvinvointiteknologian tuomisessa ikäihmisten elämään täytyy olla realistinen ja tieto sen hyödyistä tulisi saattaa kaikkien tietoisuuteen. Henkilökunta tulisi kouluttaa hyvin ja motivoida käyttämään hyvinvointiteknologiaa. Hyvinvointiteknologiasta on hyviä kokemuksia käyttäjiltä ja se on tuonut positiivisia vaikutuksia toimintakyvyn eri osa-alueille ikääntyville.

Ikääntyneiden hyvinvointipalveluita mietittäessä voidaan tunnistaa muutamia keskeisiä palveluinnovaatioiden kehittämisalueita, joihin innovaatiot voivat liittyä. Näitä ovat muun muassa fyysinen ympäristö, palvelutyöntekijät, palveluiden jakeluprosessi, kuluttajayhteisöt ja tukipalvelut, vapaa-aika ja harrastepalvelut sekä liikkumiseen ja matkailuun liittyvät palvelut. Uudet ideat ja inventiot voivat liittyä mihin tahansa näistä palvelukokonaisuuksista. (Voss & Zomerdijsk 2007, 9.)

Joissakin ikäihmisten palvelutaloissa on käytössä oppimisen mahdollistavaa teknologiaa, esim. Wii-pelikonsoli. Se on helppokäyttöinen ja turvallinen myös ikäihmisille, ja sen pelit ovat fyysisesti kevyempiä kuin todellisessa ympäristössä pelattavat pelit. Peli mahdollistaa yhteistoiminnan toisten ihmisten kanssa ja näin laajentaa ikäihmisen ystäväpiiriä. Toinen oppimisen mahdollistava uuteen teknologiaan pohjautuva ratkaisu on tarinakäytävät. Tarinakäytävät ovat moniaistillisia palvelukonsepteja. Niissä yhdistyvät mm. tuoksut, fyysinen kosketus ja audiovisuaalisuus. Tarinakäytävien perusajatuksena on rakentaa osittain virtuaalinen ja osittain fyysinen tila, joka kertoo tietyn tarinan. Tarinakäytävä voidaan toteuttaa esim. palvelutalon käytävälle. Tarinakäytävän tarinahuoneet erotetaan toisistaan ja edellä kuvattua teknologiaa käytetään kussakin huoneessa. Tarinakäytävä voi aktivoida muistoja ja auttaa linkittämään uutta tietoa vanhoihin muistoihin. (Kuosa 2010, 80 - 81.)

Uuteen teknologiaan pohjautuu myös virtuaalimatkatuomisto. Virtuaalimatkatuomiston perusajatuksena on sosiaalinen matkailu, jossa hyödynnetään viestintäteknologiaa. Ratkaisun lähtökohtana on, että osa tietyn ryhmän jäsenistä lähtee fyysiselle matkalle jonnekin. Matkalle he ottavat mukaan olkapäälle kiinnitettävän videokameran. Videokamera on tiettyinä sovituina kellonaikoina satelliittiyhteydessä Suomessa sijaitsevaan virtuaalimatkatuomistoon, ja matkaopas huolehtii virtuaalimatkan teknologisesta puolesta. Virtuaalimatkatuomisto voi sijaita esimerkiksi palvelutalon yhteydessä. Virtuaalimatkatuomiston tarkoituksena on, että myös

he, ketkä eivät pääse fyysiselle matkalle pääsevät virtuaalisesti mukaan matkalle. Virtuaali-matkailu opettaa sosiaalisen median käyttäytymistä ja aktivoi hyödyntämään uusia vuorovaikutuskäytänteitä. (Kuosa 2010, 81.)

Uutta teknologiaa ovat myös palvelunäytöt, palvelukaukosäätimet ja palvelukännykät. Näitä teknologioita voidaan pitää ikäihmisen viihtyvyyden, oppimisen, arkielämän helpottamisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen välineinä. Palvelunäyttö voidaan sijoittaa ikäihmisen huoneeseen. Se voidaan säätää ikkunaksi, televisioksi, palvelutalon sisäiseksi palvelukanavaksi tai tietokoneeksi. Palvelukaukosäätimen avulla ikäihminen voi hallita palvelunäyttöään sekä tilata esim. ruokapalveluita. Kaukosäätimen periaate on, että yksi nappi vastaa yhtä palvelua. Palvelutilaukset ottaa vastaan oikea ihminen. Palvelunäyttö, virtuaalimatkatuomisto ja tarinakäytävä ovat täysin uusia palvelukonsepti-ideoita, mutta ne tarvitsevat vielä tuotekehitystä. (Kuosa 2010, 81 - 82.)

5 Laadullinen toimintatutkimus

Tutkimuksen tarkoitus määrittelee tutkimuksellisen lähestymistavan valinnan joko määrälliseen, laadulliseen tai yhdistäen nämä molemmat (Paunonen, Vehviläinen & Julkunen 2006). Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan ilmiöitä ja niiden merkityksiä kuvaamalla todellista elämää. Tavoitteena on tutkia kohdetta kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tutkimusmetodeina voidaan käyttää muun muassa kyselyä, haastattelua tai elämänkertoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 151 - 205.)

Yksi tutkimusstrategia laadullisten menetelmien joukossa on toimintatutkimus (Kuula 1999, 218.) Toimintatutkimuksesta on tullut entistä suosittuampi, vaikka alkuun sitä käytettiin vain opetuksessa. Toimintatutkimus nähdään tarpeellisena hoitotyössä kuin muissakin terveydenhuollon alueilla. Opinnäytetyössäni tutkimuksellisenä lähestymistapana käytettiin toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on luonteeltaan kokemuksellinen ja refleктоiva prosessi. Toimintatutkimus (action research) hahmotetaan usein syklinä, johon kuuluu tulevaisuuteen katsovaa sekä jo toteutuneen toiminnan arviointia ja havainnointia. Syklin vaiheet vuorottelevat kehämaisesti ja sykli voi alkaa mistä tahansa vaiheesta. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 78 - 79; Lauri 2006, 114; Holloway & Wheeler 2010, 232 - 236.)

Toimintatutkimuksessa pyritään teoriatietaoa yhdistämällä saamaan aikaan muutosta. Tavoitteena on ratkaista käytännön ongelmia ja parantaa nykyisiä toimintatapoja. Tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet toimivat tutkimusprosessin ajan kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään ja tutkimukseen osallistuvat ovat sekä tutkimuksen toimijoita että kohteita. Toimintatutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus itse vaikuttaa lopputulokseen ja he osallistuvat toimin-

tatutkimuksen eri vaiheisiin. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 78 - 79; Lauri 2006, 114; Holloway & Wheeler 2010, 232 - 236.)

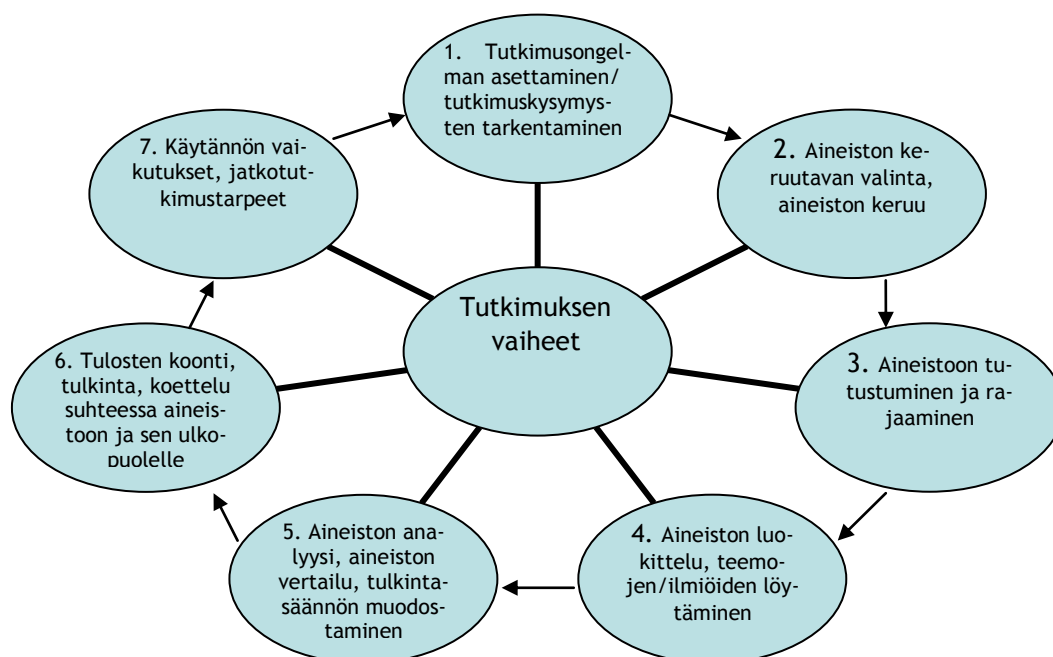
Toimintatutkimuksessa edetään spiraalimaisesti suunnittelu- toiminta- havainnointi- reflektointi- kerroksissa eli sykleissä. Syklin yksi kierros on perustana seuraavalle ja tarkoitus on aina tarkastella edellistä sykliä. (Anttila 2007, 50.) Toimintatutkimus voidaan kuvata syklisenä prosessina, joka sisältää seuraavat vaiheet: kartoitusvaiheen, prosessointivaiheen, sitoutumisvaiheen, suunnitteluvaiheen, toteuttamisvaiheen, arviointivaiheen ja hyväksymisvaiheen, jolloin muutos vakiinnutetaan pysyväksi toimintamalliksi. Toimintatutkimuksessa toimintaan osallistujia tutkittaessa voidaan menetelminä käyttää esimerkiksi havainnointia, haastatteluja ja ryhmähaastatteluja. (Lauri 2006, 115 - 124.)

Parhaimmillaan toimintatutkimus tuottaa uutta tietoa hyödyntäen monilta eri tahoilta saatua tietoa ja aineistoa. Se on systemaattinen ja tehty yhteistyössä eri tahojen kanssa. Toimintatutkimuksen tavoite on löytää ratkaisu johonkin käytännön ongelmaan ja luoda jotain uutta. Tutkija reflektoi saamaansa aineistoa ja on aineiston käytössä kriittinen. (Holloway & Wheeler 2010, 237 - 238.)

Teema- ja ryhmähaastattelut ovat laadullisessa tutkimuksessa suosittuja metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä on monia. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Siinä suositaan ihmistä tiedonkeruun instrumenttina. Käytetään induktiivista analyysiä sekä laadullisia metodeja aineiston hankinnassa. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160 - 164.)

Olen valinnut toimintatutkimukseni metodiksi teemahaastattelut. Näin pystyn olemaan vuorovaikutuksessa kohdeyhteisön kanssa. Näin pääsen paremmin kiinni tutkittavien antamiin omiin merkityksiin ja näkemyksiin.

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruun ja analysoinnin pääasiallinen instrumentti on itse tutkija, jonka kautta tutkimustulokset muodostuvat. Laadulliseen tutkimukseen liittyy suora kontakti tutkittavan ja tutkijan välille ja tutkija menee haastattelemaan tai havainnoimaan. Tutkimus tehdään oikeassa kontekstissa ja tutkimus on usein kuvailemaa. Laadullisessa tutkimuksessa ei tutkijalla välttämättä ole tietoa ilmiöstä vaan hän olettaa tiedon olevan tutkittavilla ja mitään ennako-oletuksia ei saisi asettaa. Kvalitatiivinen tutkimus liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. (Kananen 2008, 25 - 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.)



Kuvio 3: Tutkimuksen vaiheet (mukaillen Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12)

Toimintatutkimuksessa kehittäminen perustuu systemaattisten havaintojen avulla kerättyyn tietoon organisaation toiminnasta ja kehittämisen ohjauksen tueksi toivotaan palautetietoa. Kehittäminen on korjautuva prosessi, joka tarkoittaa, että saadun palautetiedon perusteella suunnitelmia ja itse toimintaa korjataan. Käytännön kehittämistyössä voi joutua kehittämisen kehää kiertämään usein myös uudestaan. Kehittäminen perustuu muutoksessa mukana olevien osallistumiseen. Kehittämistyön tulisi tuottaa yleisempää tietoa muutoksen tekemisestä, joko niin, että organisaatio oppii tai siitä, että uuden tieteellisen tutkimuksen pohjaksi saadaan kokemuksia. (Honkanen 2006, 15; Hoskins & Mariano 2004, 32.)

Taulukko 2: Toimintatutkimuksen vaiheet ja aikataulu

OPINNÄYTTEEN TEKEMINEN		
Kartoitus ja prosessointi	syyskuu 2010	Aiheen valinta, Turvallinen koti - hankkeeseen tutustuminen, tapaaminen Paula Lehto, sähköpostiyhteys haastateltaviin.
Suunnittelu	lokakuu 2010	Aineiston keruutavan valinta. Tapaaminen Paula Lehdon kanssa. Sähköpostiyhteys haastateltaviin.
Aineiston keruu	loka-marraskuu 2010	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, hanke-katsaus, aineiston rajaaminen ja teemat
Väliarviointi	marras-tammikuu 2010 - 2011	OPN - seminaari, "Tulevaisuuden e-palvelut hyvinvoinnin tukena" - seminaari, tapaaminen osan haasta-

		teltavista kanssa.
Toteutus	helmi-maaliskuu 2011	Kotihoidon työntekijöille esittäytyminen, kotihoidon hoitajien haastatteluja, sisällön analyysiä
Väliarvointi	maaliskuu 2011	OPN -seminaari, haastattelut kotihoidon esimiehet ja palvelutalon yöhoitaja ja kotihoidon asiakas, sisällön analyysiä
Toimintamallin tekeminen	huhti - toukokuu 2011	Tulosten koonti, uuden toimintamallin hahmottamista
Toteutus	touko - elokuu 2011	Aineiston sisällönanalyysi
Toimintamalli arvioitavana	syyskuu - lokakuu 2011	Toimintamalli arvioitavana haastatelluilla. Toimintamallin muokaus tarvittaessa. Toimintamallin vakiinnuttaminen.
Hyväksymisvaihe, loppuarvointi	lokakuu - marraskuu 2011	Teoreettinen dialogi. Käytännön vaikutukset ja jatkotutkimustarpeiden pohdinta. Opinnäytetyö seminaari.

5.1 Haastattelut aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimus suoritettiin yksilö- ja ryhmähaastatteluilla. Muuralan kotihoidon hoitajat jaoin kahden ryhmään, joille tein ryhmähaastattelut. Kaukalahden hoitajat haastattelin yhdellä kerralla. Yhden ryhmän haastateltavia muodostivat vanhustyön päällikkö, Espoon palvelutalon johtaja ja Espoon palvelutalon yöhoitaja. Yksilöhaastatteluilla haastattelin kotihoidon päällikön ja kotihoidon asiakkaan.

Haastattelun etuna on, että haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, selventää asioita ja käydä keskustelua haastateltavien kanssa. Lisäksi haastattelija voi samalla toimia havainnoitsijana ja valita haastatteluun henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Haastattelun aikana kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon syvällistä tietoa halutusta asiasta. Haastattelun onnistumisen kannalta on suositeltavaa, että haastateltavat tietävät mistä haastattelussa on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75 - 76.)

Hirsjärven ym. (2004) Moilasen (1995) ja Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005) mukaan haastattelu on metodina yleisimpiä ja hyvä tutkimusväline tutkimukseen, jossa halutaan kuulla ihmisten mielipiteitä. Ryhmähaastattelulla saadaan samanaikaisesti tietoa usealta ihmiseltä samaan aikaan. Ryhmähaastattelussa vuorovaikutus painottuu vetäjän ja kunkin osallistujan välille. Ryhmähaastattelun käyttöä perustellaan havainnoin, joiden mukaan enemmistö ihmisistä koee ryhmän mieluisemmaksi keskusteluympäristöksi kuin yksilötilanteet. Ryhmähaastattelu voi saada myös hiljaisemmat jäsenet osallistumaan ja ryhmähaastattelu onkin yksilöhaastattelua spontaanimpaa. (Eskola & Suoranta 1998, 94 - 98.)

Haittapuolena taas haastatteluissa voi olla se, etteivät kaikki haastateltavat välttämättä saavu paikalle. Tällöin ei välttämättä saa niin monipuolista näkökulmaa tutkittavalle asialle. Kai-

kissa ryhmissä on läsnä valtahierarkia, joka vaikuttaa siihen kuka ryhmässä puhuu ja mitä. Tämä voi toisinaan olla myös ongelma. Ryhmähaastattelussa tutkijan tehtävänä on aikaansaada keskustelua, ei niinkään haastatella. Haasteena voi olla ryhmän kontrollointi ja hallitseminen. Ongelmia voi myös syntyä, jos ryhmässä on hiljaisia tai dominoivia henkilöitä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61 - 63.)

5.1.1 Teemahaastattelut focus group -haastatteluna

Valitsin haastattelujen muodoksi teemahaastattelun. Haastateltavia ryhmiä oli kaikkiaan kuusi. Näistä kaksi ryhmää oli Muuralan kotihoidon hoitajia ja yksi ryhmä oli Kaukalahden kotihoidon hoitajat. Yhden ryhmän muodostivat Espoon keskuksen palvelutalon johtaja, vanhustyön päällikkö ja Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitaja ja yksilöhaastatteluilla haastattelin kotihoidon päällikön ja kotihoidon asiakkaan. Ennen haastatteluja lainasin Laurean Otaniemen toimipisteestä itselleni nauhurin, jolle nämä haastattelut nauhoitin. Haastattelujen jälkeen tallensin haastattelut tietokoneelle ja tyhjensin nauhurin muistin.

Teemahaastattelussa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelun teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta aiheesta jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77 - 78.)

Haastattelujen teema-alueet ovat

- kotihoidon nykytila, tulevaisuus	tutkimuskysymys 1
- kotihoidon käynti	tutkimuskysymys 1
- hyvinvointitekнологia	tutkimuskysymys 1, 2
- hyvinvointitekнологia ja kotihoito	tutkimuskysymys 1, 2

Täydentäviä (Moilanen 1995, Sipilä ym. 2007, Krueger & Casey 2000) kysymyksiä haastattelussa ovat seuraavat:

- Miten kotihoidon käynnin sisältö rakentuu ajallisesti?
- Mitkä tekijät koetaan raskaiksi, mitkä voimaa antaviksi työssä?
- Mitä sanasta hyvinvointitekнологia tulee mieleen?
- Mitä ajatuksia syntyy hyvinvointitekнологian yhdistämisestä osaksi kotihoitoa?
- Millaista tietoa tarvitaan hyvinvointitekнологian käyttöönottoon?
- Millainen on uuden toimintamallin mahdollisuus, tulevaisuuden näkymä?
- Mihin asioihin hyvinvointitekнологia (asiakaspääte) ei sovi?

Valitsin ryhmähaastattelujen muodoksi täsmäryhmähaastattelun eli focus group -haastattelun. (Krueger & Casey 2000). Hirsjärvi & Hurme (2001, 62) suomentavat sen täsmäryhmähaastatteluksi, ja Moilanen (1995, 30) kuten Petäkoski-Hult (2007, 44) käyttää termiä fokusryhmät. Myös Holma käyttää kirjassaan focus group -käsitettä, joka pohjaa Kruegeriin vuodelta 1994. Täsmäryhmähaastattelua voidaan käyttää joko tutkimus- tai aineistonkeruumenetelmänä ja ainoana menetelmänä haluttaessa oppia haastateltavien tutkimusaihetta koskevista mielipiteistä. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007, 306.)

Täsmäryhmähaastattelun perustana ovat selkeä tarkoitus, tarkoitukseen sopivat haastateltavat, osaava ryhmän vetäjä ja turvallinen ilmapiiri keskustelemiseen. (Krueger & Casey 2000, 3 - 4.) Täsmäryhmähaastattelu on tavoitteeltaan vapaamuotoista keskustelua, jossa pyritään saamaan mukaan myös hiljaisemmat haastateltavat (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62.) Täsmäryhmähaastatteluja on käytetty hoitajien työhön kohdistuvissa tutkimuksissa ja työyhteisön toimintaan ja kehittämiseen kohdistuvissa tutkimuksissa. (Sipilä ym. 2007, 306.)

Täsmäryhmähaastattelun tavoitteena on saada haastattelun avulla tutkimusaiheesta tietoa ja hakea vastauksia tutkimusongelmaan. Menetelmä antaa mahdollisuuden kerätä tietoa kiinnostuksen kohteena olevasta aiheesta. Luonteeltaan täsmäryhmähaastattelu sijoittuu osallistuvan havainnoinin ja strukturoidun yksilöhaastattelun välimaastoon yhdistäen piirteitä molemmista. Täsmäryhmähaastattelut eroavat muista ryhmähaastatteluista siten, että niissä käytetään ryhmän vuorovaikutusta tuottamaan esiin tietoa, jota ei muuten saataisi. Menetelmän tuottaman aineiston analyysi tapahtuu samalla tavalla kuin useimpien kvalitatiivisten aineistojen analysointi. Täsmäryhmähaastattelussa tulee esiin ryhmän vuorovaikutus. Tämän vuoksi se antaa yksilöhaastatteluun verrattuna todellisemman kuvan haastateltavien mielipiteistä ja asenteista. Pienissä ryhmissä on mahdollisuus ilmaista spontaanisti tunteita ja kokemuksia. Lisäksi toinen voi jatkaa keskustelua siitä, mihin ryhmän toinen jäsen jäi. (Sipilä ym. 2007, 307.)

Täsmäryhmähaastatteluja voidaan käyttää laadun parantamisessa, työntekijöiden näkemysten ymmärtämisessä sekä toimintatapojen ja testausten kehittämässä. Täsmäryhmähaastattelun suunnittelu aloitetaan miettimällä ryhmän tarkoitus ja kysymykset sekä etsimällä haastateltavat. Oleellista on, että ryhmä on niin pieni, että jokainen saa sanottua sanottavansa ja niin suuri, että se tuottaa tarpeeksi erilaisia näkökulmia. (Krueger & Casey 2000, 25 - 26.)

Kysymyksiä on viittä eri tyyppiä: aloituskysymykset, esittelykysymykset, vaihtokysymykset, avainkysymykset ja lopetuskysymykset. (=opening, introductory, transition, key ja ending questions) Aloituskysymyksien tarkoituksena on saada jokainen ryhmän jäsen puhumaan. Vaihtokysymysten idea on johdattaa keskustelua kohti tutkimuskohdetta. Avainkysymykset keskittyvät tutkimuksen varsinaiseen aiheeseen. Lopetuskysymyksillä pyritään tarkistamaan, ettei

mitään jäänyt mainitsematta. (Krueger & Casey 2000, 45.) Aloitin haastattelut esittelykierröksellä, jolloin jokainen kertoi itsestään nimen ja kuinka kauan on ollut kotihoidossa töissä. Tämän jälkeen aloin johdattelemaan haastattelua kohti tutkimusaiheeni. Päätöskysymys (=final question) on viimeinen kysymys, jolla varmistetaan, että mitään oleellista ei jäänyt sanomatta. (Krueger & Casey 2000, 46.) Kertaan haastattelujen lopussa haastateltaville tutkimuksen tarkoituksen ja varmistan, että kaikki ovat ymmärtäneet haastattelun aiheen.

Täsmäryhmähaastattelun toteutuksen keskeisiä piirteitä ovat kohdennettu tutkimus- ja keskusteluaihe, haastattelutekniikka, haastattelijan rooli keskustelun kulun ohjaajana ja haastattelujen kesto. Tutkijan on rohkaistava haastateltavia asioiden kriittiseen kommentoimiseen ja ohjattava keskustelua osallistujien ehdoilla siten, että keskeisille teemoille jää riittävästi aikaa. (Sipilä ym. 2007, 307.)

5.1.2 Laadullinen sisällönanalyysi

Opinnäytteen haastattelut toteutettiin helmi-huhtikuussa 2011. Haastatteluista sovittiin sähköpostilla tammi-helmikuun aikana 2011. Ennen haastatteluja lähetettiin sähköpostilla haastattelun teemat, jotta haastateltavat pystyivät valmistautumaan haastatteluihin (Liite 1). Kahden haastattelun kohdalla haastatteli kävi esittäytymässä ennen haastatteluja. Kaikki haastateltavat olivat tietoisia, että haastattelut nauhoitetaan ja mihin tarkoitukseen haastatteluja käytetään. Ennen haastatteluja jokainen haastateltava allekirjoitti vielä kirjallisen lupalapun haastatteluihin (Liite 3).

Haastatteluihin osallistuivat Espoon kotihoidosta Kaukalahden ja Samarian kotihoidon hoitajia, Espoon vanhustyön päällikkö, Espoon kotihoidon päällikkö, Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitaja ja esimies sekä kotihoidon asiakas. Haastattelut toteutettiin haastateltavien omilla työpaikoilla ja kotihoidon asiakkaan haastattelu Espoon keskuksen palvelutalossa. Haastateltaviksi valittiin kohderyhmä, joilla katsottiin olevan hyödyllistä tietoa tutkittavasta aiheesta.

Haastatteluja tehtiin kaikkiaan kuusi, osa ryhmähaastatteluilla ja osa yksilöhaastatteluina. Tutkimuksen aineiston muodostivat teemahaastatteluista saatu aineisto, tutkijan pitämä tutkimuspäiväkirja ja muistiinpanot. Saadusta aineistosta muodostunut toimintamalli oli arvioitavana haastatelluilla, jolloin heillä oli vielä mahdollisuus lisätä mahdollisia puuttuvia asioita toimintamalliin. Haastateltavat eivät tuoneet esille mitään asioita, joita toimintamalliin tulisi lisätä. Saatu palaute oli, että toimintamallista on saatu kattava ja siinä on esitettyä paljon asiaa. Tutkimusaineistosta merkittävimäksi nousi toimintatutkimuksen aikana toteutettu teemahaastattelun aineisto. Aineisto antoi laajan kuvan siitä, millaisia ajatuksia hyvinvointiteknologiasta tulee ja miten sitä voisi kotihoidossa hyödyntää.

Kaikki haastattelut tehtyänä litteroin haastattelut kesän 2011 aikana. Haastattelujen kautta saatu aineisto oli kattava ja sen työstäminen hidasta. Kirjoitin haastattelut puhtaaksi tietokoneella ja sain puhtaaksikirjoitettua aineistoa 112 sivua, tekstikoolla 10 ja tyylillä Trepuchet MS. Litteroinnin jälkeen luin haastattelut yksitellen läpi. Kirjoitin ensin ylös alkuperäiset ilmaukset, ja tässä vaiheessa jätin pois täytesanat, kuten niin, öh ja tuota. Alkuperäiset ilmaukset muutin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistysten jälkeen aloin muodostamaan näistä pelkistyksistä ryhmiä. Kun ryhmät olivat muodostuneet, muodostui niistä ryhmistä alaluokat. Muodostuneista alaluokista syntyivät yläluokat. Joistain yläluokista muodostui vielä pääluokat. Analyysin tekeminen oli haasteellista ja aikaa vievää. Olen tuloksissa esittänyt, kuinka olen käsitellyt aineistoa aineistolähtöisesti. Olen laittanut esimerkeiksi alkuperäisilmaisuja. Toimintamalli on muodostunut haastatteluista saadusta aineistosta. Toimintamalli syntyi aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä saatujen tulosten pohjalta.

Tein haastattelujen analyysin sisällönanalyysillä. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta löytyy useita kiinnostavia asioita ja onkin tärkeää, että tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat ovat linjassa raportoidun kiinnostuksen kohteen kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93 - 94.) Haastattelut analysoin sisällön analyysillä. On oleellista löytää keskustelujen suuret ideat, jotka tulevat esille haastatteluissa. Täsmäryhmähaastattelun avulla saatuja tuloksia kuvattaessa on suositeltavaa käyttää alkuperäisiä lainauksia. Analysointiprosessin on oltava avoin ja systemaattinen. (Sipilä ym. 2007, 308.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia asioita voidaan lyhyesti kuvailla. Sisällön analyysin avulla tutkittava ilmiö pyritään esittämään tiivistetyssä muodossa niin, että se voidaan käsitteellistää. Analyysi voidaan tehdä joko aineistosta lähteväksi eli induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysi pohjautuu aikaisempaan tietoon perustuvaan luokittelurunkoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Kyngäs ja Vanhanen, Janhonen ja Nikkonen sekä Tuomi ja Sarajärvi mainitsevat kaikki, että induktiivisessa sisällön analyysissä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja yleiskäsitteiden muodostamisena yhdistämällä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään yksittäisistä asioista yleisiin. Pelkistämällä aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistämällä tarkoitetaan, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Lähtökohtana ovat potilaiden haastatteluissa kuvaamat alkuperäiset ilmaukset.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja

annetaan sille kuvaava nimi. Tämän jälkeen aineisto abstrahoidaan. Tässä vaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia, joista muodostuu yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 28 - 29; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Nykyisin on tavallista, että haastattelut nauhoitetaan ääni- tai videonauhoille. Aineiston ensimmäisiä käsittelyvaiheita on aineiston litterointi eli muuntaminen puheesta tekstiksi. Haastattelut on hyvä litteroida mahdollisimman yksityiskohtaisesti, mutta huomioiden tutkittavan ilmiön. Mitä rajatumpi tutkittava asia on, sitä tarkempi litterointi on mahdollista tehdä. Litteroinnin tarkkuustasoa on pohdittava suunniteltaessa tutkimusongelmaa ja rajattaessa aineistoa. Litteroinnin tarkkuus määritetään tutkimusongelman ja metodisen lähestymistavan mukaan. Aineisto on rajattava siten, että se on mahdollista litteroida tutkimusongelmaan vastaamisen edellyttämällä tarkkuudella ja osan aineistosta voi litteroida vähemmän tarkasti, palata nauhoitettuun aineistoon ja litteraatioita on mahdollista tarkentaa. Litteroitaessa aineistoa tulkitaan niin havainnoijan, tutkijan kuin kulttuurin jäsenen näkökulmasta. (Ruusu-vuori & Tiittula 2010, 424 - 428.)

Taulukko 3: Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Ryhmittely	Alaluokat	Yläluokat	Päälluokat
<p>Perehdytyshän on tärkeä kyllä.</p> <p>Jos asiakas ei vastaa nimitä mennä käynnille ja silleen</p> <p>Kyllähän tässä menee aikaa.</p> <p>Menee aikaa et tule sisään tähän juttuun</p> <p>Tässä täytyy olla asenne kohdallaan</p> <p>Mäkin olin lomalla pari viikkoa ja en o ehtinyt neuvoo kyl yhtään tässä et..</p> <p>Meille tää tuli aika nopeesti.</p>	<p>Perehdytys on tärkeää.</p> <p>Jos asiakas ei vastaa, pitää mennä käynnille.</p> <p>Tässä menee aikaa.</p> <p>Tähän asiaan sisälle pääsemiseen menee aikaa.</p> <p>Asenteen on oltava kohdallaan</p> <p>En ole ehtinyt yhtään neuvomaan.</p> <p>Meille tämä tuli aika nopeasti</p>	<p>Tähän asiaan sisälle pääsemiseen menee aikaa.</p> <p>Tässä menee aikaa.</p> <p>Meille tämä tuli aika nopeasti.</p> <p>En ole ehtinyt yhtään neuvomaan</p>	<p>Asiaan perehtyminen vie aikaa</p> <p>Ei liian nopeasti käyttöön</p>	<p>Aikaa vievä</p>	<p>Hyvinvointiteknologian käyttöönotossa huomioitavaa</p>

6 Aineiston tulokset

Esittelen tässä osiossa aineistosta saatuja tuloksia. Tulokset esittelen saatujen luokitusten mukaisesti.

6.1 Kotihoidon nykytila

Esimiesten haastatteluissa kuvattiin, kuinka Espoossa kotihoito on osa vanhusten palveluja ja kotihoito on jakaantunut Pohjoiseen ja Eteläiseen kotihoitoon. Kotihoidon asiakasmäärä on noin 15 000 asiakasta ja kotihoito on kohdennettua palvelua. Esimiesten haastatteluissa otettiin esille, kuinka kotihoidossa hoidetaan asiakkaat hyvin ja sitä kautta tarjotaan asiakkaille elämänlaatua. Espoon palvelutalo kuuluu kotihoitoon ja palvelutalon piiriin kuuluvat kotihoiton asiakkaista pitkäaikaissairaat. Esimiesten haastatteluissa kuvattiin Espoon kotihoitoon kuuluvaksi keskitetyt palvelut joita ovat muun muassa omaishoidon tuki ja yöhoitopalvelut, palvelutalon ostopalvelut ja lyhytaikaispaikkojen järjestelyt.

Espoon kotihoito on osa vanhusten palveluja.

Kotihoidon asiakasmäärä on siinä 15 000 asiakasta koko aika.

Kotihoidossa on keskitetyt palvelut, joita on muun muassa omaishoidon tuki ja sit siel on yöhoitopalvelut, alueellisen kotihoidon ja esim. palvelutalon ostopalvelut ja sit viel lyhytaikaispaikkojen järjestelyt.

Kotihoidon hoitajien kuvauksissa kuvattiin kotihoitoa kiireiseksi ja työntäyteiseksi. Viikolla hoitajat ovat kokoajan menossa jossain ja viikonloput ja illat ovat hyvin intensiivisiä. Asiakasmäärät lisääntyvät ja samoin lisääntyvät myös käyntiajat.

Töitä on ja ne ei varmaan lopu.

Tulee joka tuutista asiakkaita.

Iltavuorossa meillä yksi hoitaja hoitaa kaksi tiimiä.

Viikonloput on hyvin intensiivisiä, reipas tahti.

Kiire on muodostanut aikataulusta tiukan ja on koettu, että asiakaslähtöisyys kärsii kiireen vuoksi. Kiireen vuoksi myös kirjaaminen jää puutteelliseksi ja keskittyminen työhön kärsii. Kotihoidon hoitajien mukaan työhön keskittymisen puute johtaa asioiden unohtamiseen.

Mitä ideaa on, kun liian tiukalle tää aikataulu?

Mun mielestä se ei oo enää asiakaslähtöistä se mun työ, kun kiire.

Sit kaikki ne omat kirjaamiset ja kaikki semmoset jää niinku, kun kiire.

Välillä täytyy miettiä, et onks tää oma pää vai onks se siirtynyt tonne vasemmalle.

Mulla tulee ainakin sellainen tunne, et unohdankohan minä nyt jotain tärkeää, kun on niin paljon.

Esimiesten haastatteluissa tuli esille kotihoidon työntekijöiden ainainen kiire. Kiire kentällä tekee työn johtamisen haasteelliseksi ja esimiehet tiedostavat resursseja olevan liian vähän. Esimiehet tiedostavat myös kotihoidon vaativuuden ja sen, että sama henkilökunta hoitaa myös vaativat hoitotilanteet. Esimiehet toivat haastatteluissa esille sen, että he eivät kuitenkaan välttämättä ymmärrä, miksi kaikki haluavat tehdä vain aamuvuoroja. Koska se tekee sen, että iltavuorot mennään pienellä miehityksellä, kuten myös viikonloput. Esimiehet näkevät viikonloppujen uudelleenorganisoinnin kotihoidossa tarpeelliseksi, koska asiakkaiden omaiset ja läheiset voisivat mahdollisesti viikonloppuisin auttaa hoitotyössä.

Miksi halutaan mennä viikonloppu pienellä resurssilla.

Tuntuu, että resursseja liian vähän.

Varmasti viikonloppuisin asiakkaiden läheiset ja omaiset pystyy enemmän autamaan.

Kotihoidossa tehdään kotihoidon hoitajien mukaan paljon myös näkymätöntä työtä, johon kuuluu muun muassa välimatkoihin käytetty aika, mikä menee asiakkaalta toiseen siirryttäessä. Kotihoidon hoitajat myös kuvaavat, kuinka ulkopuolelta tulee kotihoitoon lisää töitä.

Matkoihin menee ajaessa jo melkeen puoltuntia, se paljon tekee.

Kaikki kaatuu tänne.

Tuntuu, et tää hajoaa käsiin koko homma.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa nousi esille kotihoidon työn organisointi; kuinka työtä joutuu organisoimaan usein ja lyhyilläkin varoitusajoilla. Kuitenkin haastatteluissa korostettiin kotihoidon hoitajien tekevän työtään intensiivisesti.

Kokoajan tällä hetkellä priorisoidaan mitä kotihoito hoitaa.

Joka aamu menee kaikki uusiksi, kun joku sairas tai vastaavaa.

Me ollaan täydellisesti siinä paikassa.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin kiireen johtuvan osittain työntekijöiden puutteesta. Jatkuva henkilökuntavaje tekee sen, ettei työssään pysty hyödyntämään hoitotyön menetelmiä. Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuli esille ettei Espoon kotihoidolla ole yöhoitajaa, vaan yöpartio on olemassa yksityisesti järjestettynä. Myös esimiesten haastatteluissa

sa tuotiin esille kuinka kotihoito antaa palvelua ympäri vuorokauden, mutta yöpalvelun hoitaa yksityinen palveluntuottaja Espoossa.

Hoitajia ei oo tarpeeks.

Yöhoitajaa ei ole, vaan yöpartio.

Mut sit, kun tulee näitä ylhäältä päin, et nyt pitäis tehdä huomiseksi tyyliin tämän tilasto ja tämän näin niitä ei pysty hyödyntämään, kun sulla ei oo omassa työssä aikaa hyödyntää niitä.

Kotihoidon hoitajien haastattelujen tuloksissa tuli esille, että kotihoidossa tiedostetaan muutostila, jossa kotihoito tällä hetkellä on. Hoitajat näkevät kotihoidon ja kotona asumisen välillä kuilun ja tuovat esille tulevaisuuden tuomat haasteet siinä, kuinka tulevat asiakasmäärät pystytään hoitamaan. Kotihoidon hoitajat tiedostavat asiakasmäärien lisääntyvän tulevaisuudessa ja sen myötä myös kotihoidon työmäärä tulee lisääntymään. Muutostilan tiedostaminen on synnyttänyt myös tulevaisuuden pohdintaa siitä, millaiset haasteet ovat tulevaisuudessa. Kuinka kotihoidon hoitajat tulevaisuudessa jaksavat, kun nyt on jo kiire.

Tulee jäämään suuri ihmis eli se mitä kotihoidon ja se miten kotona asumisen niin siinä välissä tulee olemaan iso reikä.

Ne on sit oman onnensa nojassa.

Jonkunnäköistä ehkä muutosta on tulossa tähän.

Tuntuu siltä, että kotihoitoa niinku meinataan laittaa niinku erikoisterv. niinku sairaanhoito, nää mitä nää on.

Tällä hetkellä ne kaavailee, et me hoidetaan ne kaks, tää on nyt liioittelua, no niin ne 2000 potilasta joita tuolta tulee.

Välillä miettii, kun nyt on jo kiire, että miten tulevaisuudessa sitten voi.

Muutostila kotihoidossa tuli esille myös esimiesten haastatteluissa. Haastatteluissa tuli esille, kuinka kotihoidossa eletään isojen muutoksien aikaa ja kuinka muutokset ovat herättäneet keskustelua puoleen ja toiseen.

Aika isoista muutoksista on kyse.

Muutokset ovat herättäneet keskustelua puoleen ja toiseen.

Kotihoidon esimiesten haastatteluissa nähtiin työprosessien kehittämisen olevan todella tärkeää, jotta tulevaisuudessa pystytään vastaamaan kotihoidon tarpeisiin. Tärkeänä pidettiin kotihoidon työntekijöiden huomioiminen samalla, kun kotihoidon palveluita optimoidaan.

On tärkeää suunnitella työn organisointi uudella lailla.

Että pystyisimme hoitamaan isomman määrän asiakkaita samalla henkilömäärällä siten, että se olisi työntekijöiden kannalta hyvä ratkaisu.

Me tehty kiireen pohjalta kotihoidon palveluiden järjestämisen optimointia.

Esimiesten haastatteluissa pohdittiin myös sitä, miten kotihoidosta saataisiin vetovoimainen työntekijöiden keskuudessa. Tässäkin yhteydessä korostui palveluiden uudelleen järjestämisen tärkeys. Kotihoidossa pyritään löytämään kaikkien kannalta hyvää ratkaisua ja hyvää tasapainoa kotihoidon työhön.

Ja se miksi täytyy miettiä uudella lailla palvelujen järjestämistä on se, että siten työntekijöiden saanti on tosi haasteellista.

On hyvä lähihoitajia, hyviä sairaanhoitajia, niin kaikki ovat kilpailemassa näistä työntekijöistä.

Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille, kuinka kotihoidossa on alettu panostamaan kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Hoito- ja palvelusuunnitelmat on tarkistettu ja pyritty tekemään niistä tavoitteellisia ja niihin on tehty ohjeistukset. Hoito- ja palvelusuunnitelma on työntekijöille tuki hoitotyöhön ja näin pyritään hoitajille antamaan tukea hoitotyön tekemiseen.

Olemme panostaneet asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan on ohjeistukset.

6.1.1 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin kotihoidon asiakkaiden koostuvan muun muassa vammaispalveluasiakkaista, dementikoista, mielenterveysasiakkaista ja päihdeasiakkaista. Asiakkaat ovat eri-ikäisiä ja osa asiakkaista on ollut kotihoidon asiakkaana jo pitkään. Moniongelmaiset asiakkaat ovat lisääntyneet ja asiakkaissa on heitä, joilta puuttuu elämänhallinta. Osa asiakkaista ei halua sitoutua omaan hoitoonsa eikä heillä ole motivaatiota hoitoon. Kotihoidon asiakkaissa on heitä, kenen hoitoon kuuluu niin käyntejä kuin soittoja. Tulevaisuudessa nähdään asiakkaissa myös he, jotka jäävät ilman laitospaikkaa. Haastatteluissa nousi esille myös pohdinta siitä, millä perusteilla pääsee kotihoidon asiakkaaksi ja tähän toivotaan tarkempaa perustelua.

Dementikot lisääntyy.

Kotihoito hoitaa vammaispalveluasiakkaita.

Kotihoito hoitaa mielenterveysasiakkaita ja päihdeasiakkaita.

Niitä kellä ei oo laitospaikkaa niin tulevaisuudessa.

Miten asiakkaat niinku pääsee tavallaan, niitäkin tarvii tarkentaa vielä.

Kotihoidon esimiesten haastatteluissa tuli esille myös se, että kotihoidon asiakkaissa on heitä, kenen luona tehdään niin kotisairaanhoidon kuin kotipalvelun käynnejä.

Suurin osa kotihoidon käynneistä on kotisairaanhoidon, että kotipalvelun käynnejä.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvataan kotihoidon asiakkaiden olevan aikaa vaativia ja valveutuneita ja asiakkaissa on enemmän laitосkuntoisia ja huonokuntoisempia. Kotihoidon hoitajien haastatteluista nousi esille myös haasteelliset kotihoidon asiakkaat ja he, kenen vuorokausirytmі on sekaisin. Sodanaikaisia asiakkaita ei enää ole paljon.

Asiakkaat vaatii sitä aikaa.

Asiakkaat tietää mitä ne haluaa.

Onhan se toisaalta ihan hyväkin, että asiakkaat tietävät oikeuksistaan.

Tulevaisuudessa on huonokuntoisempia asiakkaita.

6.1.2 Asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen hoito

Kotihoidon hoitajat korostivat haastatteluissa, että kotihoidon työ on asiakkaan tarpeista lähtevää, jossa kotihoidon työ on myös sosiaalista kanssakäymistä. Kotihoidon hoitajat pyrkivät siihen, että asiakas tekee itse ja asiakas näin aktivoituu, vaikka tähän menisi hoitajalta enemmän aikaa. Asiakkaiden voimavarat vaikuttavat käynnin sisältöön. Kotihoidon asiakkailla on yksilöllinen aikataulu, joka pohjaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakaskäynneillä tehdään kodinhoidollisia tehtäviä, mutta myös ihan sairaanhoitoa. Kotihoidon hoitajat kokivat työnsä olevan monipuolista.

Asiakkaan tarpeet on äärimmäisen erilaiset kaikilla.

Kyl heitä aktivoida haluis.

Asiakas tekee itse niin siihen menee hirmu paljon enemmän aikaa.

Käynnit rakentuu hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan.

Me ollaan täydellisiä seurustelijoita.

6.1.3 Keikkatyövoima ja opiskelijat

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin keikkatyöntekijöitä tarpeellisina. Kotihoidolla on vuokrafirmassa hyvä maine ja keikkatyöntekijöistä on haluttu pitää hyvää huolta, koska

keikkalaisia tarvitaan. Haastatteluissa kuitenkin tuli esille myös se, että vakituisen henkilökunnan saaminen olisi tärkeää, koska jatkuva keikkatyöntekijöiden tilaaminenkin maksaa.

Meillä on aika hyvä maine siellä niinku vuokrafirmassa.

Me ollaan pidetty keikkalaiset aika hyvänä.

Keikkalaisia me tarvitaan.

Tuleeko se sitten halvemmaks kokoajan tää tilaaminen, että....

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuli esille, että opiskelijoiden keskuudessa kotihoidon kenttä on kiinnostava ja opiskelijoita saadaan harjoitteluihin vielä hyvin.

Opiskelijoita on meillä hyvin.

6.1.4 Työilmapiirin merkitys

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin, että voimaa oman työn tekemiseen antaa hyvä työilmapiiri. Asiakkaalta saatu palaute ja oman tiimin hyvä yhteishenki auttavat työssä jaksamisessa. Myös lähijohtajan merkitystä kuvattiin ja ymmärrettiin johdon merkitys työn toiminnalle. Kotihoidon hoitajien haastatteluissa nousi esille myös se, että kotihoidon hoitajat arvostavat omaa työtään.

Asiakkaan palaute on ainakin se voimaa antava.
Meillä on hyvä tiimi.

Johtajakin on ihan mukiinmenevä.

Kyl siel varmaan ihan hyviäkin ajatuksia on.

Perustyötätähän minä teen.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuotiin esille, että vaikka hoitajat ymmärtävät johdon merkityksen niin aina ylemmältä taholta tulevia ohjeistuksia ei ole helppo toteuttaa. Toisinaan myös tulee tunne, että kotihoidon hoitajien perustyötä ei arvosteta. Joskus kiire tekee sen, että vaikka tietäisi, kuinka tulisi toimia, niin aika ei riitä oikein toimimiseen. Haastatteluissa tuotiin esille se näkemys, että vaikka tiedostettaisiin kiire, niin silti hoitajilla on välillä tunne, että pitäisi vieläkin enempään pystyä ja suoriutua isommasta määrästä asiakkaita.

Ainut mikä risoo niin ylin johto.

Tänne tuodaan kaikenmaailman tällaisia niinku tekstejä ja tilastoja tilastojen vuoksi.

Joskus tuntuu, et mä teen töitä jollekin hullulle, en niin fiksuille.”

Sit sanotaan, et pitäs vieläkin enemmän tehdä.

Se ei paljon lämmitä niin kun mua.

6.2 Käytössä oleva hyvinvointiteknologia

Kotihoidon hoitajat toivat haastatteluissa esille jo käytössä olevaa hyvinvointiteknologiaa. Kotihoidon hoitajille olivat tuttuja muun muassa turvapuhelin ja kännykät. Haastatteluissa kuvattiin, kuinka käytössä olevasta teknologiasta on ollut asiakkaille tukea, turvaa ja apua.

Onhan hyvinvointiteknologiaa tietty turvapuhelin ja kännykät.

Just esim. turvapuhelimet tuo lisää tukea ja turvaa.

Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille paljon kotihoidon kehittämistyötä, johon sisältyy paljon hankkeita. Kehittämistyöllä haetaan palvelujen järjestämiseen uusia toimintatapoja ja selkeyttä ja haetaan mobiileja työvälineitä osaksi hoitotyötä. Espoossa tullaan hankkimaan kotihoidon hoitajille mobiileja välineitä hoitotyöhön avuksi ja tällähetkellä niitä on osalla hoitajista jo käytössä. Näiden apuvälineiden myötä pystyttäisiin hoitajan ajankäyttö maksimoimaan.

Me lähdettiin Espoossa kotihoidossa 2009 vuoden alussa sillä ajatuksella, että me halutaan mobiilit työvälineet kotihoitoon.

Ja sit myös apuvälinettä hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja näin pois päin.

Tulemme hankkimaan jokaiselle työntekijälle mobiileja välineitä.

Esimiesten haastatteluissa kuvattiin, kuinka tällä hetkellä moni tekninen ratkaisu on puhelinmuistutusjuttu. Käytössä on myös muistuttavia lääkekippoja ja koneellinen lääkejakelu ollaan aloittamassa Espoossa. Esimiesten haastatteluissa otettiin esille myös turvarannekkeet, mutta myös muut kodin turvallisuutteen liittyvät ratkaisut, jotka ovat käytössä. Esimiesten haastatteluissa kuvattiin myös ruoka-annosautomaatit, jotka ovat kotihoidon asiakkaille käytössä, jos sellaisen palvelun he itselleen haluavat. Kotihoidon hoitajat palveluohjaavat tämän palvelun piiriin, jos kotihoidon asiakas tällaisen ruoka-annosautomaatin itselleen haluaa. Ruoka-annosautomaatit tarjoavat kotihoidon asiakkaalle valinnanvapauden sen suhteen milloin syö ja mitä syö. HyvinvointiTV on käytössä palvelutalossa ja esimiesten haastatteluissa tuli esille, että HyvinvointiTV nähdään osana tulevaisuutta.

Tuntuu, että moni tekninen ratkaisu on puhelinmuistutusjuttu.

Koneellinen lääkejakelu on yksi askel mikä Espoossa tullaan tekemään.

Kotihoidon asiakas voi ruoka-annosautomaatin hankkia itselleen.

Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille Elä ja asu -malli. Espoon keskuksen palvelutalo on Elä ja asu -yksikkö, ja sen vuoksi siellä on nyt aloitettu yöhoito. Yöhoidon on koettu tuovan turvallisuutta ja yöhoidon nähdään olevan tulevaisuudessa entistä tärkeämpää, koska asiakkaiden kunto huononee. Elä ja asu -malli nähdään tulevaisuudessa laajemmassakin käytössä. Elä ja asu -mallissa pyritään siihen, että kaikki saisivat asua kodinomaisissa olosuhteissa ilman, että joutuu muuttamaan montaa kertaa kotoaan.

Osin Elä ja asu -mallin takia palvelutalossa on yöhoito.

Yöhoito on tarpeen, kun asiakkaiden kunto huononee.

Esimiehet kuvasivat haastatteluissa käytössä olevaa teknologiaa muun muassa ensiälylattian muotoisena. Ensiälylattia antaa tiedon asiakkaan liikkeellelähdistä. Esimiesten haastatteluissa kuvattiin myös hoitajien haastattelujen mukaisesti turvapalvelut, kuten turvarannekkeet. Esimiesten haastatteluissa tuotiin lisäksi esille myös ovijärjestelmät, joita on käytössä muistihäiriöisillä asiakkailla.

Ensiälylattia on asiakkaan tarpeeseen eikä hoitohenkilökunta joudu mennä tarkistamaan sinne tilannetta.

Muistihäiriöisillä lisäksi ovijärjestelmät.

6.3 Hyvinvointitekniologiaa tukevat asiat

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin, että Espoossa panostetaan digitaalisähköisiin palveluihin ja kotihoidon hoitajat näkevät hyvinvointitekniologian tulevaisuudessa käyttökelpoisena hoitotyön tukipalveluna. Tulevaisuudessa on tulossa myös e-terveyteen laatustandardit ja hoitajat kokevat, että hyvinvointitekniologia on tulevaisuutta. Myös esimiehet näkevät hyvinvointitekniologian vahvasti tulevaisuudessa, sillä vanhusväestö lisääntyy ja henkilökunta vähenee. Tämän asian ratkaisemiseksi on haettava uusia ratkaisuja. Hoitajien haastatteluissa kuvattiin, kuinka Ranskassa on jo olemassa laatustandardeja ja kotihoidon hoitajat kokevat, että Suomessakin vaadittaisiin standardit hyvinvointitekniologiaan. Esimiesten haastatteluissa tuli myös esille, että hyvinvointitekniologia on tulevaisuutta, vaikkakin tällä hetkellä sen suhteen ollaan vielä aika alussa. Esimiesten haastatteluissa kuvattiin myös, että Espoon kotihoidossa etsitään välittömän työajan lisäämistä, jotta henkilökuntaa olisi enemmän asiakkaan käyttöön. Esimiesten haastatteluissa tuli esille myös se, että Espoon linjaus on, että laitospaikkoja selkeästi vähennetään ja kotoa on vaikea päästä laitoshoidon. Palvelutaloihin on pitkät jonot kuten myös päivätoimintaan. Hyvinvointitekniologia voisi olla tukitoimi kotona asumisen tukemiseen.

Vanhusväestö lisääntyy ja henkilökunta vähenee, niin pakko on hakea siihen ratkaisua.

Joissakin asioissa hyvinvointiteknologia on tosi hyvä juttu.

Espoo satsaa digitaalisähköisiin palveluihin.

E-terveyteen tulee laatustandardit.

Espoon linjaus on, että laitospaikkoja selkeästi vähennetään.

Esimiesten haastatteluissa nousi esille, että Espoon linja hoitotyössä on avohoitopainotteinen ja pyritään siihen, ettei kukaan ole laitoshoidon paikalla niin, että fyysinen elinympäristö on vuode ja yöpöytä. Pyritään siihen, että mahdollisimman pitkään pystyisi asumaan omassa kodissa tai asumispalveluyksikössä. Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille myös, että suurin osa väestöstä haluaa olla kotonaan ja Espoossa ollaan kotona asuvien määrässä valtakunnan kärjessä. Espoon pitkäaikainen tavoite on ollut, että väestöstä 92 % asuu kotona. Espoossa yli 75 - vuotiaista väestöstä yli 91,6 % asuu tällä hetkellä kotona. Palveluaikaa asiakkaan kotona pyritään lisäämään ja yritetään päästä pois siitä, että asiakkaan töitä tehdään toimistolla. Hyvinvointiteknologia mahdollistaa uudenlaisen keskusteluyhteyden kotihoidon asiakkaan kanssa, johon sisältyy samalla myös näköyhteys asiakkaaseen. Hyvinvointiteknologia mahdollistaisi myös yhteydenoton hoitajaan mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Pyritään omaan kotiin tai asumispalveluyksikköön.

Että päästäisiin pois siitä, että on asiakkaan luona tehtävä työ ja asiakkaan työt toimistolla.

Asiakas voisi ottaa yhteyden kotihoidon hoitajaan mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Esimiesten haastatteluissa kuvattiin, kuinka tulevaisuudessa tulee olemaan paljon uusia sovelluksia. Ne ovat paikannuspohjaisia ja niihin ei tarvita laiteasennuksia, kun ne ovat sähköisessä järjestelmässä. Tiedonsiirtoa tullaan kehittämään ja HyvinvointiTV nähdään tulevaisuudessa yhtenä vaihtoehtona. Tulevaisuudessa on oltava käytettävissä monipuolisia ja innovatiivisia ratkaisuja. Nähdään myös, että uusia innovaatioita syntyy arjen työstä, niin esimiesten kuin hoitohenkilökunnan työstä. Nähdään myös, että asiakkaatkin pystyvät tulevaisuudessa paremmin käyttämään itsemääräämisoikeuttaan ja olemaan siten enemmän esillä.

Esimiesten työstä tulee innovaatioita.

Innovaatioita tulee mitä enemmän arjen työtä ja hoitohenkilökunnan työtä tehdään.

Esimiesten haastatteluissa kuvattiin, kuinka viime vuonna on Espoon keskuksen palvelutaloon saatu yöhoitajat. Aiemmin ei Espoossa ole ollut palvelutaloa, jossa olisi ollut ympäri vuorokauden toimintaa. Kotihoidon asiakkaille olisi yöhoitajalla vielä hyvin aikaa ja koetaan, että olisi hyvä jos kotihoidon asiakas voi yöllä soittaa hoitajalle. Esimiesten haastatteluissa kuvat-

tiin, kuinka kotona selviäminen tulee olemaan iso haaste, sillä kotona asumisen tulee olla kuitenkin asiakkaalle mielekästä. Kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään on iso kustannussäästö, jos pystytään tukemaan kotona asumista. Esimiehet näkivät, että HyvinvointiTV:n kaltaiset ratkaisut voivat mahdollistaa henkilökunnan riittämisen. Isojen näyttöpäätteiden kautta voitaisiin hyödyntää isojen ryhmien ohjaaminen siten, että ohjaus sitoisi vain yhden hoitajan. Tällainen toiminta olisi kustannustehokasta.

Viime vuonna saatiin Espoon keskuksen palvelutaloon yötoiminta.

Tällähetkellä voisi yövuoroon lisätä kotihoidon asiakkaita.

Kotona selviäminen on iso inhimillisen hoidon kokemisen haaste ja kustannustekijä.

HyvinvointiTV:stä tulisi fysioterapeutin ohjaamana kahdeksaan taloon ohjelma, johon tarvitaan vain yhden ammatti-ihmisen työaika.

Esimpien haastatteluissa korostui hoitohenkilökunnan ammattitaidon arvostus. Koetaan, että hoitohenkilökunta on valveutunutta ja vastaanottavaista uusien asioiden suhteen. On hyvin koulutetut sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Tämä tarjoaa hyvät lähtökohdat kouluttaa suomalaista hoitohenkilökuntaa hyvinvointiteknologiaan.

Henkilökunta on tänä päivänä valveutunutta ja vastaanottavaista uuden kehityksessä.

Lähtökohta kouluttaa suomalaista hoitohenkilökuntaa hyvinvointiteknologia ratkaisuihin on hyvä.

6.3.1 Hyvinvointiteknologian hyödyt asiakkaan näkökulmasta

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuotiin esille hyvinvointiteknologiasta hyötyvät asiakkaat. Haastatteluissa kuvattiin, kuinka tulevaisuuden asiakkaissa on tietokonetta käyttäviä asiakkaita jo ihan erilailla kuin nykypäivänä. Ja kuinka nykypäivän vanhuksista löytyy myös virkeitä ja nuorekkaita ikäihmisiä. Haastatteluissa kuitenkin korostui, että hoitajat kokevat, että hyvinvointiteknologia vaatii käyttäjäkseen sellaisen ikäpolven, joka tottunut käyttämään tietokonetta. Heillä tietokone on ollut jokapäiväisessä käytössä. Haastatteluissa nousi esille, että on asiakkaita joille tietokone voi olla jopa luonnollisempi vaihtoehto hoidolle kuin hoitaja. Kotihoidon hoitajat kokivat, että asiakkaille kenellä on joku muu vamma kehossa, kuin muistiongelma, niin heille hyvinvointiteknologia voisi sopia.

Se vois toimii siinä väestössä, jotka oppinu sen tietokoneen käytön.

Tietokone on niille normaali kaveri.

Ne voi kokee tietokoneen jopa miellyttävämpänä, kun ei kukaan tuu kotiin.

Mukavampi, kun joku vain puhuu siel ruudulla.

Niille, jos on muu vamma ruumiissa.

Esimiesten haastatteluissa kuvattiin myös sitä, kuinka kotihoidon asiakas saisi päätteen kautta myös vertaistukea ja opetusta. Esimiesten haastatteluissa nähtiin, että tämän hetkinen asiakkaiden tietotekniikan osaamattomuus on väistynyt ongelma, sillä jo tämän päivän ikäihmisissä löytyy paljon osaamista.

Siihen saisi muut ryhmäläiset ja opetuksen.

Tämän päivän ikäihmisistä löytyy yllättävää osaamista.

6.3.2 Hyvinvointitekniikan hyödyt hoitajien näkökulmasta

Kotihoidon hoitajat kuvasivat haastatteluissa, kuinka hyvinvointitekniikan avulla voitaisiin säästää hoitajan ajasta enemmän asiakkaalle. Nyt on mennyt hoitajalla aikaa välimatkojen ajamiseen, joka nyt voitaisiin käyttää toisella tavalla. Hyvinvointitekniikan käyttöönoton koetaan myös säästävän henkilökunnan energiaa, koska asiakasyhteys on helppo saada ja asiakkaiden vointia pystyy kysymään. Huoli asiakkaan voinnista käynnin jälkeen pienenee, koska yhteyden asiakkaaseen voi ottaa myöhemmin toimistolla.

Säästyis kallista ajomatkaa sitten hoitajalle.

Etenkin sit talvella.

Se vapauttas sitten henkilökunnasta energiaa.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa otettiin esille myös se asia, että nyt he voivat olla osana suunnittelemassa uutta toimintamallia kotihoitoon. Heidän mielipiteillä on merkitystä ja he pystyvät nyt vaikuttamaan siihen, millaiseksi toimintamalli Espoon kotihoitoon rakentuu. He myös näkevät tärkeänä, että hoitajien mielipiteet huomioidaan silloin, kun hoitotyötä kehitetään ja luodaan standardeja. Hoitajat tuntevat työn ja toiminnan mitä ollaan kehittämässä.

Nyt on mahdollisuus tähä.

Sillo, ku puhutaan tän tyyppisestä pilotoinnista ni, laatustandardeista,ni meidän pitää olla sitä myös tekemässä.

Ettei niitä tee semmone joka ei oo, tunne sitä työtä, toimintaa...

Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille, että kotihoidossa on tehtävä jotain uusia ratkaisuja, koska kotihoidon hoitajilla on erittäin suuret sairaspöissaolot. Hyvinvointitekniologia nähdään yhtenä vaihtoehtona jolla pystyttäisiin esimerkiksi sairaspöissaoloja vähentämään.

Tärkeää on, asiakkaiden hyödyn lisäksi, että tehdään jotain, koska kotihoidossa on erittäin suuret sairaspoissaolot.

6.3.3 Kokemukset hyvinvointiteknologiakokeilusta asiakkaan käytössä

Hyvinvointiteknologia ja asiakaspäätte ovat olleet pilottikokeilussa yhdellä kotihoidon asiakkaalla. Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuotiin esille positiivisia asioita, joita hyvinvointiteknologian kautta asiakas on kokenut. Kotihoidon hoitajien mukaan kotihoidon asiakas on aktivoitunut ja innostunut. Tämän kotihoidon asiakkaan kohdalla ovat päivystyskäynnit vähentyneet eikä ole ollut ambulanssikutsuja. Kotihoidon hoitajat kokevat myös, että kotihoidon asiakkaan yksinäisyys on vähentynyt.

Olen kuullut, että tämä asiakas on aktivoitunut ja innostunut.

Tämän aikana ei ole ollut ambulansseja.

Kotihoidon asiakkaan haastattelussa korostui, että asiakaspäätte on ollut pilottikokeilussa hyvä. Kotihoidon asiakas on kokenut, että se rauhoittaa ja sitä on helppo käyttää.

Asiakaspäätte on ihan hyvä.

Itelle kyl se rauhoittaa.

Esimiesten haastatteluissa tuli esille, kuinka tärkeänä he pitävät, että kotihoidon asiakkailla olisi hyvinvointiteknologia käytössä. Asiakkailta saataisiin arvokkaita käyttökokemuksia, joita voitaisiin hyödyntää hyvinvointiteknologian kehittämisessä.

Asiakkailta meille olisi arvokkaita kokemuksia.

6.4 Hyvinvointiteknologian käytössä huomioitavat asiat

Kotihoidon hoitajat kuvasivat haastatteluissa, kuinka heille hyvinvointiteknologia on käsitteenä vieras. Esille tuli myös se, että hyvinvointiteknologian käyttö on ollut tähän asti vähäistä ja siksi se on jäänyt hoitajille niin vieraaksi. Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin myös, kuinka hyvinvointiteknologiaa ei ymmärretä hoitotyössä. Oletetaan, että asiakkailta voisi tulla sanomista, koska asiakkaat mahdollisesti kokevat, että hyvinvointiteknologia ei ole hoitotyötä. Osa hoitajista ei liitä hyvinvointia teknologiaan ja virtuaaliset hahmot hoitotyössä kuulostavat vierailta. Esimiehet toivat haastatteluissaan esille kuinka maailmalta löytyy jo hyviä toimintamalleja, joita täällä ei ole tallessa. Esimiespaikalta huomaa kuinka Espoo on iso kaupunki ja siksi myös ratkaisujen suhteen hidasliikkeinen.

Hyvinvointiteknologiaa on aika vähän käytössä.

Jos miettii omaa asiakasmateriaalia, niin mä en liitä hyvinvointia siihen teknologiaan.

Nykyisin on maailmalla hyviä malleja, jotka ei meillä tallessa.

Esimiesten haastatteluissa tuli esille myös kustannusnäkökulma. Tiedetään, että tekniikan osalta HyvinvointiTV on arvokas, ainakin kaupungin näkökulmasta katsottuna. Samalla haastatteluissa myös pohdittiin, miksi tässä yhteydessä ei käytetä skypea yhteydenpitoon. Esimiehet toivat haastatteluissa keskusteluun myös sen, miten valmiita työntekijät ovat vastaanottamaan hyvinvointiteknologiaa.

On kuulemma kaupungin näkökulmasta aika arvokas järjestelmä.

Miksi ei käytetä skypea?

En tiedä onko työntekijät valmiita.

6.4.1 Koulutuksen merkitys

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin millaista tietoa hoitajat toivoisivat saavansa, kun hyvinvointiteknologia otetaan käyttöön hoitotyössä. He kuvasivat perehdytyksen ja koulutuksen olevan todella tärkeitä. He toivovat laitteisiin perehtymistä ja itse laitteisiin selkeitä käyttöominaisuuksia, joihin olisi helpot käyttöohjeet. Koulutuksen toivottaisiin olevan syvätason johdonmukaista säännöllistä koulutusta, joihin myös uudet työntekijät aina osallistuisi. Kotihoidon hoitajat toivovat aikaa siihen, että voivat rauhassa perehtyä uusiin asioihin. Kotihoidon hoitajien haastatteluissa korostui, että hyvinvointiteknologian omaksuminen vaatii itsensä johtamista. Sitä, että asiaan sitoutuu ja paneutuu kunnolla. Kotihoidon hoitajat toivoivat, että hyvinvointiteknologiaan olisi olemassa tekninen tuki. Jos olisi olemassa tukihenkilöt, joille voi soittaa tarvittaessa ja kysyä neuvoa. Haastatteluissa tuotiin esille, että kotihoidon hoitajat ovat oppineet aiemminkin uusia asioita ja käyttämään uusia tietojärjestelmiä. Tietojärjestelmät olivat alkuun vaikeita, mutta kotihoidon hoitajat ovat nyt jo tottuneet niihin, eivätkä enää haluaisi vaihtaa niitä pois. Esimiehet toivat myös esille koulutuksen merkityksen hyvinvointiteknologian käyttöönoton yhteydessä ja kohdennetun tavoitteellisen koulutussuunnitelman merkitys myös nostettiin esille. Esimiehet myös näkevät, että mitä laajemmin koulutusta tarjotaan työntekijöille, sitä mieluummin työntekijät tekevät työtään. Uusia asioita ei voi vain viedä työyhteisöön, vaan aina ensin tulisi henkilökunta kouluttaa uusiin asioihin. Laurea ammattikorkeakoulun tarjoama e-palvelukoulutus koetaan hyväksi, koska sen kautta johdatetaan e-palveluiden ajattelumaailmaan ja erilaisiin tekniikkaratkaisuihin.

Perehdytyshän on tärkeä kyllä.

Itsensä johtamista se vaatii, siihen sitoutuu ja paneutuu.

Hoitajat on koulutettava käyttämään HyvinvointiTV:tä.

Siinä sudenkuppa, jos otetaan hanke, eikä kouluteta.

Kotihoidon hoitajat toivat esille, että hyvinvointitekniologia voisi olla jo koulussa osa opintoja. Joillekin kotihoidon hoitajista hyvinvointitekniologia oli tuttua, koska sitä oli opinnoissa käsitelty ja tutustuttu hyvinvointitekniologiaan. Hyvinvointitekniologia nähdään tulevaisuudessa opintosuunnitelmassa ja sen koetaan olevan hyvä asia.

Meillä oli opinnoissa tää hyvinvointitekniologia.

Tulevaisuudessa on varmasti opintosuunnitelmassakin jo tämä tavalla tai toisella mukana.

6.4.2 Hyvinvointitekniologian käyttöominaisuudet

Kotihoidon hoitajat toivat esille asiakaslähtöisyyden tarpeellisuuden näyttöpäätteen käyttöominaisuuksissa ja he toivovat myös hoitajille käyttäjäystävällisiä laitteita. Käyttöominaisuuksissa tulisi huomioida asiakkaan kunto ja mahdollinen kaatumisriski kotona ollessa. Haastattelussa korostui, kuinka tärkeää olisi, jos näyttöpäätte voisi olla säädettävä ja kaukosäätimellä ohjattava. Haastattelussa todettiin, että tekniologia on jo nykypäivänä niin kehittyntä, että päätte voisi olla liikkeestä aktivoituva. Myös esimiesten haastattelussa kuvattiin, että olisi hienoa, jos päätte aukeaisi päälle automaattisesti aina tiettyyn aikaan.

Semmone helppo käyttöne.

Jos asiakkaille ni isoilla numeroilla.

Pitäiskö päätteen olla jollekin teknisesti vaakatasossa?

Tekniologia on niin kehittyntä, et se menee sit päälle, kun jotain tapahtuu.

Asiakaspäätte olisi sellainen, että aukeaa automaattisesti tiettyyn aikaan päälle.

Kotihoidon asiakkaan haastattelussa tuli esille, että olisi hyvä, jos saisi myös kirjalliset ohjeet mukaan. Näin olisi helpompi kotona seurata millaisia palveluita päätte tarjoaa ja miten päätettä käytetään. Erityisesti ohjelmista toivotaan kirjallista listaa.

Ne ohjelmat jos vielä sais kirjallisena ni tietäs mitä sieltä tulee.

Jos sais paperiversion.

6.4.3 Eettisyys hyvinvointitekniologian käytössä

Kotihoidon hoitajien, kuten myös esimiesten, haastattelussa tuli selvästi esille, kuinka hyvinvointitekniologialla ei voi korvata ihmisen läsnäoloa. Samalla haastattelussa pohdittiin myös

näyttöpäätteen eettisyyttä. Keskustelua käytiin asiakaspäätteen sijoituspaikasta asiakkaan kodissa ja pohdittiin, missä menee vartioinnin ja tarkkailun raja kotihoidon asiakkaan kotona asumiseen. Hyvinvointiteknologian käyttöönotto osaksi asiakkaan hoitotyötä vaatii hoitajien mukaan asiakkaan suostumuksen sekä asiakkaan oikeuden päättää siitä, milloin yhteys laitteessa on päällä ja milloin ei. Kotihoidon hoitajat myös kokivat, ettei hyvinvointiteknologia sovi kaikille kotihoidon asiakkaille. Tällainen asiakasryhmä heistä on muun muassa muistisairaat asiakkaat sekä ne asiakkaat keiden kuntoutusluokat ovat sellaisia, että jo niiden perusteella vaaditaan hoitajan läsnäoloa. Kotihoidon asiakkailta on tietotekniikan osalta tiedollinen ja taidollinen puute. Kotihoidon hoitajat myös toivat esille, kuinka monella kotihoidon asiakkaalla on heikentyneet fyysiset ominaisuudet. Esimiehet toivat haastatteluissa esille, että hyvinvointiteknologian käyttöönotossa on keskeistä, että moniammatillinen työryhmä toimii asiakkaan parhaaksi.

HyvinvointiTV ei sais kyl kuitenkin korvata, et oikee ihminen käy.

Niille kellä ei oo muistijuttuu...

Menee vähä sellaseks, et kotihoidon asiakkaita tarkkaillaan miten kotona käyt täydytään.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin myös motivaation merkitystä siinä, kuinka hyvinvointiteknologian pystyy omaksumaan osaksi hoitotyötä. Jos asia ei kiinnosta niin se heijastuu vastustuksena, joka johtaa siihen, ettei hyvinvointiteknologiaa käytetä. Tällöin hyvinvointiteknologian tarjoamasta mahdollisuudesta ei hyödy asiakas eikä kotihoito. Jos olet hoitajana asiasta kiinnostunut ja innostunut, niin asiakkaatkin ovat helpommin innostuneita. Myös esimiehet toivat haastatteluissa esille miten paljon asenne merkitsee, ja esille tuli muun muassa ikääntyneet hoitajat. Ikääntyneillä hoitajilla voi olla asenteita hyvinvointiteknologiaa kohtaan, mutta koetaan myös, että ikääntyneissä hoitajissa voi olla myös innokkaita.

Jos vastustetaan ni ei tuu sitä hyötyä asiakkaalle eikä meille.

Asiakkaan pitää suostua siihen.

Ikääntyneissäkin hoitajissa voi olla innokkaita.

Esimiesten haastatteluissa tuli myös esille pohdintaa kuvayhteyden eettisyydestä. Miten kotihoidon asiakkaat kokevat, kun heidän koteihin asennetaan kuvayhteys ja millaisia tilanteita voidaan kuvayhteyden kautta suorittaa. Pohdintaa herätti myös intimitteettisuojan turvaaminen Espoon asiakasjärjestelmän suhteen.

Kuvayhteys on kynnyks, onko kuvayhteys ihmisten koteihin?

Espoossa tietohallinto on vasta sitten, kun asiakasjärjestelmä on vedenpitävä intimitteettisuojan osalta.

6.4.4 Ajatuksia hyvinvointiteknologian käyttöönottoon

Kotihoidon hoitajien, kuten myös esimiesten, haastatteluissa korostui se, että asiakaspäätettä hoitavalla hoitajalla tulee olla kotihoidon asiakkaasta perustiedot ja mahdolliset diagnoosit tiedossa. Hoitajalla tulisi olla perustietämys monesta asiasta, kuten terveyskeskusten sairaanhoitajilla on, ketkä vastaavat puhelimeen ja tekevät hoidon arviointia puhelimesta. Tämä korostui haastatteluissa varsinkin niissä tilanteissa, jos hyvinvointiteknologiaa ajatellaan laajemmalle alueelle käyttöön. Laajemmassa käytössä tulisi hyvinvointiteknologiassa miettiä, että siitä tulisi kaupunkitason organisaatio, joka olisi samantyylinen kuin Effica.

Siellä tulee olla töissä sellainen niinku terveyskeskuksen sairaanhoitajat, jotka vastaavat puhelimeen.

Et ois niinku kaupunkitason organisaatio.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin, kuinka tärkeää on suunnitella päätteen kautta tehtävät käynnit. Kotihoidon hoitajat kokivat, että kotihoidon asiakas olisi ainakin tunnettava hyvin, jotta pystyy mahdolliset käynnit päätteen kautta tekemään. Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuotiin esille myös toimintasuunnitelman tarpeellisuus niihin tilanteisiin, jos kotihoidon asiakas ei joskus vastaa, kun päätteen kautta ollaan yhteydessä. Esimiesten haastatteluissa tuli esille myös vastuuasiat. Yöhoitajalla ei voi olla käyntivastuuta asiakkaan luona ja kotihoidon asiakkaan hoidon vastuuasiat tulee selvittää ennen kuin hyvinvointiteknologia otetaan käyttöön hoitotyöhön.

Mitkä käynnit vois oikeesti sen telkkarin välityksellä tehdä.

Täytyy tuntee tosi hyvin se asiakas.

Vastuukysymykset tulee miettiä tarkkaan.

Tulevaisuudessakaan vastuu ei voi olla yöhoitajalla.

Kotihoidon hoitajat toivovat, että yöhoitaja kirjaisi illan ja yön tapahtumat Efficaan, josta kotihoidon hoitajien olisi mahdollista lukea yöhoitajat kirjoittamat asiat. Kotihoidon hoitajat kokevat, että yöhoitajia on vaikea tavoittaa ja sen vuoksi he helposti unohtuvat. Yhteisellä kirjaamisella onnistuisi raportointi ja päätteen kautta voisi suorittaa myös raporttien vaihdon ja mahdollisesti tulevaisuudessa myös yhteisiä tapaamisia kotihoidon hoitajien ja yöhoitajien kanssa.

Aamuisin yökön kanssa aika raportille.

Yököt ovat vaikeasti tavoitettavia.

Siinä voisi varmasti hyödyntää tätä päätettä.

Esimiesten haastatteluissa tuli esille hoitokulttuurissa entistä enemmän näkyvät vieraat kulttuurit tulevaisuudessa. Tällä hetkellä on Espoossa ruotsinkielisten palvelut keskipisteenä ja tulevaisuudessa tulee paljon pieniä kieliryhmiä lisää maahanmuuttajien osalta.

Nyt on ruotsinkielisten palvelut meillä fokuksessa.

Maahanmuuttajien osalta tulevaisuudessa tulee pieniä kieliryhmiä.

Esimiesten haastatteluissa pohdittiin myös sitä, että turvallisuushakuisuudessa ei saa mennä liian pitkälle. Kaikki turvallisuuteen liittyvät ratkaisut on pohdittava perusteellisesti. Esimiehet toivovat, että yöhoitaja tapaisi ensin kotihoidon asiakkaan ja tutustuisi asiakkaaseen etukäteen. Tapaaminen voisi helpottaa yöhoitajan ja asiakkaan yhteydenpitoa ja asiakkaan ymmärtäminen olisi helpompaa. Yöhoitajan ja kotihoidon asiakkaan yhteydenpito voisi olla ainakin alkuun säännöllisesti samaan aikaan, joka loisi asiakkaalle turvallisuuden tunnetta.

Jos ensin tapaisi, niin ei olisi vain virtuaalihahmo.

Ymmärtäminen on helpompaa, kun on nähnyt.

6.4.5 Asiakasryhmän tavoittaminen

Esimiesten haastatteluissa pohdittiin sitä, missä vaiheessa tavoitetaan hyvinvointiteknologian kohderyhmä. Missä vaiheessa hyvinvointiteknologiasta tulisi informoida, jotta se osattaisiin ottaa käyttöön ja kuinka tavoitetaan kotona asuvat asiakkaat. Esimiesten haastatteluissa pohdittiin, missä vaiheessa kotihoidon asiakkaita informoidaan hyvinvointiteknologiasta ja onko kotihoidossa informointi jo kohderyhmän osalta liian myöhäistä. Kotihoidon asiakkaat ovat yleensä yleiskunnoltaan huonompikuntoisia ja kohderyhmä tulisi tavoittaa jo aiemmin.

Missä asiakkaat tulisi informoida hyvinvointiteknologiasta?

Yli 90 % asuu omissa kodeissaan eikä ole kotihoidon asiakkaita.

Jos kotihoidossa vasta aletaan, niin ollaan joissain asioissa vähän myöhässä.

Esimiesten haastatteluissa kuvattiin myös, että palvelujen tarve ja tuottaja on mietittävä sekä toiminnan tavoite selkeytettävä. On mietittävä asiakaskunta ja palvelun tarve ja nämä kaikki asiat huomioitua tulee tarjottavat palvelut kohdentaa oikein. Tarkoitus olisi tehdä sitä, mikä on vaikuttavaa ja hylätä ei vaikuttava. Tämän vuoksi vaikuttavuutta tulisi mitata.

Mietittävä palvelujen tarve ja tuottaja.

Mikä on asiakaskunta ja tarve.

Vaikuttavuutta tulisi mitata.

6.5 Hyvinvointiteknologian mahdollisuudet

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuotiin esille kuinka hyvinvointiteknologiasta voisi hyötyä parempikuntoiset asiakkaat. Myös palvelutaloissa nähtiin hyvinvointiteknologia toimivana asiana. Kotihoidon hoitajat näkivät myös oman työnsä siten, että hyvinvointiteknologian kautta omasta työyhteisöstä tulisi innovaatioporukka, jossa hyvinvointiteknologia olisi osana joka-päiväistä hoitotyötä. Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille myös, että e-palveluiden kautta lisääntyä tietotaito ja tiedonhalu kasvaa, mitä tutummaksi e-palvelut tulevat.

Palvelutaloissa se voisi toimii.

Jos olisi vaik kaikilla tommonen pääte ni innovaatioporukka olisi.

Ruokahalu kasvaa e-palveluihin tutustuessa.

6.5.1 Hyvinvointiteknologia omaisille ja hoitajayhteys

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuotiin esille, kuinka hyvinvointiteknologiasta voisi hyötyä omaishoitajat ja omaiset. Kotihoidon hoitajat kokevat, että omaisille hyvinvointiteknologian tarjoamat mahdollisuudet olisivat tärkeitä. Omaisen voisi saada yhteyden esimerkiksi muistamattomaan vanhempaansa ja näin omaisten huoli vähentyisi. Esimiehet myös kokevat, että hyvinvointiteknologiasta voisi hyötyä omaiset. Omaiset ovat kiinnostuneita uusista ratkaisuista, koska he haluavat olla enemmän yhteydessä.

Omaishoitajat tulee putoamaan täysin kotihoidon palveluista vuosien saatossa, niin niille.

Et niil olisi yhteys, vaikka muistamattomaan vanhempaan.

Huoli pois sit sitä kautta vähentyisi.

Omaiset haluavat olla enemmän yhteydessä.

Kotihoidon hoitajat näkivät myös hoitajan saamisen mahdollistuvan paremmin hyvinvointiteknologian avulla. Kotihoidon asiakas saisi paremmin itselleen seuraa ja yhteydenotto olisi helpompaa. Yksinäisille kotihoidon asiakkaille hyvinvointiteknologia nähtiin hyvänä ratkaisuna. Tämä tuli esille myös esimiesten haastatteluissa. Asiakkaan olisi helppo raportoida hoitajalle omista asioistaan ja yhteydenottoon voisi olla matalampi kynnys. Hyvinvointiteknologian kautta mahdollistuisi myös kuvayhteys asiakkaaseen ja tämän kotihoidon hoitajat kokivat hyvänä asiana. Kotihoidon hoitajat toivat haastatteluissa esille myös kaukana asuvat kotihoidon asiakkaat, joille hyvinvointiteknologia toisi turvallisuutta ja tarjoaisi paremmin hoitotyön palveluja. Esimiehet kokivat, että asiakas voisi kokea välittämisen tunteen paremmin, jos olisi mahdollisuus saada hoitajayhteys useammin. Hyvinvointiteknologia nähtiin myös kriittisten

tilanteiden hoitamisessa hyvänä ja auttavana ratkaisumallina, jolla pystytään tukemaan kotona asumista.

Sais langan päähän hoitajan.

Sillo, kun haluis tarkistaa jotain.

Kun ne soittaisi, ni tulis se kuva.

Jos ajattelee, niin, meil on asiakkaita tosi kaukanakin, ni niille tois kyllä semmosta turvallisuutta lisänä.

Kotihoidon hoitajat toivat haastatteluissa esille, että saman yöhoitajan merkitys on heidän mielestään suuri. Yöhoitaja ja kotihoidon asiakas pystyvät tutustumaan ja koetaan mukavana, kun sama yöhoitaja on yhteydessä kotihoidon asiakkaaseen. Kotihoidon hoitajat kokivat myös, että olisi tarpeellista tavata kotihoidon asiakas ennen kuin aloitetaan päätteen kautta yhteydenpito.

On mukava, kun vakiyökkö on päätteen kautta yhteydessä.

On kiva, kun sama yöhoitaja kysyy kuulumiset.

6.5.2 Hyvinvointiteknologia hoitotyön tukipalveluna

Kotihoidon hoitajien mielestä hyvinvointiteknologialla voisi korvata jonkun kotihoidon käynneistä. Haastatteluissa kuvattiin, kuinka hyvinvointiteknologiaa voisi hyödyntää tilanteessa, kun asiakkaalta aletaan vähentämään kotihoidon käyntejä.

Sellasesa tilanteessa, kun aletaan vähentää käyntejä.

Vois alkuun korvata jonkun käynnin tällä.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin tilanteita, joissa hyvinvointiteknologiaa voisi hyödyntää osana hoitotyötä. Kotihoidon hoitaja voisi muistuttaa hyvinvointiteknologian avulla lääkkeiden otosta ja lääkkeiden jakamisesta, ruokailusta, nukkumaanmenosta ja yleensä vuorokausirytmistä. Kotihoidon hoitaja voisi korvata niin sanotun tarkistuskäynnin päätteen kautta. Kotihoidon hoitaja voisi aamuisin herättää asiakkaan ja iltaisin ohjata nukkumaan.

Lääkkeiden muistuttaminen ja ruuan syömisen muistuttaminen.

Ihan perusjutuissa, niinku nukkumaanmenosta muistuttaminen, vuorokausirytmistä.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa kuvattiin, kuinka kotihoidon asiakas voisi näyttöpäätteen kautta kysyä hoidollisia asioita, kuten näyttää haavaa tai katetria. Näyttöpäätteen kautta hoi-

taja pystyisi suorittamaan muistutuskäyntejä eli tarkistamaan esimerkiksi onko asiakas syönyt ruuan tai näkemään onko lääkkeitä otettu dosetista. Haastatteluissa nähtiin hyvinvointitekнологia mahdollisuutena myös huolikäyntien suorittamiseen. Jos hoitajalla jää asiakaskäynnillä jostain syystä huoli asiakkaan voinnista, niin päätteen kautta voisi tarkistaa asiakkaan vointia myöhemmin. Pääte koettiin puhelinta mukavampana vaihtoehtona näihin asiakaskontakteihin.

Ootko jakanut lääkkeitä dosettiin?

Nyt tää vuotaa, onko vaaraa?

Lämmitä se ruoka sieltä pöydältä.

Onhan se kivempi tuon päätteen kautta kuin puhelimella mun mielestä.

Esimiesten haastatteluissa tuli myös esille, kuinka hyvinvointitekнологiaa voisi hyödyntää kotihoidossa jonkun käynnin korvaamiseen.

Voisiko jonkun käynneistä korvata, jos asiakkaalla monta käyntiä vuorokaudessa.

6.6 Hyvinvointitekнологia osana hoitotyön palveluketjua

Haastatteluissa tuotiin esille hyvinvointitekнологian hyödyntämisen mahdollisuus monessa kohdin hoitotyössä.

6.6.1 Hyvinvointitekнологia esimiestyössä ja hoitotyön arjessa

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa oli mukana myös yhden tiimin esimies ja haastatteluissa nousi esille hyvinvointitekнологian merkitys esimiestyössä. Koetaan, että kokonais kuvan saaminen olisi päätteen kautta helpompaa, koska yhteydenpito puhelimitse ja sähköpostein on aika vähäistä. Esimiestyössäkin säästyisi välimatkoihin käytetty aika muuhun hoitotyöhön. Kaikkien hallinnointi olisi helpompaa ja yhteydenotto toisiin yksiköihin myös helpottuisi. Näköyhteyden koettiin olevan hyvä ja sen myötä mahdollistuisi oheisviestintä, jonka koettiin myös olevan joskus tärkeää.

Jos on useampi yksikkö, niin kokonais kuvan saaminen on helpompaa tällaisten välineiden myötä.

Hallitsee ja saa yhteyden kaikkiin.

Oheisviestintä on joskus tärkeää.

Kotihoidon hoitajien näkivät hyvinvointitekнологian osana arjen hoitotyötä. Hoitotilanteissa voisi saada suoran yhteyden helposti ja asiat hoituisi nopeasti. Toiselta hoitajalta saisi tukea

ja voisi kysyä apua. Tätä kautta mahdollisesti myös konsultointi lisääntyisi ja muun muassa haavanhoitoon voisi saada vertaistukea. Hoitajat kokivat, että näyttöpäätettä voisi hyödyntää kotihoidon asiakasyhteydessä muun muassa kipumittarin ja MMSE:n tekemiseen.

Yksin kentällä ollessa saisi tuen toiselta hoitajalta.

Konsultointi voisi lisääntyä.

Kipumittarin voisi näyttää ja asiakas näyttäis takasin.

6.6.2 Akuuttisairaalat ja kotiuttaminen

Kotihoidon hoitajat kuvasivat haastatteluissa, kuinka hyvinvointiteknologiaa voisi hyödyntää myös akuuttisairaaloissa. Jos hoitotyössä tulisi eteen vaikea tilanne niin hoitajat voisivat olla yhteydessä suoraan akuuttisairaalaan ja saada sieltä viimeisimmän tiedon ja ohjeistuksen.

Ihan akuuttisairaaloihinkin.

Ennenkaikkea niihin, kun on semmosii tiukkoja paikkoja, ni sieltä löytys se viimenen tieto.

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa tuli esille myös hyvinvointiteknologian hyödyntämisen mahdollisuus kotiutustilanteessa. Kotihoidon hoitajat kokivat, että tällä hetkellä kotiuttaminen sairaalasta voi joskus tapahtua ilman, että siitä on tullut tietoa kotihoidon hoitajille. Kotiutustilanteessa hyvinvointiteknologian hyödyntäminen asiakaspäätteen kautta nähdään hyvänä vaihtoehtona.

Sairaalasta kotiutetaan asiakkaita aika eksoottisesti.

Joskus tulee tieto vasta, kun asiakas on jo kotona.

Jos tähän sais telkkarin väliin ni olis hienoa.

6.6.3 Terveysasemat

Kotihoidon hoitajien haastatteluissa nähtiin hyvinvointiteknologia mahdollisena myös terveysasemien ja kotihoidon välillä. Kotihoidon hoitajat voisivat olla suoraan kotihoidon asiakkaan kotoa yhteydessä terveysasemalle ja näin mahdollistuisi suora lääkärin ja sairaanhoitajan yhteys, joka varmistaisi sen, että saadaan varmasti oikea informaatio. Hoitaja ja kotihoidon asiakas voisivat saada hoito-ohjeet suoraan lääkäriltä ja näin voitaisiin päivystykseen meneminen mahdollisesti välttää. Näyttöpäätteen kautta voisi mahdollisesti arvioida myös kotikäynnin tarpeellisuutta.

Jos terveysasemilla olisi pääte ni kotoa voitais olla yhteydessä.

Eikä tarteis lähettää sitten välttämättä päivystykseen.

Asiakas suoraan kuulisi oman asiansa.

Aina arvioida milloin se kotikäynti on paikallaan.

Esimiesten haastatteluissa tuli esille myös terveysasemien rooli. Haastatteluissa kuvattiin muun muassa, kuinka esimerkiksi Marevan potilaiden kohdalla voisi hoitaja konsultoida terveysaseman lääkäriä suoraan päätteen kautta. Esimiesten haastatteluissa pohdittiin, miten yhteistyötä terveysasemien ja kotihoidon välillä pystyisi hyvinvointiteknologian avulla parantamaan.

Kotihoidossa on paljon Marevan potilaita, joiden kohdalla voisi konsultoida lääkäriä suoraan.

Miten yhteistyö terveysasemien kanssa?

7 Toimintamalli Espoon kotihoitoon

Haastattelujen pohjalta on tuotettu toimintamalli Espoon kotihoitoon. Toimintamalli on rakentunut kotona asumisen tukemisen ympärille ja toimintamallissa on kuvattu millä tavoin kotona asumista pystytään tukemaan. Kotona asumisen tukeminen koostuu kuudesta kohdasta.

Yksi näistä kuudesta kohdasta on hoitokulttuurin muutos, kun otetaan käyttöön hyvinvointiteknologia. Tämä kohta pitää sisällään näköyhteyden tuomat mahdollisuudet, hyvinvointiteknologian ymmärtämisen ja eettisyyden ja inhimillisyyden huomioinnin. Näköyhteyden tuomia mahdollisuuksia nähtiin henkilökunnan kannalta siinä, että henkilökunta jaksaa paremmin, voi saada kollegalta apua ja konsultoida niin kollegan kuin lääkärinkin kanssa. Hyvinvointiteknologian käyttö hoitotyössä voisi vähentää päivystyskäyntejä ja sen myötä saisi kotihoidon asiakkaan kotiuttamiseen tuen. Näköyhteys mahdollistaisi asiakkaalle enemmän hoitajan aikaa ja yhteydenoton hoitajaan milloin tahansa. Näköyhteyden kautta tarjottaisiin myös hoitoa pitemmälle päivään ja tämä lisää asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Kotihoidon asiakas aktivoituu, saa seuraa ja sen myötä yksinäisyys vähentyy.

Kotihoidon asiakkaan hoidossa hyvinvointiteknologia antaa tuen hoidon seurantaan ja asiakaspäätettä voi hyödyntää muun muassa haavanhoidossa, kipumittareiden käytössä ja MMSE-testien tekemisessä. Hyvinvointiteknologian ymmärrys tuo esille kohtia, joiden kautta hyvinvointiteknologia ymmärretään hoitotyöhön sopivaksi. Hyvinvointiteknologia olisi tuki niille, jotka jäävät tulevaisuudessa hoidon ulkopuolelle. Hoitajat saavat hyvinvointiteknologian käytöstä apua hoitotyöhön ja lisääntyvän asiakasmäärän hallinta mahdollistuu hyvinvointiteknologian käytön myötä. Hyvinvointiteknologia nähdään myös omaisille tukena, ja joillekin kotihoidon asiakkaille asiakaspäätteen voi olla myös miellyttävämpi vaihtoehto kuin fyysinen ihmi-

nen. Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen vaatii käyttäjältä itsensä johtamista ja tätä edesauttaa se, että asiakaskunta on osaavaa. Eettisyyden ja inhimillisyyden huomiointi kohdan alle nousi esille pohdintaa asiakaspäätteen käytöstä hoitotyössä. On olemassa hoidollisia toimenpiteitä, joissa tarvitaan hoitajan fyysistä läsnäoloa. Hyvinvointiteknologialla ei pystytä korvaamaan ihmistä ja kotihoidon asiakkaiden kuntoutusluokitus on huomioitava hyvinvointiteknologian käytössä. Hyvinvointiteknologia voi olla hoitotyön tukipalvelu, johon tarvitaan asiakkaan suostumus ja asiakkaalla tulee olla päätösvalta siitä, miten asiakaspäätettä hänen hoidon kohdalla hyödynnetään. Hyvinvointiteknologian kohderyhmä tulee myös huomioida ja miettiä, mitä käyntejä voi päätteen kautta suorittaa siten, että intimitteettiduoja on turvattu. Myös kotihoidon asiakkaan hoitoa koskevien asioiden tiedon kulusta on huolehdittava.

Hyvinvointiteknologia on myös esimiestyöhön tuki. Hyvinvointiteknologian myötä lisääntyy työyhteisön innovatiivisuus. Hoitajille tarjoutuu mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja esimiehet saavat omaan työhönsä tuen, päätteen kautta pystyy paremmin hallinnoimaan eri yksiköitä.

Tulevaisuudessa pyritään hoitoon vanhuksen kotona. Tavoitellaan palveluajan lisäämistä asiakkaan kotona ja pyritään nopeaan sairaalasta kotiutukseen. Espoon linjaus on avohoitopainotteinen ja tulevaisuudessa tavoitellaan, että hoitotyössä olisi käytössä joustovarahenkilönlunta. Joustovarahenkilökunnalla mahdollistettaisiin vielä joustavampi sairaalasta kotiuttaminen. Inhimillisen hoidon kokeminen on haaste ja on huoli laitostumisesta, siksi pyritään hoitoon vanhuksen kotona.

Kotona asumisen tukeminen vaatii rinnalleen myös koulutussuunnitelman. Hyvinvointiteknologiaan tulee olla perehdytys ja on tarjottava jatkuva koulutus, johon voisi sisältyä e-palvelukoulutus. Hyvinvointiteknologiaan tulisi käyttäjille olla olemassa tekninen tuki ja tukihenkilöt keneltä voi kysyä apua hyvinvointiteknologian käytössä.

Kotona asumisen tukeminen mahdollistuu jos työ uudelleen organisoidaan ja kehitetään. Työprosessit tulee miettiä uudestaan ja hyvinvointiteknologian käyttöön tarvitaan kirjalliset ohjeet. Näyttöpäätteen tulee olla asiakasystävällinen ja hyvinvointiteknologiaa tulee mainostaa hoitotyön tukipalveluna. Hyvinvointiteknologia tulisi liittää osaksi hoitotyön opiskelijoiden opintosuunnitelmaa, jotta se tulisi aiheena tutuksi jo opiskeluvaiheessa. Yhdistäessä hyvinvointiteknologia kotihoidon asiakkaan hoitoon tulee kotihoidon hoitajan ja palvelutalon yöhoitajan välillä olla säännöllinen raportointi ja yhteydenpito. Kotihoidon vetovoimaisuutta työnantajana on tulevaisuudessa mietittävä ja maailmalla jo olevia erilaisia hoitotyön tukipalveluja tulisi käyttää enemmän hoitotyössä hyödyksi. Hyvinvointiteknologian myötä hoitotyöhön syntyisi innovaatioyhteisöjä ja jatkuvassa käytössä tulisi mitata myös hyvinvointiteknologian vaikuttavuutta hoitotyössä. E-palveluita tulisi hyödyntää hoitotyössä ja huomioida tulevaisuu-

dessa myös mahdollinen yhteistyö terveysasemien, akuuttisairaaloiden ja muiden kotihoidon yksikköjen kanssa.

Kotona asumisen tukeminen mahdollistuu jos huomioidaan myös kotihoidon kehitysalueet. Välitöntä työaikaa tulee lisätä, mutta samalla on turvattava asiakaslähtöisyys. Työmäärä tulisi jakaa tasaisemmin työpäivään ja kiire hoitotyössä poistaa. Kotihoidon kehittämistyötä tulee jatkaa myös tulevaisuudessa ja hoitotyössä näkyvä henkilökuntapula tulee ratkaista. Espoossa ei ole olemassa tällä hetkellä saattohoitotilaa ja yöhoito on puuttunut. Kotihoitoon toivotaan mobiileja työvälineitä hoitajien työhön tueksi.

Tässä työssä tuotettu toimintamalli toimii apuna, kun kotihoitoon otetaan käyttöön hyvinvointiteknologia. Toimintamallista nähdään mitkä kohdat tulee huomioida, kun tavoitellaan kotona asumisen tukemista.



Kuvio 4: Toimintamalli Espoon kotihoitoon

8 Johtopäätökset

Haastattelujen tuloksista nousi isona kokonaisuutena esille kotihoidon hoitajien kokema kiire työssään. Hoitoala nykypäivänä koetaan melkein jokaisessa yksikössä kiireisenä. Vanhustyö erityisesti on ollut jo pitkään keskustelun aiheena, sillä vanhustyöhön ei saada helposti uusia hoitajia ja vanhusten määrä kokoajan kuitenkin kasvaa. Esimiesten haastatteluissa nähtiin työvuorojen suunnittelun olevan tärkeää, jotta kiireisiltä illoilta ja viikonlopuilta välttyttäisiin. Hyvinvointiteknologian tuoma hoitotyön tukipalvelu koettiin pääosin hyvänä asiana, jonka avulla voidaan hoitajien työnkuvaa helpottaa ja lisätä asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja ehkäistä yksinäisyyttä.

Silloin on määriteltävä, mitä tekemisellä tarkoitetaan, jos kiire ymmärretään keinoksi saada mahdollisimman paljon tehdyksi mahdollisimman lyhyessä ajassa. Onko tekeminen nopeaa, tehokasta vai asiakkaan lähellä tekemistä? Kuinka määritellään hoitotyön resurssit ja tehokkuus? Onko hoitajan toiminta silloin tehokasta, jos hän saa mahdollisimman monta hoidettavaa suihkutetuksi ennen lounasta tai auttaa hoidettavia suoriutumaan WC-asioista mahdollisimman nopeasti? Hoidettavan näkökulmasta on mietittävä sitä, mitä tehokkuudella tarkoitetaan ja mitä hoitajan tulee tehdä nopeasti. Hoitotyön perimmäinen tarkoitus on hyvän tekeminen hoidettavalle. (Lehtinen 2006, 27.)

Hyvinvointiteknologia nähtiin vartenotettavana ratkaisuna monessa asiassa ja eri ammattiryhmissä se koettiin työtä helpottavaksi asiaksi. Esimiestyössä ja hoitotyössä koettiin hyvinvointiteknologian lisäävän konsultointia toisten kanssa ja näin lisääntyisi vertaistuen saanti. Iltavuoroihin ja viikonloppuihin vertaistuen saanti hyvinvointiteknologian ja asiakaspäätteen kautta olisi entistäkin tärkeämpää, sillä silloin hoitaja monesti työskentelee omissa tiimissään yksin. Esimiesten haastatteluissa tuotiin esille myös tietoturvasta huolehtiminen, eli hyvinvointiteknologian käyttöönotto tulisi miettiä niin pitkälle, että asiakkaan tietosuoja on turvattu.

Hoitotyö voi muuttua teknologian käytön myötä merkittävästi, mikä tarkoittaa uuden työntehtävän oppimista työntekijöille. Teknologian käyttöönotto asettaa johtamiselle haasteita. Esimiehen on osattava toimia henkilöstöään tukien muutostilanteessa ja hänen vastuullaan on riittävien resurssien takaaminen. Teknologian käyttöönottoon liittyy myös tarve miettiä työjärjestelyjä ja työssä jaksamista. (Raappana & Melkas 2009, 14.)

Samaan aikaan kun otetaan käyttöön teknologiaa hoitotyöhön, tulisi laatia tietoturvasuunnitelma, joka käydään yhdessä työntekijöiden kanssa läpi. Suunnitelman tulisi sisältää tietoturvaan liittyviä asioita, kuten salasanojen hallinnointi sekä yksilön tietosuojaa koskevat kysymykset. Jokaisen organisaation merkittävin tietoturvariski ovat siellä työskentelevät työnteki-

jät. Tietoturvariskiin liittyviä ongelmia voidaan välttää hyvällä perehdyttämällä. (Raappana & Melkas 2009, 16.)

Hyvinvointiteknologia on monelle vieras käsite, ja siksi toivotaan hyvinvointiteknologiasta kunnan perehdytystä ja koulutusta ennen sen käyttöönottoa. Koulutukselle ja perehtymiselle toivotaan myös aikaa. Hoitajat kokevat, että välillä tulee liian paljon uusia ajatuksia ja muutoksia kentälle ja hoitotyöhön siten, että niihin ei ehdi perehtymään. Tämän vuoksi moni hyväkin ratkaisumalli jää toteuttamatta, kun siihen ei ole aikaa. Laurea ammattikorkeakoulun tarjoama e-palvelukoulutus koetaan hyväksi, koska sen kautta johdatetaan e-palveluiden ajattelumaailmaan ja erilaisiin tekniikkaratkaisuihin. Esimiehet myös näkevät, että perehdytys on todella tärkeää. Perehdytykseen on siis tarjottava työntekijöille mahdollisuus ja siihen on varattava työvuoroissa aikaa. Perehdytystä on tarjottava myös asiakkaille, jotta heidän olisi helpompi omaksua hyvinvointiteknologia osaksi hoitotyötä.

Teknologian tarpeen määrittely ja tavoitteen asettaminen ovat tärkeitä asioita suunnittelun pohjaksi. Perusteeksi teknologiahankinnoille ei riitä, että teknologiaa on olemassa ja saatavilla ja sitä halutaan kokeilla. Teknologiaa tulisi ottaa käyttöön siten, että suunnitelma kattaa myös asiakkaalle tarjottavat palvelut, joita teknologian käyttö edellyttää. Tärkeää on varmistaa palveluverkoston hallinta ja eri osapuolten perehdyttäminen järjestelmään. Tärkein pelkojen ja negatiivisten ajatusten vähentämisen keino on ajoissa aloitettu perehdytys. Perinteisesti teknologian käyttöön on annettu lyhyt koulutus, jonka on pitänyt esimerkiksi laitevalmistajan edustaja. Tällainen perehdytys vastaa huonosti tarpeisiin ja perehdyttämisen merkitystä ei yleensä tiedosteta. Hyvin hoidettu perehdytys ehkäisee muutosvastarintaa ja kielteisiä vaikutuksia. Olisi hyvä myös huolehtia, että perehdytyksen aikana olisi kentällä riittävästi sijaisia. (Raappana & Melkas 2009, 13 - 24.)

Asiakas tarvitsee myös perehdytystä ja aikaa tutustua uuteen teknologiaan. He tarvitsevat neuvoa ja tukea teknologian hankinnassa ja käytössä. Teknologian tulisi olla sellaista, että se tukee ihmissuhteita, eikä korvaa niitä. (Raappana & Melkas 2009, 35.)

Asiakkaan ja omaisten kannalta hyvinvointiteknologia tarjoaa mahdollisuuden kuvayhteyteen hoitajan kanssa. Kuvayhteys mahdollistaa monen asian hoitamisen siten, että hoitajan ei välttämättä tarvitse olla paikanpäällä asiakkaan luona. Monessa tilanteessa kuvayhteyden kautta saatu neuvo on myös nopeampi tapa hoitaa asioita. Jo tietoisuus siitä, että hoitajan saa helposti kuvayhteyden päähän, voi ennaltaehkäistä turvattomuutta ja yksinäisyyttä. Hyvinvointiteknologia nähtiin tulevaisuudessa osana asiakkaan palveluketjua jo muissakin hoitotyön yksiköissä. Tämä mahdollisuus nopeuttaisi asiakkaan hoitoa ja voisi olla moneen asiaan ihan toimiva ratkaisu. Asiakkaan kotiutuessa sairaalasta tai hoidon jatkuessa yhteistyössä jonkun toisen yksikön kanssa voisi hyvinvointiteknologia toimia yhtenä tukipalveluna, jolla tuet-

taisiin asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa varmistaen se, ettei tule tietokatkoksia. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että hyvinvointiteknologiassa käytössä olevat laitteet ovat asiakasystävällisiä, jotta hyvinvointiteknologian käyttö olisi helppoa.

Hyvinvointipalvelujen kehittämisessä puhutaan usein asiakaslähtöisyydestä. Mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan, ei ole kuitenkaan ihan selvää. Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten osallistamalla asiakkaat palvelun kehittämisprosessiin. Teknologiapalveluiden suunnittelu vanhuksen tarpeiden mukaisesti on avainkysymys teknologian vaikuttavassa käytössä. (Raappana & Melkas 2009, 26.)

9 Pohdinta

Tietoisuus uusimmasta teknologiasta ja sen saatavuudesta on vielä heikkoa. Alan käytännöt eivät ole vakiintuneet ja eri puolella Suomea palvelujen käyttäjät ovat eriarvoisessa asemassa. Kuntien haaste tulevaisuudessa on järjestää hyvinvointiteknologian saatavuus ja laitteiden huolto. Uuden teknologian kehittäminen ei riitä, vaan tarvitaan myös palvelujärjestelmien - ja rakenteiden uudistamista. Suomessa on käynnissä hankkeita joissa kartoitetaan hyvinvointiteknologian hyötyjä. Jatkossa on ratkaistava, mistä hankkeisiin osallistuneet henkilöt saavat jatkossa laitteet, mikäli ne ovat hankkeen aikana osoittautuneet toimiviksi ja tarve niiden jatkuvalla käytöllä on olemassa. Erilaisissa kokeiluissa ja hankkeissa syntyy myös sosiaalista kanssakäymistä tutkijoiden, teknologian käyttäjien ja heidän omaisten välille. Tämä onkin tärkeää turvallisuuden tunteen syntymiselle. Hyvinvointiteknologia ei saa kuitenkaan johtaa yksinäisyyteen eikä sillä tule korvata oikeita ihmissuhteita. (Ahtiainen & Auranne 2007, 17 - 18.)

Hyvinvointiteknologian tuominen hoitotyöhön vaatii kunnon perehdytyksen. Teknologian käyttöönoton vaikutukset ammatilliseen itsetuntoon voi olla merkittäviä ja riittämätön perehdytys voi aiheuttaa motivaation laskua ja osaamattomuuden tunnetta. Merkittävin yksittäistä työntekijää motivoiva tekijä teknologian käyttöönotossa on siitä hänen itsensä saama hyöty. Käytännöllä aikaa työntekijöiden kuuntelemiseen ennen teknologian käyttöönottoa saadaan mahdollista muutosvastarintaa hälvennettyä. Teknologian käyttöönotto on työyhteisön kehittämistoimintaa samoin kuin esim. tiimityön aloittaminen. Aluksi on hyvä tuoda uusi laite työyhteisöön kokeiltavaksi ja kartoittaa työntekijöiden perehdytyksen tarve yksilöllisesti. (Rauma & Toikkanen 2007, 50 - 54.)

Kotterin ja Schlesingerin (2008) mukaan on tärkeää huomioida suunnitelmallisuus, jotta uudet ideat ja interventiot kehittyisivät ja tulisivat käyttöön. Hyvä suunnittelu on tärkeää jo alusta alkaen, kuten myös kehittämistoiminta eli itse kehittäminen, kaikki muu kokonaistoiminta, arviointi ja mittaaminen sekä valmennus ja koulutus. Kehitettäessä jotain uutta on hyvä poh-

tia laajempia kokonaisuuksia ja huomioida, että kaikki uudet innovaatiot eivät edellytä nopeita toimia, kun taas toiset vaativat nopeaa ja joustavaa toimintaa. Tärkeää on myös hallita muutosvastarinta ja tunnistaa tarvittavien muutosprosessien aikajänteet ja osata toimia niiden mukaisesti.

Suunniteltaessa ikäihmisille soveltuvaa teknologiaa tulee huomioida ikääntymisen mukanaan tuoma vaikutus. Ikäihmisille suunnatun teknologian kehittämisen tulisi lähteä liikkeelle ikään-tyneiden oman aktiivielämän aikaisista teknologisista ratkaisuista. Miten teknologian suunnittelussa voitaisiin lähteä liikkeelle logiikasta, joka on ikäihmiselle tuttua esimerkiksi puhelimesta. Käyttöliittymien tulee olla suuria ja ihmiskontakteja ja neuvontaa tulee olla tarvittaessa saatavilla. (Kuosa 2010, 83.)

Hyvinvointiteknologian koetaan vievän paljon hoitajien aikaa, ainakin alkuun, ja tämä tulisi huomioida kotihoidon työssä. Tulisi kiinnittää huomiota siihen, millaisiin asioihin kotihoidon hoitajat käyttävät työaikaansa ja onko asioita, joita voisi muuttaa ja siten mahdollistaa enemmän hoitajalle aikaresursseja.

Kotihoidon työntekijöiden ajankäyttöä tulee muuttaa. Nykyinen kauppa-, apteekki- ja terveyskeskuslääkärien jonoihin ja autossa istumiseen käytetty aika tulisi pystyä siirtämään asiakkaan kotiin. Vapautuvan ajan voisi käyttää esimerkiksi ulkoilemiseen tai ostosreissuun tai kahvilakäyntiin asiakkaan kanssa. Uutta teknologiaa tulee soveltaa ja miettiä, miten henkilökuntaresurssit ovat riittävät, kun kotihoidolla korvataan laitoshoidon. Uudet toimintatavat, kuten teknologian käyttö kotihoidossa, ovat sekä mahdollisuus, että haaste. Kotihoitoa voidaan tehostaa uutta teknologiaa soveltamalla silloin, kun sovelluksia ei rakenneta entisiä hierarkioita vahvistaviksi, vaan yhteistyöverkkoja tukeviksi ja uusia toimintoja kehittäviksi. (Tepponen 2009, 181 - 182.)

Kerosuon ym. 2009 mukaan niissä kunnissa, joissa kotihoitoa toteutetaan, henkilökunta on kokenut tiimi- ja yhteistyön mieluisana. Samoin he kokivat toimenkuvansa monipuolistuneen. Haasteena hoitajat kokevat nopeasti tehdyt kotikäynnit ja hoitajien resurssipulan.

Kotihoidon hoitajat kokevat, että heidän työnsä on mielekästä ja tiimityö on heille suuri voimavara. Haasteen työlle tuo kiire hoitotyössä ja hoitajien resurssipula. Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen kotihoidossa toisi hoitajille lisää aikaa työpäivään ja näin voisi myös hoitajien resurssit riittää paremmin ja se edesauttaisi töissä jaksamista. Suomi on tehnyt yhteistyötä Japanin kanssa, joka on huipputeknologian suhteen kehittyvä maa. Yhteisten hankkeiden kautta Suomi saa kuuluuutta maailmalla ja erilaisia ratkaisumalleja hyvinvointiteknologian hyödyntämiseen.

Suomessa ollaan hyvinvointialan osaamisessa jo pitkällä, ja kansainvälistä arvostusta on saanut Finnish Wellbeing Center-konsepti (FWBC), joka on onnistunut rantautumaan myös Japaniin. FWBC-konsepti edustaa innovaatiota, jossa yhdistyvät ikäihmisten asumis- ja hyvinvointipalveluiden, hyvinvointiteknologian ja niihin soveltuvien tilojen kehittäminen monipuoliseksi toimintakokonaisuudeksi. 2000-luvun alussa todettiin suomalaisten asiantuntijoiden keskuudessa, että suomalaisella hyvinvointiteknologialla ja vanhustenhuollon osaamisella voisi olla sijansa myös Japanissa. FWBC-hanke päätettiin toteuttaa yhteishankkeena Japanin kanssa Sendain kaupunkiin. Hankkeeseen lähtivät Suomesta mukaan Finpro, Tekes, Stakes (nykyinen THL), Oulun kaupunki sekä kuusitoista hyvinvointialan yritystä. Japanissa hankkeen päätoimijat olivat mm. Sendain kaupunki, Tohoku Fukushi-hyvinvointiyliopisto, Tohoku yliopisto ja Tohoku Fukushi Corporation. Japani on huipputeknologian nopeasti kehittyvä maa, jossa on edistyksellinen informaatio- ja telekommunikaatioinfrastruktuuri sekä suuri kiinnostus teknologiatuotteisiin ja -palveluihin. (Tervaskari 2010, 97 - 100.)

FWBC-hanke tarkoitti aivan uudenlaisen ikäihmisten hyvinvointikeskuksen suunnittelemista ja toteuttamista monen alan asiantuntijan yhteistyönä. Konseptissa oli tarkoitus yhdistää suomalainen hoito- ja palveluosaaminen ja teknologia sekä tutkimus- ja kehittämisskeskus (R & D Unit), jonka tarkoitus oli toimia ikäihmisten hyvinvointiin liittyen japanilais-suomalaisten yhteistyöprojektien ja hyvinvointialan teknologiayritysten työssijana. Keskukseen tuli edustaa suomalaista hoito- ja palveluosaamista, teknologiaa sekä arkkitehtuuria japanilaiseen kulttuuriin sovitettuna. Hankkeen tärkeänä tavoitteena pidettiin myös mahdollisuutta Japanin ja Suomen väliseen innovaatiotoimintaan ja konseptin jatkuvaan kehittämiseen. Keskus toimii ideointiympäristönä ja ikäihmiset, jotka asuvat hyvinvointikeskuksessa voivat osallistua ja vaikuttaa. Hyvinvointikeskuksen toiminnan ytimenä on koordinoitikeskus, joka mahdollistaa saumattomat palvelut yli toimintarajojen. Koordinoitikeskuksen yhden numeron avulla tavoitettava henkilökunta ohjaa ja neuvoo ikäihmisiä ja välittää ja järjestää palveluita koteihin ja keskuksen. (Tervaskari 2010, 97 - 100.)

FWBC-hankkeessa oli tarkoitus tuottaa teknologia- ja tuotekokonaisuus, joka edistää kotona asumisen mahdollisuuksia, lisää motivaatiota itsenäiseen toimintaan ja tehostaa henkilökunnan työtä. Informaatioteknologiaa hyödynnettiin turva-, hoito-, informaatio-, asiakas-, henkilö- ja taloushallintoon muodostaen toimivan kokonaisuuden. Sendain Finnish Wellbeing Center edustaa edelläkävijää. Se on kansainvälisesti huipputasoinen hyvinvointikeskus ja sen pohjalta muodostuu Japaniin nyt uusia hyvinvointikeskuksia. Sendain hyvinvointikeskus valmistui 2005 ja tämän jälkeen hyvinvointikeskus valmistui Japanin Aganon kaupunkiin. Kolmas FWBC valmistui 2010 Etelä-Japaniin, Saijon kaupunkiin. Konseptia kehitetään ja laajennetaan koko ajan. Näiden hankkeiden pohjalta on huomattu, että konsepti toimii ja tulevaisuudessa voidaan keskittyä kehittämään aikaisempaa enemmän tulevaisuuden toimintamalleja, teknologiaa ja palveluympäristöjä. (Tervaskari 2010, 102 -104.)

9.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen liittyviä. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston analysoinnissa korostuu tutkijan taidot, arvostus ja oivalluskyky. Haasteellista on, miten tutkija pelkistää aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja miten tutkija osoittaa luotettavasti yhteyden aineiston ja tulosten välillä. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 36.) Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkijan rooli keskustelun johtajana on tärkeää. Tämä lisää aineistonkeruun luotettavuutta ja mahdollistaa myös vetäytyvämpien haastateltavien osallistumisen. (Sipilä ym. 2007, 35.)

Luotettavuuden arvioiminen laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa kerättyjen aineistojen ja niistä tehtävien tulkintojen käyppyyden arviointia. Luotettavuutta lisää tulkintojen perustana olevien analyttisten kriteereiden avaaminen, analyysiohjelmien käyttäminen, koosteiden tekeminen aineistosta ja visualisointi. (Ruusuvoori ym. 2010, 27.)

Luotettavuutta tässä tutkimuksessa lisää tutustuminen toimintaympäristöön ennen haastattelujen tekemistä ja haastattelujen tekeminen aidossa ympäristössä. Tutkijan kotihoidon kentän tunteminen lisää myös luotettavuutta.

Täsmäryhmähaastattelun keskeisiä luotettavuustekijöitä ovat tutkimuksen suunnittelu, asiantuntevien haastateltavien valinta, keskustelun rajaaminen tutkimuksen keskeisiin ongelmiin, ryhmän jäsenten keskinäiset suhteet, haastattelijan taidot ja kysymysten esitetaus. Ryhmähaastattelussa tutkija voi jo haastattelutilanteessa saada tietoa siitä, ymmärsivätkö haastateltavat kysymyksen oikein. Tällöin on mahdollisuus tarkentaa vastauksia jatkokysymyksillä ja selventää ongelmakohtia. (Sipilä ym. 2007, 308.)

Tutkimustuloksia tulkittaessa tutkijan on tiedostettava omat ennakkoluulonsa. Täsmäryhmähaastattelujen luotettavuutta lisää tutkijan perehtyneisyys asiaan. Luotettavuutta tulee myös tarkastella tutkimuksessa syntyvän tulkinnan paikkansapitävyyteen. Eli päteekö esitetty tulkinta koko tutkimusaineistossa ja siinä ympäristössä, jota on haluttu tutkia. (Sipilä ym. 2007, 308.)

Haastattelutilanteessa käytin nauhuria, jotta pystyin tarkalleen litteroimaan aineiston myöhemmin. Litteroinnin tein mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Nauhoitetun materiaalin tulen hävittämään, mutta vasta sitten, kun tutkimus on valmistunut.

Toimintatutkimukseen liittyy luotettavuusongelmia, jotka tutkijan on syytä huomioida jo tutkimusta aloitettaessa. Ongelmat liittyvät pääosin tulosten luotettavuuteen, toistettavuuteen ja yleistettävyyteen. Erityisesti huomiota on kiinnitettävä tutkimukselliseen lähestymistapaan, tutkimusongelmien määrittelyyn, tutkimusprosessin etenemiseen ja käytettyihin arviointimenetelmiin. Huomiota tulee kiinnittää myös saatuun tutkimusaineistoon ja lopputulokseen. Toimintatutkimuksen tulokset ovat harvoin suoraan yleistettävissä eikä toimintatutkimus ole toistettavissa samanlaisena missään olosuhteissa. Tulokset voivat antaa kuitenkin luotettavaa tietoa siitä, ovatko kehittämissuunnitelman tavoitteet ja käytetyt uudet interventiot sovellettavissa käytäntöön ja millaiseen lopputulokseen ne voivat johtaa. (Lauri 2006, 121.)

Toimintatutkimuksessa ei tuloksia voi arvioida vain lopputulosten perusteella, vaan tulosten arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös koko tutkimusprosessi ja sen etenemiseen liittyvät tekijät. Tutkimusprosessin etenemisestä kerätyn aineiston pitäisi antaa vastaus siihen, miten suunniteltua interventiota on toteutettu. Osallistujat tulisi saada motivoitumaan ja sitoutumaan tutkimusprosessiin, koska se etenee ja tuloksia syntyy vain heidän toiminnan kautta. Loppuarvioinnissa tulee käyttää hyväksi koko tutkimusprosessin aikana hankittua tutkimusaineistoa. Pelkästään lopputulosten perusteella ei voida varmuudella sanoa, johtuvatko mahdolliset muutokset laadituista interventioista vai muista tekijöistä. Toimintatutkimuksessa on hyvä määrittää konkreettisia osatavoitteita ja järjestää säännöllisin väliajoin yhteisiä kokouksia. (Lauri 2006, 124.)

Toimintatutkimuksen tuloksena saadaan useita erilaisia tutkimusaineistoja, joista kaikkia tulee arvioida kriittisesti. On kiinnitettävä huomiota muun muassa, miten aineisto on hankittu ja miten edustavaa ja luotettavaa aineisto on. Mihin tutkimusongelmiin aineiston avulla saadaan vastauksia? Tutkimuksen lopputulokset voivat olla odotusten mukaiset, mikä tarkoittaa, että kohdeyhteisössä on tapahtunut muutosta lähtötilanteeseen. Lopputuloksena voi olla myös yllättävä muutos tai tilanne, jossa muutosta ei ole tapahtunut. Luotettavimmat tulokset saadaan tilanteissa, joissa arviointi voidaan osoittaa myös toiminnan kohteeseen, jolloin lopputulosarviointi on relevanttia. (Lauri 2006, 125.)

9.2 Eettiset kysymykset

Eettisyydellä tarkoitetaan pohdintaa siitä, mikä on hyvää ja mikä huonoa. Miten ratkaisumme vaikuttavat yksilöihin, yhteisöihin ja organisaatioihin? Eettisyys on myös sidonnainen sääntöihin siihen, mikä on oikein ja mikä väärin. Eettisyyttä pohtiessa tulee miettiä myös moraalialueita ja omaa käsitystä oikeasta, väärästä ja hyvästä ja huonosta. (Thompson, Melia & Boyd 2000, 1 - 14.)

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkimushankkeen valintaan, tutkimuksen toteuttamiseen, tutkimustulosten julkaisemiseen sekä tiedon soveltamiseen liittyvien yhteiskunnalle ja ulkopuoli-

sille henkilöille koituvien hyötyjen ja haittojen arviointia. Tutkimuseettisiä ongelma-alueita katsotaan olevan tutkimuskohteen valinta, aineiston kerääminen, tutkimusväittämien oikeellisuus, tutkimustulosten julkaiseminen ja tutkimustulosten soveltaminen. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75 - 76.)

Syyskuussa 2010 kuulin mahdollisesta aiheesta liittyen Turvallinen koti -hankkeeseen. Keskustelin asiasta Laurean Otaniemen yliopettaja Paula Lehdon kanssa ja päädyin tähän aiheeseen. Lupa tutkimukselleni oli olemassa hankkeen kautta. Luvan hain vielä itse opinnäytteen tekemiselle Paula Lehdolta, Laurean yliopettajalta. Sähköpostitse olin yhteydessä Samarian kotihoidon ohjaajaan. Hänen kauttaan Samarian kotihoidonhoitajat olivat tietoisia haastattelusta jo etukäteen. Kävin vielä ennen haastatteluja esittelemässä itseni paikan päällä. Myös muihin haastateltaviin olin ensin yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse. Ennen haastatteluja kaikki haastatellut saivat myös teemahaastattelun teemat tietoonsa ja näin he pystyivät valmistautumaan haastatteluun etukäteen. Kaikkien osallistujien osallistuminen oli vapaaehtoista. Ennen haastatteluja jokainen haastateltu myös allekirjoitti suostumuksen haastatteluun.

Tutkimukseen osallistuvilla on taattava anonymiteetti, oikeus luottamuksellisuuteen ja siihen ettei osallistumisesta koidu tutkittavalle mitään haittaa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 29 - 31.) Tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus ovat tärkeitä eettisiä periaatteita. Tärkeää on myös, ettei tutkija tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39.)

Tutkimuksen raportoinnissa ei julkaista mitään sellaista aineistoa, mistä voisi tunnistaa haastatellun henkilön. Haastatteluista saatu aineisto säilytetään luottamuksellisesti asiaan kuuluvalla tavalla ja tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään. Jokaisen haastattelun alussa muistutin vielä, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Pyrin siten luomaan myönteisen ja luottamuksellisen suhteen. Tutkimuksen tein nimettömästi ja siten, ettei ketään voi tunnistaa raportista. Noudatan salassapitovelvollisuutta tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Raportoin tutkimuksen yksityiskohtaisesti. Haastattelujen pohjalta muodostunut toimintamalli oli myös luettavana haastatelluilla ja näin heillä oli vielä mahdollisuus vaikuttaa lopulliseen toimintamalliin. Toimintamalli on muodostunut täysin haastatteluista saadulla aineistolla.

Eettisesti keskeisiä valintoja tutkija tekee ratkaisuisaan, miten tutkimuksen toteuttaa. Aineiston hankinta ja tutkimuksen tekeminen rehellisesti ja avoimesti ovat eettisesti tärkeitä asioita. Tutkimuksen tulosten tulkitseminen on vaativa tutkimusprosessin osa. (Viinamäki & Saari 2007, 19 - 20.)

Haastatteluista saadun aineiston kirjoitin puhtaaksi koneelle siten, että jokainen sana oli kirjoitettuna. Jokaisesta haastattelusta tein laadullisen sisällönanalyysin ja muodostin luokkia haastatteluista saadun aineiston pohjalta. Laadullisen sisällönanalyysin kautta muodostuneet luokat ovat syntyneet aineistosta ilman ennako-oletuksia siitä, mitä aineistosta tulisi tulla esille.

Etiikan näkökulmasta hyvinvointiteknologian merkittävimmät vaikutusmahdollisuudet ovat autonomian, turvallisuuden ja mieluisan elämän tukemisessa. Suurimmat pulmat liittyvät yksityisyyden suojaamiseen ja siihen, että arviointitietoa on olemassa olevista sovelluksista vähän. Hyvinvointiteknologiaan liittyy kuitenkin paljon vielä tuntemattomia mahdollisuuksia. Eettiset periaatteet ohjaavat tarkastelemaan tilanteita eri näkökulmista, ja yhdessä niistä muodostuu monimutkainen kokonaisuus. Käytännön elämässä on tavallista, ettei vain yhtä periaatetta noudattamalla voida päätyä kestävään ratkaisuun ja vaikka kaikkia periaatteita tarkasteltaisiin yhdessä, ei suoranaisesti yhtä hyvää vaihtoehtoa löydy. Tällaista tilannetta kutsutaan eettiseksi pulmaksi, dilemmaksi. Terveystieteiden ammattilaisina kuitenkin pyrimme joka tilanteessa toimimaan arvojemme ja henkilön tilanteen mukaan mahdollisimman hyvin. (Topo 2007, 32 - 35.)

Ikääntyneitä ihmisiä ja hyvinvointiteknologian tuomia mahdollisuuksia mietittäessä törmää ainakin seuraaviin eettisiin pohdintaa vaativiin kysymyksiin. Saavatko iäkkään kansalaiset oman osuutensa teknologian kehityksestä? Onko olemassa tarpeeksi heidän tarpeisiin vastaavia tuotteita ja järjestelmiä? Onko heidän tarpeensa otettu huomioon teknologiaa kehitettäessä? Onko virtuaalisten palveluiden sisällössä otettu huomioon myös iäkkäiden ihmisten tarpeet? On aiheellista myös miettiä, kehittykö teknologia liian nopeasti iäkkäiden ihmisten näkökulmasta? Hyvinvointiteknologiaa kehitettäessä tulee myös huomioida kenellä on oikeus näihin palveluihin ja kuka niitä käyttää. On tärkeää myös opastaa asiakkaat käyttämään hyvinvointiteknologiaa, sillä ilman henkilökohtaista apua hyvinvointiteknologiasta on harvoin hyötyä. (Topo 2007, 36.)

Teknologia on kasvamassa tärkeäksi työvälineeksi eri tahojen välisessä yhteistyössä. On tärkeää, että kaikessa teknologian käytössä huomioidaan inhimillisuus, eikä anneta teknologian liiaksi ohjata omaa toimintaamme. Hyvinvointiteknologian kautta saatavat uudet työvälineet ovat tukena siinä, että palveluita pystytään jatkossakin tarjoamaan laadukkaasti. (Helameri, 2005, 10 - 11.)

Hyvinvointiteknologian kohdalla on kyse yleensä tilanteesta, jossa iäkäs ihminen ei enää selviä itsenäisesti vaan tarvitsee osittain tai paljonkin muiden apua. Hyvinvointiteknologian haaste on esim. sosiaali- ja terveystoimen puolella raha. Uudet laitteet ja järjestelmät maksavat, sillä ne vaativat koulutusta ja muutosta työkäytäntöihin. Omaisille laitteet voivat olla

vaikeita käyttää ja aiheuttavat huolta. Tämä voi johtaa siihen, että asiakas vastustaa hyvää tarkoittavan teknologian käyttöönottoa. Lähtökohtana hyvinvointiteknologiassa tulisi kuitenkin etiikan näkökulmasta olla se, että ihmisellä on oikeus käyttää jäljellä olevia kykyjään mahdollisimman hyvin. Myös iäkkäillä ihmisillä on oikeus saada osuutensa teknologian kehityksessä. Apua tarvitsevalle ihmisellä on oikeus saada apua. Eettisesti kestävä tavoite tulevaisuudelle on terveydenhuollon työntekijöiden sekä omaishoitajien työn keventäminen ja mielekkyyden lisääminen. On tärkeää, että hyvinvointitekniikan hyöty kohdistuu ikäihmiselle itselleen. (Topo 2007, 38 - 39.)

Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukevia teknologioita mietittäessä on syytä huomioida, miten teknologian tuomat muutokset vaikuttavat sosiaalisiin suhteisiin ja kanssakäymiseen muiden kanssa. Yksinäisyys lisää ikääntyneiden tyytymättömyyttä elämään ja onkin kiinnitettävä huomiota siihen, ettei tekniikka eristä ikääntyneitä. Vaikka teknologialla pystytään tarjoamaan uusia vuorovaikutteisia viestintämahdollisuuksia hoitajan ja potilaan välille niillä ei pystytä kuitenkaan korvaamaan henkilökohtaista kontaktia. (Eerola ym. 2001, 56.)

Teknologian kehitys voi helpottaa ikääntyneiden elämää, mutta ei ole itsestään selvää, että uudet tekniset ratkaisut ottavat huomioon ikääntyneiden todelliset tarpeet. Teknologiaa näytetään kehitetyn tyyppisesti muiden ikäryhmien lähtökohdista. Päätös siitä, kehitetäänkö teknologiaa ns. normaalikansalaisten ehdoilla, on tärkeä yhteiskunnallinen ja eettinen valinta. (Törmä, Nieminen & Hietikko 2001, 3.)

Kun ikäihmisten hyvinvointia kehitetään, on tärkeää miettiä, miten uudet innovaatiot toimivat laajemmassa ympäristössä. Eräs toimiva tapa on tarkastella innovaatioita eri ryhmissä, esim. tuote- ja teknologiainnovaatiot, uudentyypiset verkostot ja palveluinnovaatiot. Innovaation vaikutus ikäihmisten hyvinvointiin voi olla joko suora tai epäsuora. Usein vanhuksille suunnatut innovaatiot ovat konseptikokonaisuuksia ja vaativat hyvää yhteistyötä yritysten ja julkisen sektorin toimijoiden välillä. Ikäihmiset kokevat saamansa palvelun kokonaisvaltaisesti ja asiakaskokemus muodostuu kokonaisuudesta. (Kaivo-oja 2010, 51.)

Haasteellista teknologian hyödyntämisessä hyvinvointipalveluissa on projektien näkökulmasta nyt ja tulevaisuudessa tietoturva koskevat asiat, tieto- ja viestintäteknikan hyödyntäminen, tietojärjestelmien yhteensopivuus eri organisaatioissa ja henkilöstön osaamisen kehittäminen. Eli kuinka varmistetaan, ettei tapahdu tietovuotoja. Kuinka erilaiset tietojärjestelmät toimivat keskenään, siirtykö tarvittavat tiedot eteenpäin. Lisäksi tietojärjestelmien käyttöön tarvitaan koulutusta ja uusien tietojärjestelmien oppiminen vie aikaa. Erilaisten teknologioiden hyödyntämiseen käytetään jo nyt paljon resursseja, mutta niiden käyttö on vielä osittain tehotonta. (Paasivaara, ym. 2011, 64 - 65.)

9.3 Kehittämis ehdotukset

Hyvinvointitekniologia tulisi tuoda lähemmäs hoitoalan ihmisiä, jotta siitä tulisi käsitteenä tutumpi ja näin se olisi helpompi mieltää osaksi hoitotyötä. Hyvinvointitekniologia voisi olla hoitoalan opiskelijoiden opintosuunnitelmassa laajemminkin Suomessa käytössä. Erilaisia simulaatioita ja harjoituksia voisi tehdä jo opiskeluaikana ja tarjota tällaista mahdollisuutta myös jo työelämässä oleville.

Hyvinvointitekniologiasta ja sen käytöstä hoitotyössä tulisi puhua koko työyhteisön kanssa. Tulisi kuunnella millaisia ajatuksia se herättää ja millaisia toiveita tämän asian pohjalta nousee. Hyvinvointitekniologiaan, kuten kaikkeen muuhunkin kehittämistyöhön, tulisi varata työntekijöille aikaa ja se tulisi esittää työyhteisölle siten, että kaikki asiasta kuulevat. Uusien asioiden ja toimintatapojen esille ottaminen tulisi tehdä siten, että siihen on varattu aikaa ja mahdollisille kysymyksille tulisi olla myös aikaa. Toimintatapoja ei voi muuttaa, jos siihen ei ole kunnollista suunnitelmaa. Eli myös hyvinvointitekniologian käyttöönottoon hoitotyössä tulee laatia suunnitelma ja välitavoitteet.

Hyvinvointitekniologiaa voi hyödyntää hoitoalalla monessa asiassa ja muun muassa konsultoinnissa se olisi toimiva ratkaisu monen yksikön kohdalla. Jo pelkästään esimerkiksi saman sairaalan sisällä voisi hyvinvointitekniologia olla toimiva ratkaisu silloin, kun potilas liikkuu sairaalan sisällä yksiköstä toiseen. Asiakaspäätteen kautta saatu nopea yhteys voisi nopeuttaa asiakkaan hoitoketjua ja näin asiakkaan sairaalassaoloaika voi lyhentyä huomattavasti.

Se tosiasia pitää tiedostaa, että hoitoalalla työntekijäresurssit on pienet ja potilasmäärät kasvavat koko ajan. Hoitoala ei ole nuorten keskuudessa vetovoimainen ja se asettaa tulevaisuuden haasteen, mistä saadaan hoitoalalle työntekijöitä. Uusia ratkaisuja ja toimintatapoja on kehitettävä, jotta voidaan vastata tulevaisuuden haasteisiin ilman, että asiakas ja hoitotyö siitä kärsivät. Uusille ratkaisuille ja vaihtoehdoille tulisi olla avoin. Hoitoalalle tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa ammattitaitoista henkilökuntaa. Ammattitaitoinen henkilökunta ansaitsee hyvät välineet hoitotyön tekemiseen.

Lähteet

- Ahtiainen, M. & Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla -hyöty vai haitta? Teoksessa. Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim). Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy -Juvenes Print.
- Eerola, A., Kivisaari, S., Eela, R. & Rask, M. 2001. Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia. Internet-pohjaisten omahoidon tukijärjestelmien arviointi. Tulevaisuusvaliokunta Teknologian arviointeja 8. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2001. VTT Teknologian tutkimuksen ryhmä.
- Engeström, Y., Niemelä, A.L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (Toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Juva: WS Bookwell Oy.
- Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitaaviset analyysimetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Tampere: Vastapaino.
- Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009 - 2015. ”Täyttä elämää ikääntyneenä”. Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2009.
- Hallipelto, A. 2008. Paras tuottakoon. Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO -mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Viitattu 1.11.2010. <https://oa.doria.fi/handle/10024/47133>
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon- toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino.
- Helameri, T. (ed.) 2005. Due credit to home care. Working Life Challenges. Initiative for Discussion. Helsinki: Tyyli-paino Oy.
- Hervonen, A., Pohjolainen, P. & Kuure, K. A. 1999. Vanhene viisaasti. Tampere:WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 3rd edition. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyöhön arkeen - suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Honkanen, H. 2006. Muutoksen agentit. Muutoksen ohjaaminen ja johtaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hoskins, C. & Mariano, C. 2004. Research in Nursing and Health. Understanding and Using Quantitative and Qualitative Methods. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 1.painos
- Ikonen, E.R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Edita Oyj, 3. painos.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (Toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omaisen hoitajana. Omaishoitajat ja Läheiset -liitto ry. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kaivo-oja, J. 2010. Teoksessa. Makkula, S., Mäkinen, S. & Huhta, E. (toim.) 2010. Hyvinvointipalvelut 2.0. Tulevaa ennakoiden, menneestä ammentaen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kankare, H. & Lintula, H. (Toim.) 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. Tutkimus hoitotieteessä. 2009. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kerosuo, H., Haavisto, V. & Heikkinen, M. 2009. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointi 30.3.2009. (Viitattu 1.11.2010) www.hel.fi/wps/w_cm/connect/.../kotihoitokokeilun_loppuarviointi.pdf
- Kotter, J.P. & Schlesinger, L.A. (2008). Choosing strategies for change. Harvard Business Review. July-August. 130-139.
- Krons, M. 2003. Seniorin opas. Vinkkejä/palveluja/terveyttä. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Krueger, R. & Casey, A. 2000. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Kuosa, T. 2010. Teoksessa. Makkula, S., Mäkinen, S. & Huhta, E. (Toim.) 2010. Hyvinvointipalvelut 2.0. Tulevaan ennakoiden, menneestä ammentaen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy -Juvenes Print.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus - kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuusivaara, R. 2006: Kotihoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen ja hyvinvointiteknologia. Hämeen ammattikorkeakoulu. Tamper: Domus-Offset Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999: Sisällön analyysi, Hoitotiede Vol.11, no 1/-09, 3-12.

Lappalainen, T. & Turpeinen A. (toim.) 1998. Auttamistyö kotona. Tampere:Tammer-Paino Oy.

Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.

Lauri, S. 2006. Teoksessa. Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy. 1.-4. painos.

Lehtinen, R.L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähijohtajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Kuopion Yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Lehto, P. & Leskelä, J. (Toim.) 2011. INTERAKTIIVINEN HyvinvointiTV JA KÄYTTÄJÄLÄHTÖISET ePALVELUT. Turvallinen Koti -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leikas, J., Salo, J. & Poramo, R. (Toim.) 1996. Turvahälytysjärjestelmä dementoituneen kotona asumisen tukena. Stakes. Raportteja 195. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Melkas, H., Raappana, A., Rauma, M. & Toikkanen, T. 2007. Teoksessa. Suhonen, L. & Siikaniemi, T. (toim). Hyvinvointitekniologia sosiaali- ja terveysalalla -hyöty vai haitta? Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy -Juvenes Print.

Moilanen, L. 1995. Ryhmähaastattelu työyhteisössä - tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Työturvuslaitos. Helsinki:Painotalo MIKTOR.

Mäensivu, V. 2002. Ikääntyvien viestintävalmiudet ja digitaalinen epätasa-arvo. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 71. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nygård, C.H, Eskola, H, Hyttinen, J. & Savinainen, M. (Toim.) 2007. Näkökulmia hyvinvointitekniologiaan. Tampere : Tampereen yliopistopaino.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.

Petäkoski-Hult, T. 2007. Hyvinvointitekniologia sosiaali- ja terveysalalla -hyöty vai haitta? Teoksessa. Suhonen, L. & Siikaniemi, T. (toim). Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy (Juvenes Print)

Raappana, A. & Melkas, H. 2009. Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluissa. Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Tampere: Esa Print Oy.

Rousku, K. 2008. Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjien tietoteknologiatarpeet vuonna 2030. Teoksessa. Vuorenkoski, L., Konttinen, M. & Sinkkonen, M. (toim).

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (Toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere:Vastapaino.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Ryynänen, O.P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. 1. Painos. Juva: WSOY.

Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007: Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede Vol. 19, no 6/07.

Schilling, M. 2008. Strategic Management of Technological Innovation. Second edition. New York: The McGraw-Hill Companies.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke 2007 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:6. Helsinki.

Tanskanen, I. & Suominen-Romberg, T. (Toim.) 2009. Esteettömästi saavutettavissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 82. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion Yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja.

Tervaskari, H. 2010. Teoksessa. Makkula, S., Mäkinen, S. & Huhta, E. (Toim.) Hyvinvointipalvelut 2.0. Tulevaan ennakoiden, menneestä ammentaen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy -Juvenes Print.

Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (toim.) 2000. Nursing Ethics. Fourt Edition. London: Harcourt Publishers Limited.

Topo, P. 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla -hyöty vai haitta? Teoksessa. Suhonen, L. & Siikanen T. (toim). Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Törmä, S., Nieminen, J. & Hietikko, M. 2001. Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevan teknologian arviointi käyttäjänäkökulmasta. Turvahälytysjärjestelmät. Tulevaisuusvaliokunta Teknologian arviointeja 7. Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2001. Sosiaalikehitys Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1-2.painos. Juva: WSOY.

Viinamäki, L. & Saari, E. (Toim.) 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voss, C. & Zomerdijk, L. 2007. Innovation in Experimental Services - An Empirical View. London Business School. AIM Research: United Kingdom.

Vuorenkoski, L. & Konttinen, M. Teoksessa. Vuorenkoski, L., Konttinen, M. & Sinkkonen, M. (toim.) 2008: Tulevaisuuden asiakkaat ja palvelut - Stakesin tulevaisuusverstaan anti: Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2008. Helsinki: Stakes. 40 - 45.

Webster, A. (ed.) 2006. New Technologies in Health Care. Challenge, Change and Innovation. Great Britain: Antony Rowe Ltd, Chippenham and Eastbourne.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008 - 2011. Julkaisuja 2008:6. Viitattu 11.1.2011. www.stm.fi/julkaisut/julkaisu-sarja

Liitteet

Liite 1: Informaatiokirje	68
Liite 2: Tutkimuslupahakemus	70
Liite 3: Haastattelijoiden allekirjoittama suostumus	71
Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus	72

Liite 1: Informaatiokirje

Informaatiokirje tutkimukseen osallistuvalla

Hyvä kotihoidon työntekijä/asiakas/asiakkaan omainen/palvelutalon hoitaja!

Tulevaisuudessa kotihoidon palveluiden tarve tulee kasvamaan vanhusväestön määrän lisääntyessä. Laurea Ammattikorkeakoulussa on menossa Turvallinen koti-hanke, jossa kehitetään mm. hyvinvointiteknologian avulla uusia toimintamalleja hoitotyöhön. Hyvinvointiteknologian hyödyntämistä kotihoidossa on tutkittu vähän ja tämän vuoksi tälle tutkimustiedolle on tarvetta. Pyydänkin ystävällisesti sinua osallistumaan haastatteluun.

Opintoihini liittyen toteutan opinnäytetyön, jonka tarkoituksena on tuottaa uudenlainen toimintamalli kotihoitoon, jossa hyvinvointiteknologiaa käytetään avuksi kotihoidon käyntejä toteutettaessa. Opinnäytetyön on tarkoitus olla valmiina syksyllä 2011 ja se julkaistaan joulukuussa 2011. Opinnäytetyö tehdään ryhmä - ja parihaastatteluin teemahaastatteluilla. Teemahaastatteluissa haastatellaan kotihoidon palvelupäällikköä/kotihoidon ohjaajaa, kotihoidon hoitajia, kotihoidon asiakasta/asiakkaan omaista ja palvelutalon yöhöitäjia. Haastatteluista saatua tietoa tullaan käyttämään uuden toimintamallin tuottamiseen. Tässä toimintamallissa hyvinvointiteknologia tuodaan osaksi hoitotyötä.

Haastattelut toteutetaan kevään 2011 aikana ja haastattelut analysoidaan sisällönanalyysillä. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja säilyttämään luottamuksellisesti ja haastateltavat pysyvät nimettöminä. Opinnäytetyön päätyttyä aineisto hävitetään asianmukaisesti. Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista.

Osallistumiseen haastatteluun on tärkeää, sillä uusia toimintamalleja tarvitaan, jotta tulevaisuudessakin voidaan hoitotyötä tehdä kiireettömästi ja ammattitaidolla.

Yhteistyöstänne kiittäen,

Sairaanhoitaja,
Klininen asiantuntija Yamk - opiskelija Marjo Heikura
p. 050-5923292, email: marjo.heikura@laurea.fi

Opinnäytetyön ohjaajat:
Laurea -ammattikorkeakoulun opettaja Seija Olli, seija.oli@laurea.fi
Laurea- ammattikorkeakoulun yliopettaja Paula Lehto, paula.lehto@laurea.fi

Teemahaastattelurunko:

Teemoilla halutaan vastauksia tutkimustehtäviin:

Tutkimustehtävät:

1. Millainen toimintamalli muodostuu Samarian kotihoitoon, kun otetaan käyttöön hyvinvointiteknologia eli asiakaspäätte kotihoidon asiakkaan kotiin?
2. Millainen on hyvinvointiteknologian avulla suoritettu kotihoidon asiakaskäynti?
3. Mitkä ovat kotihoidon työntekijöiden ja asiantuntijoiden näkemykset

Liite 1: Informaatiokirje

hyvinvointiteknologian hyödyntämisestä kotihoidossa?

Teemat:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| - kotihoidon nykytila, tulevaisuus | tutkimuskysymys 1 |
| - kotihoidon käynti | tutkimuskysymys 1 |
| - hyvinvointiteknologia | tutkimuskysymys 1, 2 |
| - hyvinvointiteknologia ja kotihoito | tutkimuskysymys 1, 2 |

Täydentäviä (Moilanen 1995, Sipilä ym. 2007, Krueger & Casey 2000) kysymyksiä haastattelussa ovat:

- miten kotihoidon käynnin sisältö rakentuu ajallisesti?
- mitkä tekijät koetaan raskaiksi, mitkä voimaa antaviksi työssä?
- mitä sanasta hyvinvointiteknologia tulee mieleen?
- hyvinvointiteknologian yhdistäminen osaksi kotihoitoa, mitä ajatuksia ?
- millaista tietoa tarvitaan hyvinvointiteknologian käyttöönottoon?
- uuden toimintamallin mahdollisuudet, tulevaisuuden näkymä?
- mihin asioihin hyvinvointiteknologia (asiakaspääte) ei sovi?
- mihin asioihin hyvinvointiteknologiaa (asiakaspäätettä) voisi käyttää?
- mihin kaikkeen teknologia työyhteisössä liittyy ja mitä vaikutuksia sillä on?

Liite 2: Tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupahakemus Paula Lehdolle

Hakija: Marjo Heikura
Taavinharju 16 b 3, 02180 Espoo
p. 050-5923292
marjo.heikura@kauniainen.fi

Toimipaikka: Laurea AMK, Kliininen asiantuntija Yamk opinnot
Suoritettut tutkinnot: Sairaanhoidtaja AMK, Kätilö AMK
Tämänhetkinen työtehtävä: Sairaanhoidtaja Kauniaisten terveysaseman vastaanotto

Tutkimuksen ohjaaja: Seija Olli Laurea AMK, Paula Lehto, Laurea, Otaniemi

Tutkimus: Kotihoidon ilta/yökäynnin korvaaminen hyvinvointiteknologian avulla.
Tutkimuksen taso: Yamk lopputyö

Lyhyt yhteenveto tutkimussuunnitelmasta:

Työ on laadullinen tutkimus jossa haastatteleamalla Samarian kotihoidon työntekijöitä, kotihoidon asiakasta ja hänen omaista sekä Espoon keskuksen palvelutalon yöhoitajia pyritään muodostamaan uusi toimintamalli Samarian kotihoitoon. Toimintamallissa käytetään hyvinvointiteknologiaa hyödyksi. Tutkimus on osa Turvallinen koti -hanketta.

Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheisensä vahingoksi ja noudatan salassapitovelvollisuutta. En luovuta tietoja sivullisille.

Hakijan allekirjoitus:

Liite 3: Haastattelijoiden allekirjoittama suostumus

Suostumus haastatteluun

Suostun siihen, että minua haastatellaan Kliinisen asiantuntijan Yamk opinnäytetyöhön liittyen ja haastattelussa saatua aineistoa käytetään uuden toimintamallin tuottamiseen Espoon kotihoitoon. Minulle on kerrottu, että aineisto on luottamuksellista ja oma henkilöllisyys on suojattu.

Päivämäärä

Allekirjoitus:

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

Coping at Home	Tekesin FinnWell-ohjelman rahoittama hanke. Keskittyy ikääntyvän ihmisen hyvän elämän palveluketjun mallintamiseen ja fyysisen suorituskyvyn ja laadun arviointimittarin kehittämiseen. Laurean projekti koostuu ikääntyvän ihmisen hyvinvointipalvelujen tutkimisesta ja kehittämisestä sekä asiakaslähtöisestä kotona selviämisen (coping at home) hyvän elämän palveluketjun lähtökohdista että yksityisen palvelutuotannon kehittämisen näkökulmista. Coping at Home -tutkimushankkeen tarkoituksena on kehittää hyvinvointia edistävää ja tukevaa turvallista ympäristöä ja tuottaa kotona selviämistä mahdollistava toimintamalli.
Turvallinen koti: 2008 - 2011	Uudellamaalla, Kymenlaaksossa ja Varsinais-Suomessa toteutettavassa Turvallinen koti -hankkeessa kehitetään hyvinvointipalveluja asiakasvetoisesti eri asiakasryhmien kotona asumisen tukemiseksi. Palvelukonseptiin kuuluvat mm. vuorovaikutteiset HyvinvointiTV®-ohjelmat ja erilaiset e- palvelut, joita tuotetaan HyvinvointiTV®:n ja muiden soveltuvien teknologioiden avulla.
Well Life Center	Hyvinvointiosaamisen tutkimus -ja kehitysympäristö. Well Life Center tarjoaa tiloja ja monipuolisia tutkimus-, testaus- ja kehittämisspalveluita alan yrityksille ja toimijoille, jotka haluavat kehittää uusia tuote- ja palvelukonsepteja yhdessä loppukäyttäjien ja tutkimuslaitosten kanssa. Yhtiö rakentaa myös valmiudet olla vahvasti mukana perusteilla olevan valtakunnallisen terveyden ja hyvinvoinnin strategisen huippuosaamisen keskittymän (SHOK) toiminnassa.
Hyvinvointi-TV	Yksi Coping at Home tutkimushankkeessa kehitetyistä ratkaisuista on Well Life Centerissä keväällä 2006 espoolaisilla omaishoitajilla pilotoitu HyvinvointiTV. HyvinvointiTV- tutkimushankkeessa on lähtökohtana ollut ikääntyvä omaishoitaja asiakkaana, jonka pohjalta on luotu onnistuneen omaishoitajuuden malli. Mallin perusteella on nostettu esiin haasteet, joihin HyvinvointiTV voi tarttua. Tutkimushankkeessa on otettu teknologia ikääntyvien hyvinvoinnin edistämisen käyttöön. Tutkimuksen toteutusvaiheessa on löydetty HyvinvointiTV:n neljä erilaista asiakasryhmää, joita varten toimintaa jatkossa kehitetään. Tutkimustietoon perustuen on tuotettu omaishoitajien HyvinvointiTV:n konsepti.
Kotiin: osa InnoELLI Senior 2006 - 2007 - hankekokonaisuutta	Yksi Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) tukemista ohjelmista KOTIIN-hankkeessa korkeakoulut, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat kehittävät yhdessä

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	ikäntyvien kanssa HyvinvointiTV:n virtuaalisia hyvinvointipalveluja. Hankkeessa tuotetaan sairaalasta kotiutuville ja korkean sairausriskin omaaville ikääntyville suunnattuja ohjaus- ja neuvontapalveluja. Tavoitteena on, että palveluilla voidaan vaikuttaa ikääntyvien kotona selviytymiseen ja laitoshoidon vähentymiseen.
Koti-in	Etelä-Karjalassa toteutettava osahanke Kotiin-hankeesta, jonka tavoitteena on kehittää toimintamallia kaksisuuntaisen interaktiivisen hyvinvointi-tv:n käytöstä ikääntyvien kotona asumisen ja kuntoutumisen tueksi. Etelä-Karjalassa Kotiin-nimisen osahankkeen toteuttavat Lappeenrannan kaupungin vanhusten palvelut ja Lappeenrannan Kylpylaitos. Mukana on myös Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu
Ikääntyvien kotiklinikka- Sairaalasta kotiutuvan ikääntyvän tueksi	Ikääntyvien kotiklinikka -osahankkeen tavoitteena on selvittää tutkimuksellisesti HyvinvointiTV:n kautta tuetun tuen ja hyvinvointiteknologiaa hyödyntävien palvelujen soveltuvuus laitoksesta tai sairaalasta kotiutuvan ikääntyneen ja hänen läheistensä hyvinvoinnin edistämiseksi kotiympäristössä. HyvinvointiTV:n sisällöllinen ja menetelmällinen ohjelmatuotanto tuotetaan toimintatutkimuksellisesti. Tiedonantajina osahankkeeseen osallistuvat asiakkaat ja kotihoidon asiantuntijat. Ikääntyvien kotiklinikka -osahanketta koordinoi Laurea- ammattikorkeakoulu. Hankkeella on päävastuu koko KOTIIN -hankkeen tutkimuksesta sekä HyvinvointiTV:n sisällöntuotannosta. Ikääntyvien kotiklinikka -osahanketta rahoittavat InnoELLI Senior -ohjelman lisäksi Laurea -ammattikorkeakoulu sekä Espoon- ja Vantaan kaupungit.
"DIGAME - Digitaaliset palvelut kotona asumisen tukena	KOTIIN -hankkeen osahanke, jossa lähtökohtana on kehittää ja tuottaa interaktiivisen Hyvinvointi -TV:n välityksellä ohjelmaa ikääntyville ja heidän läheisilleen kotona selviytymisen ja hyvinvoinnin tueksi. DIGAME -osahankkeessa kehitetään ja tuotteistetaan lisäksi vuorovaikutusyhteyttä ikääntyneen ja läheisen välille digiboxi-sovelluksen avulla. Hankkeiden yhteistoiminnallisuus mahdollistaa laaja-alaisen yhteistyöverkoston syntymisen sekä kahden eri teknologia-alustan välisen vertailun. Digame-osahanketta koordinoi Turun ammattikorkeakoulu. Osahankkeen tutkimus kytkeytyy toimintatutkimuksen osallistaviin periaatteisiin. HyvinvointiTV:t sijoitetaan Turkuun, Palvelukeskus Kotikunnakseen, ja Laitilaan, jossa yhteistyötahoina ovat Laitilan kaupungin sosiaali-toimi, Laitilan-Pyhärannan ktt ky ja Laitilan Terveyskoti. Toimintaan kytetään vahvasti myös opiskelija- ja vapaaehtoisuusyhteistyötä. Digame-osahanketta rahoittavat InnoELLI Senior -ohjelman lisäksi Turun ammattikorkeakoulu ja Laitilan kaupunki.
InnoElli Senior	2006-2008. Etelä-Suomen maakuntien liittouman alueella

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	<p>toteutettava Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) tuke- ma innovatiivisten toimien ohjelma. Ohjelman avulla on tarkoitus kehittää yhteistyössä julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa uusia, innovatiivi- sia toimintamalleja ikääntyneiden hyvinvointipalveluiden tuottamiseksi laadultaan ja kustannuksiltaan tehokkaasti. Ohjelma koostuu seitsemästä hankkeesta ja kolmesta toimintalinjasta. Toimintalinjat ovat uudet toimintamal- lit, verkostot ja viestintä ja eurooppalaiset verkostot. Kaikki isot alan toimijat on pyritty sitouttamaan ohjel- maan. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socom on yksi maamme yhdeksästä sosiaalialan osaamiskeskuk- sesta. Socom on myös ollut mukana InnoELLI Senior - ohjelman valmistelutyössä aivan alusta lähtien.</p>
Elli	<p>Lappeenranta on päätoteuttajana Meri, Saaristo ja Saimaa ELLIssä, jossa kehitetään kotihoidon työprosesseja tekno- logiaa hyödyntäen. Etelä-Karjalan hankekumppaneina ovat Kymenlaakso ja Varsinais-Suomi.- Käytännön työn tavoitteena on kehittää kotihoitoa niin että ikääntyvät voivat asua kotona mahdollisimmin kauan myös toiminta- kyvyn heikennyttyä. Teemme kehitystyötä myös seniori- hotellikonseptin kanssa. Laajaan hankkeeseen kuuluu kotihoito prosessien uudistamista mm. etävastaanottoa, pikamittareita, lääkkeenjakoja, lääkemuiistuttajia ja poti- las- ja asiakastietojärjestelmän etäkäyttöä kehittämällä.</p>
Seniorhaavi 1 ja 2	<p>SeniorHaavi 1 -hankkeessa koottiin Etelä-Suomen alueen kattava ikäihmisille ja heidän omaisilleen suunnattu pal- veluportaali yhteistyössä kuntien, yrittäjien ja kolmannen sektorin kanssa. SeniorHaavi 2 -hankkeen tavoitteena on monistaa, jatkokehittää ja markkinoida koko Etelä- Suomen maakuntien liittouman alueella SeniorHaavi 1 - hankkeen rakentamaa Palvelupolku-portaalipalvelua ja alueellisia seniori-infosivuja sekä siihen kiinteästi liittyvää Hyvinvointiasema palvelumallia. SeniorHaavi 2 -hankeen viestinnän tavoitteena on jatkaa SeniorHaavi 1 - hankkeessa toteutettua viestintämallia. Siinä viestinnän sekä verkostoitumisen elementtien kautta tuodaan In- noELLI Senior -ohjelman toimintalinjan 1 ja 2 uudet toi- minta- ja palvelumallit sekä muu aikaansaatu kehitystyö kaikkien sidosryhmien ja suuren yleisen tietoisuuteen.</p>
Innovaatioista käytäntöihin= IKÄ 1, ”Cluster in Moti- on=IKÄ 2	<p>Cluster in Motion -hankkeen tavoitteena on yritysten syn- nyn, kasvun, kehittymisen ja kansainvälistymisen edistä- minen 1) aktivoimalla hyvinvointialan toimijoiden - sosiaa- li- ja terveystoimen, yritysten, tutkimuksen, koulutuksen sekä muiden sidosryhmien edustajien kansallista verkosto- toimintaa, 2) luomalla verkostolle yhteydet valittuihin kansainvälisiin verkostoihin ja 3) luomalla verkostoitumis- ta ja yhteistyötä tukeva innovaatioympäristö. Toimijoiden yhteisiä kehityshankkeita tukevan innovaatioympäristön</p>

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	toiminta-ajatuksena on luoda eri toimijoille avoin kehittämissympäristö, jossa tuotetaan ja syvennetään innovatiivista hyvinvointiosaamista integroimalla teknologia- ja liiketoimintaosaamista ihmisen hyvän elämän mahdollistamiseksi ja kilpailukykyisen liiketoiminnan kehittämiseksi. Ympäristö rakentuu ammattikorkeakoulutoiminnan ympärille.
Lääkelogistiikka	Osa innovaatioista käytäntöihin (IKÄ)- hanketta. 10 / 2005 - 12/2006. Muistuttava GSM-annostelija ja lääkelogistinen järjestelmä. Tavoitteet: Hoitovaste paranee, apteekin farmaseuttinen tietämys hyödynnetään, lääkeannostelun tehokkuus lisääntyy, lääkehävikki pienenee, asiakkaan maksamat lääkekustannukset pienenevät, Kelan maksamat korvaukset pienenevät, turhien kotikäyntien määrä vähenee. palvelumallin antama mahdollisuus vaikuttaa potilaisiin ennen heidän joutumistaan kotihoiton piiriin ja näin pitkittää heidän itsenäistä toimeentuloaan kotona.
Teknologia avuksi ikääntyvien hyvinvointiin	Vanhusten omatoimista selviytymistä edistävä innovaatioympäristöhanke: 2006 - 2007. Kesto 2005 - 2007. Tämä oli jatkohanke IKÄ 1 ja IKÄ 2 (Innovaatioista käytäntöihin) -hankkeille. Innovaatioympäristöhanke missiona oli ikäihmisten omatoimisen ja itsenäisen elämän edellytyksien parantaminen teknologiaa hyväksi käyttäen. Tavoitteena oli aikaansaada pääkaupunkiseudulle vanhusten omatoimisuutta edistävä innovaatioympäristö, jolla on fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä kokoamalla pääkaupunkiseudun kaupunkien vanhuspalveluihin keskittyneet teknologiset kehityshankkeet yhteiseksi kehittämissuunnitelmaksi.
Digikynä	Tavalliselle paperille käsinkirjoitetut dokumentit siirtyvät automaattisesti mistä vain ilman viiveitä yrityksen tietojärjestelmiin. Sovellukset muuntavat käsinkirjoitetun informaation konekielelle, asiakkaan tietojärjestelmiin ja prosesseihin sopivaan muotoon. Menetelmä soveltuu tehostamaan kaikkia prosesseja joissa syntyy käsinkirjoitettua informaatiota.
AmIE Ouka	2007 - 2009, Oulun kaupunki. Hankkeen tavoitteena oli mm. kehittää vanhusten kotona selviytymistä tukevia, hyvinvointiprofiiliin perustuvia, älykkäitä teknologisia palveluja ja ratkaisuja sekä pilotoida käyttäjäkeskeisesti kehitettyjä teknologiatuotteita ja järjestelmiä aidossa käyttäjäympäristössä, näytännön prosessien yhteydessä.
EMOTIONAAL-e-Kylä hanke	2009 - 2012, Diakonia-ammattikorkeakoulu (Diak Itä, Sosiaalitalouden tutkimuskeskus), ActiveSoft Oy sekä kumppaneita Saksasta ja Itävallasta. Hankkeen tavoitteena on tieto- ja viestintäteknologian avulla tukea ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä ja asumista myös haja-asutusalueella. Hankkeessa pilotoidaan portaali, jonka

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	avulla voi hankkia palveluja ja tuotteita sekä tehdä terveyden seuranta.
HYTEKE- hyvinvointiteknologian testi- oppimis- ja kehitysympäristö	2005 - 2006, Kajaanin ammattikorkeakoulu. Projektissa suunniteltiin ja rakennettiin esteetön Kätevä koti, jota voidaan käyttää itsenäisen suoriutumisen ja hyvinvointiteknologian testi-, oppimis- ja kehitysympäristönä sekä apuvälineiden testaustilana.
Hyvinvointia edistävä teknologiahanke	2006 - 2007, Oulun kaupunki, Hyvä Tek -hankkeessa hyödynnettiin SENTEK (Hyvinvointiaktiiviteetin etäteknologiahanke ikäihmisille) -hankkeen aikana työstettyä iäkkäiden hyvinvointimittaristoa. Pilotointivaiheen aikana se kehitettiin yksilöllistä nykytilaa kuvaavaksi hyvinvointiprofiiliksi. Hyvinvointiprofiilia käytetään työkaluna, jonka avulla määritetään yksilöllinen palvelu- ja toimenpidesuunnitelma.
Inno-Kusti	2006 - 2010, Kustaankartanon vanhustenkeskus. Tavoitteena oli teknologisten ratkaisujen ja hyvien toimintatapojen myötä parantaa hoidon laatua sekä helpottaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Projekteissa mm. testattiin geroteknologisia laitteita ja arvioitiin niiden käytettävyyttä ja vaikuttavuutta hoitotyössä sekä niiden soveltuvuutta eri asiakasryhmille.
lita-projekti	2008 - 2010, INNO-Kustin alainen projekti. Projektissa kehitetään ja kokeillaan vuorovaikutteista palvelua kuntoutusyksiköstä kotiutuville kaupungin kotihoidon asiakkaille.
Integroidut Ubi palvelut	2009 - 2011, Valtion teknillinen tutkimuskeskus VTT. Huonetilojen käyttöä ja käytettävyyttä voidaan parantaa ja tehostaa tuottamalla niistä tosiaikaista tietoa joko käyttäjille tai käytön seurantaan. Sovelluksia on kehitetty varustamalla sekä ympäristöä että käyttäjiä antureilla palveluiden toteutuksen helpottamiseksi tai niiden sisällön ja laadun parantamiseksi. Projektissa kehitetään ratkaisuja em. järjestelmien yhteensopimattomuusongelmiin.
Intelligent System for Independent living and selfcare of seniors with cognitive problems or Mild Dementia (ISISEMD)	2009 - 2011, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja toimijoita Tanskasta, Pohjois-Irlannista, Italiasta ja Kreikasta. ISISEMD-projektin tavoitteena on kehittää ja pilotoida innovatiivinen ja rajapinnoiltaan avoin palvelukokonaisuus, jolla tuetaan ikääntyneiden itsenäistä kotona selviytymistä. Projektissa keskitytään tukemaan lievästi muistisairaiden ja kognitiivisista ongelmista kärsivien ikääntyneiden ryhmää. Ikääntyneiden lisäksi ISISEMD projektissa tuetaan omaisten ja hoitajien jokapäiväistä vuorovaikutusta, jolla mahdollistetaan ikääntyneiden kotona

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	selviytyminen pidempään sekä elämänlaadun kohentuminen
Kotipesä - vanhusten kotihoidon oppimisverkosto	2006 - 2007, Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskus ry (EPTEK). Tavoitteena oli luoda monien kotihoidon palvelujen ja itsenäisen suoriutumisen teknologioiden kanssa toimivien tahojen oppimisverkosto. Tarkoitus oli lisätä vuoropuhelua vanhustyön ammattilaisten ja teknologian kehittäjien välillä yhteisillä kouluksilla, jolloin henkilökunta tutustui teknologiaan ja yritykset tutustuvat ikääntyneiden arkeen ja heidän hoitamaisensa arkeen ja tätä kautta asiakastarpeisiin.
Kulkurin valssi	2008 - 2010, Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskus ry (EPTEK) Kulkurin valssi - hanke hakee ratkaisuja kotona asuvien dementoituvien eksymisvaaran ehkäisyyn. Tavoitteena on jatkaa turvallista kotona asumista mahdollisimman pitkään myös sivukylillä kulunvalvonnan ja sosiaalisen turvan tukemana.
Toimintakykyisenä ikääntyminen- vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa	2010 - 2012, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Satakunnan kunnat, Varsinais-Suomen kunnista Länsi-Turunmaa, Raisio, Rusko ja Salo. Hankkeessa kehitetään Länsi-Suomen kuntiin vanhuspalveluiden malli, joka mahdollistaa itsenäisen elämän kotona mahdollisimman pitkään. Hanke käynnistää muutosprosessin, joka lähtee ennakkoluulottomasta uusien toimintatapojen ja innovaatioiden kokeilusta ja juurruttamisesta kuntien vanhuspalveluihin. Keinoina ovat mm. ikäihmisten ja heidän omaistensa osallistaminen ja voimaannuttaminen, henkilöstön koulutus, uusien palvelumuotojen hyödyntäminen sekä teknisten apuvälineiden kokeileminen.
Turvallinen yhteisöllinen elinympäristö	2009 - 2011, Wiktio Oy yhteistyökumppaneineen Projektissa kehitetään palvelukonsepti, joka on tuotettavissa ja monistettavissa erilaisiin kohteisiin. Konsepti rakentuu teknisestä integraatiosta, kulttuurisesta hyvinvoinnista ja virikkeistä, stressittömästä ympäristöstä sekä tukipalveluista. Tekniseen integraation kuuluvat informaatiojärjestelmät, talotekniikka, sosiaali- ja viriketekniikka. Integroidun informaatiojärjestelmän tarkoituksena on toimia hoiva-alan palvelutalon asiakkaiden palvelua tukevana järjestelmänä. Tavoitteena on kehittää palvelukonsepti kattamaan myös kotiympäristö.
Vanhuspalvelujen suunnanmuutos- Ennaltaehkäisevän vanhustyön vahvistaminen, EVA	2006 - 2008, Joensuun kaupunki, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, Itsenäisen Suoriutumisen Innovaatiokeskus (ISAK). EVA-hankkeen tavoitteena oli kehittää ennaltaehkäisevän vanhustyön toimintamalleja, joiden avulla käynnistettiin kotona selviytymistä tukeva vanhuspalvelujen suunnanmuutos. Hanke pohjusti myöhemmin käynnistyvää

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	Tulevaisuuden seniorikeskus -kokonaisuutta.
VIRTU- Virtual elderly Care services on the Baltic Islands	<p>2010 - 2013, Suomesta Turun ammattikorkeakoulu, Ammattikorkeakoulu Novia, Laurea- ammattikorkeakoulu, Ahvenanmaan ammattikorkeakoulu ja Virossa Tuurun kehittämiskeskus sekä yhteistyökunnat Suomesta ja Virossa</p> <p>Virtu-hankkeen lähtökohtana on luoda uudenlainen innovatiivinen palvelumalli, joka perustuu virtuaalisten teknologioiden hyödyntämiseen. Hankkeen aikana testataan videokonferenssi-tekniikkaan perustuvaa sisällöntuotantoa, joka mahdollistaa mm. virtuaaliset kotihoitokäynnit, liikuntatuokiot, lääke- ja ravitsemusneuvonnan jne. tuottamisen ikääntyville kotiin. Virtu-hankkeen tavoitteena onkin tukea ikääntyneen omaa aktiivisuutta, parantaa toimintakykyä, kohentaa turvallisuutta ja luoda mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään laitossuunnitelmien sijasta. Hankkeen verkkosivut avautuvat vuoden 2011 alussa.</p>
Yksilöllinen turvaverkko dementoituneelle, EEVA	<p>2004 - 2006, Etelä-Pohjanmaan Telelääketieteen Palvelukeskus ry (EPTEK), Seinäjoen keskussairaalan neurologian ja geriatrian poliklinikka, Pilottikunnat: Ilmajoki, Seinäjoki, Jurva, Alavus, Lapua ja Alajärvi, LiferT Oyj, E-P:n Muistihäiriö- ja Dementiayhdistys ry, Ilmajoen Elektroniikka Oy .</p> <p>Puolentoista vuoden aikana luotiin yksilöllinen turvaverkko dementiasta kärsiville, jolloin potilas voi turvallisesti asua tutussa kyläyhteisössään ja kodissaan. Hankkeen aikana sovellettiin yritysten kehittämiä teknisiä turvatekijöitä dementoituneen arkeen.</p>
ESKO	<p>Suunnitella toimivia ja ekotehokkaita senioriasumisen ratkaisuja suunnitteluyhteistyön avulla, suunnitella ikääntymisen henkistä ja fyysistä hyvinvointia tukeva lähiympäristö arkkitehtuurin, sisustuksen, teknologian, pihan ja viherympäristön avulla, kartoittaa asuintiloissa käytettävien materiaalien huollettavuutta ja tilojen toimivuutta palvelutoimintojen kannalta, luoda suunnittelijoiden ja rakennuttajien käyttöön senioriasuntojen suunnitteluohje, tuotteistaa, pilotoida ja ohjeistaa senioriasuinalueen konsepti koerakentamisalueilla.</p>
Selma: Vivamus hanke	<p>Vivamus-hanke Selma antaa uusia työkaluja ikääntyvien asumisen suunnitteluun. Kolmivuotisen kehityshankkeen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa asiakaslähtöisen senioriasumisen edellytyksistä ja mahdollisuuksista Suomessa. Oppia ja vertailukohtia haetaan kansainvälisesti eri maiden parhaista käytännöistä. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ikääntyvien ostokäyttäytymistä asunon valintatilanteessa ja tunnistamaan ne tekijät, jotka</p>

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	vaikuttavat asumisvaihtoehdon valintaan. Lisäksi tutkimuksessa kehitetään menetelmiä asumisvaihtoehtojen käytettävyyden arviointiin senioriasiakkaan tarpeiden näkökulmasta.
Mobiilihoitaja	Hanke on jatkoa Helsingin kaupungin kodinhoidon kehittämisprojektiin. Sen tavoitteena on testata mobiilin päätelaitteen soveltuvuutta asiakastietojen välityksessä. Hankkeen avulla voidaan parantaa asiakas- ja hoitotyön tiedonkeruuta sekä saatavuutta kotihoidon asiakkaiden omissa asuinolosuhteissa, tehostaa hoitajien ajankäyttöä sekä tuottaa tietoa kotihoidon palvelujen tuotteistamiseen, laskutukseen ja työntekijöiden työajan suunnitteluun. Kysymys on kotihoidon palvelujen järjestämis- ja tuottamistapojen kehittämisestä uudella tavalla asiakaslähtöisesti ja innovatiivisesti.
Mobiilihoiva turvallisen kotihoidon tukena	1.5.2008 ja päättyy 30.6.2010. Mikkelin Amk. Tarkoitus oli kehittää komponentit ja käytännöt kotihoidettavien tilan ja aktiivisuuden tulkintapalveluun, jotta laitetoimittaja voi tarjota kokeilun parhaimman käytännön mukaista palvelua hoivakotien käyttöön heti projektin jälkeen. Pyritään mahdollistamaan kotona hoidettavien vanhusten määrän kasvu uuden palvelun avulla ilman hoivahenkilökunnan lisäämistarvetta. Tällä hillitään väestörakenteen muutoksesta tulevaa painetta laitospaikojen lisäämiseen. Pyritään mahdollistamaan kotihoitokäyntien aikaisempaa huomattavasti parempi suunnitteleminen. Käynnit kohdistuvat aikaisempaa paremmin kohteihin, joissa hoivan/hoidon tarve edellyttää kotikäyntiä.
Healthcarebusiness.fi EU Healthcarebusiness.fi	
Rehacare 2006	(dusseldorf): RehaCare-messut, Düsseldorf 18 - 21.10.2006. Tavoitteet: Esitellä suomalaista innovaatiota (Caring TV) sekä suomalaisia vanhustyön kehittämiseen suuntautuvia hankkeita. Luoda kansainvälisiä asiakas- ja kumppanuussuhteita.
Innovatiiviset kotona asumista tukevat palvelut	Oulun kaupungin hanke.5/2011 - 12/2013 Kotihoitoon luodaan yhteistoimintamalli monitoimijayhteistyönä. Malli mahdollistaa asiakkaan turvallisen kotona asumisen ja lisää yhteisöllisyyttä. Ikääntyneen omaisten tai muiden läheisten sekä vapaaehtoisten osallisuutta asiakkaan arjessa tuetaan. Asiakkaan yhteydenpito omaisiin ja häntä hoitaviin henkilöihin mahdollistuu mm. helpokäyttöisen kuvapuheluteknologian avulla maantieteellisistä rajoista riippumatta. Toimintamallissa kuvataan miten sekä millaisissa kotihoidon asiakastilanteissa teknologiaa voidaan hyödyntää. Teknologia- avusteinen, tuotteistettu kotihoito. Koti-

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

	<p>hoidon perinteisiä käyntejä pyritään korvaamaan tai jopa vähentämään erilaisten teknologisten ratkaisujen avulla. Työntekijät omaavat valmiuksia toteuttaa kotihoitoa uudella tavalla. Työntekijät hyödyntävät teknologisia apuvälineitä työssään, mm. ohjaavat ja neuvovat asiakasta kuvayhteyden välityksellä verbaalisesti ja visuaalisesti. Työntekijät perehdytetään myös yhteistoimintamalliin ja teknologiaratkaisuihin.</p> <p>Teknologisavusteinen yhteistoimintamalli on testattu, arvioitu ja osoittautunut asiakkaan kotona asumista tukeväksi sekä hoitotyötä hyödyntäväksi ja kustannustehokkaaksi. On laadittu jatkosuunnitelma, miten malli laajennetaan koko Oulua koskeväksi vuonna 2014.</p> <p>Toimintamalli on hyödynnettävissä kansallisesti ja soveltuvin osin myös kansainvälisesti.</p>
Vanhusten syrjäytymisen ehkäiseminen Helsingin kotihoidossa: Lupaavien käytäntöjen jalostamishanke	Hankkeen tavoitteena on Helsingin vanhustenhuollossa käytössä olevien lupaavien uusien käytäntöjen jalostaminen ja muokkaaminen laajasti sovellettaviksi kotihoidon toimintamalleiksi. Tutkimus- ja kehittämishanke yhdessä Helsingin yliopiston kanssa. Hankkeen keskiössä ovat syrjäytymisvaarassa olevat vanhukset.
Kate, kotihoitoa tukevat etäpalvelut	Hyvinvointipalvelujen kehittäminen informaatio- ja kommunikaatioteknologian avulla on keskeinen tavoite ikääntyvän väestön kotona asumisen tukemisessa. Kotihoitoa tukevat etäpalvelut -hanke kehittää kotihoito- ja tekonivelleikkauspotilaan hoitoprosesseja motivoimalla ja aktivoimalla potilaita omahoitoon. Hankkeen tehtävänä on luoda etähoidon ja -palvelun malli, jossa toteutetaan a) potilaan etäohjaus ja osallistaminen omahoitoon ja kuntoutukseen ja b) etälääketieteen konsultaatio kotihoidon potilaan kotona. Tavoitteet: luoda, pilotoida ja tuotteistaa omahoitoa tukeva etähoito- ja -palvelumalli kotihoidon asiakkaille ja tekonivelleikkauspotilaille, kehittää olemassa olevaa teknologiaa hyödyntäen teknologia-alusta, jonka avulla etäpalveluja toteutetaan, selvittää palvelujen käytettävyys, toteutettavuus ja taloudellisuus.
Iloa kotihoitoon- Sateenvarjohanke	Verkostoitumalla hyvinvointia kotihoitoon: 2003 - 2005. Hankkeen tavoitteena on työorientaation kehittyminen ja työkuulttuurin selkeytyminen kotihoidossa sekä henkilöstön oman työn arvostuksen lisääntyminen. Hankkeen avulla pyritään tiimityöskentelyn ja verkostoitumisen kehittämiseen kunnan/kuntien eri palvelusektoreiden välillä. Verkostoitumisen laajentuminen pyritään kehittämään sekä seutukunnan sisällä että seutukuntien ja ympäristökuntien välillä.
Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä	2008 - 2010:PKAMK, Tavoitteet: Kehittää seudullisen verkostoyhteistyönä hankekuntien ympärivuorokautisen kotihoidon palveluita ja palvelurakenteita tehostetun koti-

Liite 4: Hvvinvointiteknologiasta tehtv hankekartoitus

	<p>hoidon tai kotisairaaloiminnan periaatteiden mukaisesti, Kehittää ja vahvistaa toimijoiden omaa osaamista ja osaamisen johtamista sekä verkostodialogia eri organisaatioiden, yritysten ja toimijoiden välillä niin, että asiakaslähtöinen kotihoito toteutuu saumattomasti, turvallisesti ja kustannustehokkaasti. Toimenpiteet: Turvallisen kotiuttamisprosessin mallintaminen ja eri alueiden ympäri-vuorokautisen sairaalatasoisen kotihoidon mahdollistava palvelurakenne. Oman osaamisen tunnistaminen ja hyödyntäminen kotihoitoa tukevassa verkostossa.</p>
TEKO, teknologialla muutosta kotihoidon toimintaprosesseihin	<p>1.9.2005-30.8.2007-31.12.2007. TeKo-hanke toteuttaa FinnWell-ohjelman tavoitteita synnyttäen sosiaali- ja terveydenhuoltoon uudenlaisia toimintamalleja ja uusia palveluinnovaatioita sekä edistää teknologian käyttöönottoa. Hanke tekee yhteistyötä yritysten kanssa, lisäten kaupallisia tuotteita ja palveluita. Tavoitteet: kotihoidon toimintaprosessien muuttaminen teknologiaa hyödyntämällä - muutoksella tuetaan, nykyaikaistetaan ja tehostetaan kotihoidon työkäytäntöjä ja työtapoja, työn kokonaisuhallintaa ja työssä jaksamista. Muuttaa ja oikaista manuaaliset ja monivaiheiset työprosessit yksinkertaisemmiksi teknologian avulla. Edelleen kehittää ns. huolen vyöhykkeistöä ikäihmisten hoitoon sopivaksi työprosessiksi.</p>
Kaste	<p>Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveyshuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008 - 2011.</p>
Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja asumisen varhainen tuki	<p>2008 - 2010, Hankkeen tavoitteena on tukea alueen kuntia vanhuspalvelujen rakennemuutoksessa kohti ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaista kehitystavoitetta, jonka mukaan vuoteen 2012 mennessä enintään 3 % 75 vuotta täyttäneistä on pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi hankkeen aikana: kunnissa edistetään asumisen ”välimuotoisia” ratkaisuja, joiden avulla kunnat voivat vähentää kalliita laitospaikkoja ja kunnissa vahvistetaan ikäihmisten kotona asumisen varhaista tukea sekä luodaan vakiintunut yhteistyörakenne kuntien tueksi vanhuspalvelujen kehittämiseen Itä- ja Keski-Suomessa.</p>
Kotosa	<p>2004 - 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin Ikääntyminen ja palvelut - ryhmän yhteistyöhanke. Hankkeen tavoitteena on ollut kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen mahdollistaminen kotihoidon henkilökunnan osaamista syventämällä ja laajentamalla. KOTOSA-hankkeessa on tavoiteltu myös työelämän ja koulutuksen uudenlaista verkostoitumista muun muassa yhteistyössä toinen toiselta oppien.</p>

Liite 4: Hyvinvointiteknologiasta tehty hankekartoitus

SALPA	2005 - 2007. Hankkeen hallinnoi Satakunnan sairaanhoitopiiri ja siihen osallistuvat Satsp:n alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt. Tämän hankkeen tehtävänä on saumattoman palvelun tukemiseksi tarvittavan tietoteknologian kokeilu- ja käyttöönottestausten suorittaminen, käyttöönoton ja koulutuksen suunnittelu, toteutus ja käyttöönoton tuki, sekä käytön edistäminen Satakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.
TAAS	Teknologia-avusteisia asumissovelluksia senioreille
TAAS-Socom osahanke	Hankkeessa pilotoidaan ikääntyneiden henkilöiden itsenäistä asumista tukevaa teknologiaa, eli sillä tuetaan kotona asumisen tarvetta. Hankkeessa toteutetaan kolme asumisteknologian tutkimusympäristöä, jossa työntekijät ja asiakkaat konkreettisesti näkevät millaisia mahdollisuuksia teknologia tuo. Näin myös laitevalmistajat saavat sovelluksistaan kommentteja suoraan käyttäjiltä.