

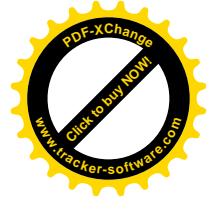
Kotihoidon vastuuhoidajien kokemuksia interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotona

Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Sairaanhoitaja ylempi AMK
Opinnäytetyö
Joulukuu 2010

Heidi Laine



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtaminen		Sairaanhoitaja (ylempi AMK)	
Tekijä/Tekijät			
Heidi Laine			
Työn nimi			
Kotihoidon vastuuhoitajien kokemuksia interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotona			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Marraskuu 2010	40 + 1 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Suomen yli 65-vuotiaiden osuus nousee 17 prosentista 27 prosenttiin, kun taas työikäisten osuus pienenee nykyisestä 66 prosentista 58 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen on enenevässä määrin huomiota Suomen terveys- ja yhteiskuntapoliittisissa linjauksissa. InnoKusti -hanke on Kustaankartanon vanhustenkeskuksen viisivuotinen (2006-2010) innovaatiohanke. Hanke toteutetaan Kustaankartanon eri hoitoyksiköissä. InnoKusti -hankkeessa testataan geronteknologisia laitteita ja arvioidaan niiden käytettävyyttä ja vaikuttavuutta hoitotyössä sekä soveltuvuutta eri asiakasryhmille. IITA -projekti on hankkeen yksi osaprojekti, jossa kehitetään ja kokeillaan interaktiivista pal lua kotihoidon asiakkaille. Palvelussa on mahdollista olla samanaikaisesti yhteydessä kaikkiin suljetun yhteyden piirissä oleviin henkilöihin. Palvelu toimii vanhustenkeskuksen Kuntokartanon osastolta käsin.</p> <p>Tässä työssä haluttiin saada tietoa Helsingin kaupungin kotihoidon vastuuhoitajien kokemuksista interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotioloissa. Tiedonantajina haastateltiin vastuuhoitajia, joiden asiakkaat kuuluivat IITA -palveluun. Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä seitsemän vastuuhoitajaa ja yksi opiskelija. Tulosten mukaan kaksisuuntainen yhteydenpito sopii hyvin kotihoitoon. hoitajien mukaan asiakkaat osallistuivat fysioterapeutin ohjaamiin, säännöllisiin liikuntatuokioihin mielellään ja siitä oli ollut selvästi näkyvää hyötyä iäkkäille asiakkaille. Joidenkin kuntoutuminen ollut huomattavaa. Myös sosiaalinen kanssakäyminen oli monilla lisääntynyt laitteen ansiosta.</p> <p>Asiakkaat oppivat teknologian käytön helposti ja laitteet olivat aktiivisessa, päivittäisessä käytössä. Laitteesta oli tehty iäkkäille ihmisille kotioloihin soveltuva ja helppokäyttöinen. Lisäksi asiakkaat olivat saaneet hyvän opastuksen laitteen käyttöön.</p> <p>Palvelun vuoksi kotihoidon työntekijät ovat joutuneet untamaan jonkin verran töiden suunnittelua ja ajankäyttöä. Joidenkin asiakkaiden aamutoimet vievät enemmän aikaa joskus IITA-jumppa osuu aamutoimien kanssa päällekkäin, joten se vaikuttaa koko päivän aikatauluihin.</p>			
Avainsanat			
kotihoito, interaktiivinen, videoneuvottelutekniikka			



Degree Programme in		Degree
Social Services and Health Care Development and Management		Master of Health Care
Author/Authors		
Heidi Laine		
Title		
Experiences of the Home Care Personnel with the Interactive Contact at Home		
Type of Work	Date	Pages
Master's Thesis	Autumn 2010	40 + 1
ABSTRACT		
<p>According to the population forecast of the Finnish Statistics Bureau the number of more than 65-year-old people will rise from 17 per cent to 27 per cent by the year 2040. While the number of working-age people will decrease from 66 per cent to 58 per cent. The Finnish government has paid increasing attention to support of the health and human services. The InnoKusti project is a five-year (2006-2010) innovation venture of the Kustaankartano centre for senior citizens. The project will be performed in different units of Kustaankartano. In the project gerotech 1 equipment will be tested and their usability and efficiency on different groups of customers will be estimated. A part of the venture of home care is tested in these services it is possible to keep in touch with all the people who play a part in this project. The service is conducted from the Kuntokartano and unit of Kustaankartano.</p> <p>The goal of this study was to gain information of the periences of the responsible nurses of the Helsinki home care when it comes to interactive communication with customers. Responsible nurses, whose customers took part of the IITA project, were interviewed. The method used for gathering data was a theme interview. Seven nurses and a student participated in the group interviews.</p> <p>The results showed that two-way communication suits home care well. According to the responsible nurses the customers took part in regular exercise classes led by a physical therapist with pleasure and this proved to be beneficial to the old clients. Thanks to the equipment, social communication of some increased. The client learned the use of the technology easily and the equipment was used daily. It had been simplified because of the old clientele. The clientele had been well educated to use the equipment.</p> <p>Because of the service the home care personnel have been forced to change their work planning and schedule. The morning activities of some clients take time and sometimes the IITA exercise collides with other activities, thus affecting the schedule of the whole day.</p>		
Keywords		
home care, interactive, video negotiation technology		



SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HYVINVOINTITEKNOLOGIAN KÄYTTÖ VANHUSTEN HOIDOSSA	5
	2.1 Geronteknologia	5
	2.2 Vanhusten kuntoutus ja toimintakyky	6
	2.3 Eettiset näkökulmat	8
	2.4 Hyvinvointitekniikan tutkimuksia ja hankkeita vanhusten hoidossa	9
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	11
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
	4.1 Toimintaympäristö, vastuuhenkilöt ja valtuudet	12
	4.2 Menetelmälliset lähtökohdat	13
	4.3 Aineiston keruu	15
	4.4 Aineiston analyysi	16
5	TULOKSET	18
	5.1 Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotiloissa	18
	5.2 Miten IITA-palveluun osallistunut asiakas on kokenut teknologian käyttämisen kotihoidon työntekijän näkökulmasta katsottuna	24
	5.3 Miten IITA-palvelu on vaikuttanut kotihoidon työntekijöiden työhön, työn suunnitteluun ja ajankäyttöön	26
6	AINEISTON LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELU	27
	6.1 Aineiston keruun luotettavuus	28
	6.2 Aineiston analyysin luotettavuus	29
	6.3 Aineiston raportoinnin luotettavuus	29
7	POHDINTA	31
8	JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET	33
	LÄHTEET	34
	LITTEET	



1 JOHDANTO

Suomalaiset ikääntyvät lähitulevaisuudessa nopeammin kuin muun Euroopan väestö. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Suomen yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan 17 prosentista 27 prosenttiin, kun taas työikäisten osuus pienenee nykyisestä 66 prosentista 58 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Työikäisten määrä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. Väestöllinen huoltosuhde eli eläkeläisten määrä sataa työikäistä kohden nousee nopeasti lähitulevaisuudessa. Eläkeläisten ja yli 85-vuotiaiden määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2060 mennessä. (Tilastokeskus – Väestöennuste 2009-2060.) Väestön elinaika Suomessa pitenee viime vuosisadalla lähes 30 vuotta. Vuoden 2015 jälkeisessä tilanteessa vuosina 1945-1950 syntyneet suomalaiset ovat ylittäneet 65 ikävuoden ja kasvattaneet eläkeikäisten määrää. Siinä, missä 80 vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu, yli 90 vuotiaiden määrä saattaa jopa nelinkertaistua. Olemme tällä hetkellä ikääntyvien yhteiskuntaan ja historialliseen aikaan, jollaista ei aikaisemmin ole ollut (Kärnä 2009).

Terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen on kiinnitetty enenevässä määrin huomiota Suomen terveys- ja yhteiskuntapoliittisissa linjauksissa. Valtioneuvosto on hyväksynyt sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) vuosille 2008-2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Ohjelmassa pyritään parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon laatua, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta esimerkiksi teknologian avulla (Viitala – Pietilä – Kankkunen 2010).

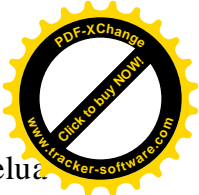
Kansaneläkelaitos käynnisti vuosina 2002–2008 IKÄ-hankkeen, joka oli kokeellinen kontrolloitu tutkimus geriatrisen kuntoutuksen vaikutuksesta vanhusten kotona selviytymiseen (Kansaneläkelaitos 2010). Jatkeena IKÄ-hankkeelle käynnistyi vanhusten omatoimisuutta edistävä innovaatioympäristöhanke maaliskuussa 2006. Hankkeen missiona on ikäihmisten omatoimisuuden ja itsenäisen elämän edellytyksien parantaminen teknologiaa hyväksi käyttäen. Hankkeen visiona nähdään, että pääkaupunkiseudulle syntyy klusterimalliin



perustuva, kansainvälisesti arvostettu vanhuspalvelujen ja gerontologian tutkimus- ja kehittämiskeskus Applied Gerontechnological Competence Center (AGCC). Tavoitteena on aikaansaada pääkaupunkiseudulle omatoimisuutta edistävä innovaatioympäristö, jolla on fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus kokoamalla vanhuspalveluihin keskittyneet teknologiset kehityshankkeet yhdeksi kehittämisohjelmaksi. Sen tehtävänä on myös saada senioriväestön ääni kuuluviin. AGCC:n tavoitteena on tarjota uusia ratkaisuja ja palveluja, yhteisöllistä tutkimusympäristöä, yhteistyötä eri yritystoimijoiden sekä tutkimusta ja neuvontaa. Sen fyysisinä innovaatioympäristöinä toimivat pääkaupunkiseudun vanhustyötä ja geronteknologiaa soveltavat yksiköt kuten Kustaankartanon vanhustenkeskus Helsingistä, Espoosta Well Life Center ja Puolarmetsän sairaala, Vantaalta Kotiin-hanke ja hyvinvointikeskus Vivamus sekä palvelukeskus Villa Breda Kauniaisista. (Sassi –Valvanne 2007.)

InnoKusti -hanke on Kustaankartanon vanhustenkeskuksen viisivuotinen (2006-2010) innovaatio- ja kehittämishanke. Tavoitteena on teknologisten ratkaisujen ja hyvien toimintatapojen myötä parantaa hoidon laatua sekä helpottaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Hanke toteutetaan Kustaankartanon vanhustenkeskuksen eri hoitoyksiköissä. Kohderyhmänä on laitoshoidon asukkaita sekä kotihoidon asiakkaita. InnoKusti -hankkeessa testataan geronteknologisia laitteita ja arvioidaan niiden käytettävyys ja vaikuttavuus hoitotyössä sekä soveltuvuus eri asiakasryhmille. Projekteihin osallistuvissa hoitoyksiköissä kehitetään teknologian rinnalla myös hoitotyön käytäntöjä ja toimintatapoja. Yksi InnoKustin osaprojekteista on IITA –palvelu (Interaktiivisuudesta Itsenäisyyttä ja Toimintakykyä Arkeen), sen kohderyhmänä on kuntoutusyksiköstä takaisin kotihoitoon siirtyvät asiakkaat. IITA –palvelussa tarjotaan fysioterapeutin vetämiä jumppahetkiä, sairaanhoitajan, geriatrin, sosiaaliohjaajan ja pastorin haastattelutuokioita sekä ryhmäkeskusteluja muiden IITA –palveluun osallistuvien asiakkaiden kanssa. (Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto 2009.)

IITA -projekti on sekä tutkimus- että kehittämisprojekti. Projektissa kehitetään ja kokeillaan interaktiivista eli vuorovaikutteista palvelua. IITA -projektin aikana tutkitaan videoneuvottelutekniikan avulla toteutettua reaaliaikaisen



kaksisuuntaisen kuva- ja puheyhteyden välityksellä tarjottua palvelua kotiinkuntoutusyksiköstä kotiutuvalle kotihoidon asiakkaalle. Samalla tutkitaan palvelun vaikuttavuutta asiakkaan toimintakykyyn sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Kaksisuuntaisen kuva- ja puheyhteyden välityksellä on mahdollista olla samanaikaisesti yhteydessä kaikkiin suljetun yhteyden piirissä oleviin henkilöihin. Palvelu toimii Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kotiinkuntoutusyksikkö Kuntokartanon osastolta käsin, jossa sijaitsee interaktiivinen studio, ja jonne asiakkaat voivat halutessaan olla yhteydessä kotilaitteillaan. (Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto 2009.)

Projekti toteutetaan yhteistyössä kotihoidon ja laitetoimittajan kanssa. Projektin aikana hoitovastuu on koko ajan oman alueen kotihoidolla. Projektiin osallistuminen edellyttää asiakkaalta kiinnostusta ja halua osallistua sekä riittävää liikuntakykyä, muistia, näköä ja kuuloa, jotta laitteen käyttäminen on mahdollista. Palvelumuoto on tarkoitettu määräaikaiseksi (6 kk) kuntoutusjakson jälkeen tarkoitetuksi tueksi. Projektityöntekijät tekevät asiakkaille erilaisia toimintakykytestejä ja haastatteluja 3 kk:n ja 6 kk:n kuluttua kotiutumisesta. Tietoa kerätään haastattelemalla asiakkaita palvelun käyttökokemuksista ja keräämällä heidän toimintakykyänsä liittyviä taustatietoja. Asiakkaiden terveystietoja kerätään yhden vuoden ajalta ennen projektiin osallistumista ja kaksi vuotta projektin päättymisen jälkeen. Projektiin ei liity asiakkaiden laboratorio- tai kuvantamistietoja eikä lääkehoitoja. (Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto 2009.) Kuntokartanosta käsin johdettua kaksisuuntaista yhteydenpitoa kutsutaan tässä työssä videoneuvottelutekniikan avulla tuotettavaksi palveluksi, interaktiiviseksi yhteydenpidoksi sekä IITA-palveluksi.

Kotihoidolla tässä työssä tarkoitetaan Helsingin kaupungin kotihoitoa, joka on yhdistetty kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta. Kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona asuvan asiakkaan selviytymistä niissä päi toiminnoissa, joista asiakas ei itse suoriudu. Kotihoidon asiakkaita voivat olla kaikki yli 18-vuotiaat helsinkiläiset vammaiset, toipilaat sekä pitkäaikaispotilaat. Hoito ja palvelut on järjestetty siten, että eläminen kotona on mahdollista. Kotihoito-osasto jakautuu kuuteen kotihoidon palvelualueeseen ja nämä alueet puolestaan jakautuvat 70 lähipalvelualueeseen, joissa kaikissa toimii 2-3 hoitotiimiä.



(Helsingin kaupunki. Terveyskeskus.) Kohderyhmäksi valittiin kotihoidon vastuuhoidajat niiltä alueilta, joissa asiakkailta oli käytössä interaktiiviset laitteet.

Kotihoidon henkilöstö on keskeisessä asemassa ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa. Heille on järjestetty koulutusta turvallisuudesta ja uusimmasta teknologiasta yhteistyössä näyttely- ja mallikoti Toimivan kodin kanssa. (Toimiva koti 2010.) Tässä opinnäytetyössä haluttiin saada tietoa Helsingin kaupungin kotihoidon vastuuhoidajien kokemuksista videoneuvottelutekniikan avulla tuotetusta palvelusta asiakkaiden kotioloissa.



2 HYVINVOINTITEKNOLOGIAN KÄYTTÖ VANHUSTEN HOIDOSSA

Suomen ja Euroopan väestö on nopeasti ikääntymässä. Yksi tapa vastata tähän haasteeseen on ollut kehittää ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukevaa teknologiaa (Kuusi 2001). Vuoteen 2050 mennessä Euroopassa ennustetaan olevan lähes 80 miljoonaa ikääntynyttä erilaisine tarpeineen ja hoitotoiveineen (Leikas 2008). Kotona asuvien vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantuminen on ollut eräs Suomen sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteiden linjauksista viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden ajan. Tehdyissä linjauksissa korostetaan vanhusten omatoimisuutta ja mahdollisuutta itsenäiseen elämään mahdollisimman pitkään. Käytännössä näillä linjauksilla tavoitellaan vanhuksen kotona asumisen ajan pidentymistä ja hoivan tarpeen siirtymistä myöhemmäksi. (Melkas 2008.)

2.1 Geronteknologia

Vanhusten hyvä kotona asuminen tulisi nähdä yhtenäisenä hallittavana prosessina, jossa apuvälineet ovat osa vanhuksen hyvää kotona asumista. Teknisten apuvälineiden käyttö koetaan kalliina, vaikka apuvälineet tulisi nähdä merkittävänä kotona asumisen kokonaisuudessa ja apuvälineiden luovutusrajoituksia tulisi tarkastella laaja-alaisesti tuloksellisuuden näkökulmasta. Kotihoito jää valitettavan usein huomiotta apuvälinepalveluissa. Teknologian kehittyminen ja sen käytön lisääntyminen vanhustenhoidossa ja palveluissa pitäisi nähdä apuvälinepalveluina. Se lisää luonnollisesti myös yhteiskunnalle koituvia kustannuksia. (Melkas 2008.)

Vanhusten omatoimisuuden selvityksen painopiste on ennaltaehkäisyssä (Kuusi 2001). Kotona asuvien vanhusten tukemiseksi on kehitetty erilaisia kotiapujärjestelmiä (Sassi – Valvanne 2007). Kuntoutus on tärkeä tekijä ikääntyneiden voimavarojen ja toimintakyvyn tukemisessa. Geronteknologia onkin ratkaisevassa asemassa ikääntyneiden voimavarojen tukemisessa, erityisesti tietotekniikan käyttäminen on tässä mielessä avainasemassa. (Koskinen 2006.)



Geronteknologiaksi nimetty suuntaus on erityisesti paneutunut tällaisen teknologian kehittämiseen. Geronteknologia muodostuu kahdesta sanasta: gerontologiasta, joka tarkoittaa vanhuuden tutkimusta sekä teknologiasta, tekniikan ja tuotteiden tutkimuksesta ja kehittämisestä. Geronteknologia ja geronteknologia tarkoittavat samaa asiaa ja ovat osa hyvinvointiteknologiaa. (Kuusi 2001.)

Geronteknologian juuret ovat Hollannissa Eindhoven teknisessä yliopistossa, jossa käsite luotiin vuonna 1989 (Oikarinen - Sinisammal – Tornberg - Väyrynen 1998). Ensimmäisessä geronteknologiasta koskaan kirjoitetussa kirjassa Herman Bouma (1992) määrittelee geronteknologian olevan ikääntymistä ja teknologiaa koskevaa tutkimusta ikäihmisten päivittäisten toimien parantamiseksi. Harringtonin ja Harringtonin (2000) mukaan termi on yhdistelmä teknologiasta ja vanhenemisen tutkimuksesta eli gerontologiasta, jossa tutkitaan ikääntymistä psykologisena, biologisena, lääketieteellisenä ja sosiaalisena tapahtumana. Suomessa Oulussa ollaan oltu geronteknologian edelläkävijöitä, siellä sitä on tutkittu jo vuodesta 1993 (Oikarinen ym. 1998). Oulussa, Jyväskylässä sekä Tampereella on myös kehitetty paljon hyvinvointiteknologiaa (High Tech Forum 2002; Vanhustenhuollon Uudet Tuulet 7/2004:4)

2.2 Vanhusten kuntoutus ja toimintakyky

Yleisin vanhusten sairaalaan joutumisen syy on kaatumisen seurauksena syntynyt lonkkamurtuma. Leikkauksen jälkeiseen jatkohoitoon ja on kiinnitetty viime vuosina erityisesti huomiota. Trauman ja leikkauksen jälkeen on tärkeää, että vanhus saa mahdollisimman nopeasti toimintakykynsä takaisin ja pääsee asumaan omaan kotiinsa joko täysin itsenäisesti tai kotiavun turvin. Tavoitteena on myös muun muassa vanhusten kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy toimintakykyä ylläpitämällä. (Kannus 2005.)

Kotona asuvien vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen on ollut eräs Suomen sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteista viimeisen kymmenen vuoden aikana. Arjessa tulee huomioida ne tilanteet, joissa vanhukset pystyvät toimimaan ja



toteuttamaan fyysistä toimintakykyä itselleen merkityksellisellä tavalla. Sellaisissa liikuntaryhmissä, joissa vanhuksat saivat toimia yhdessä he antoivat toisilleen vertaistukea sekä ratkoivat yhdessä liikuntaan liittyviä ongelmia. (Wallin 2009.)

Vanhusten syrjäytymisen ehkäisemiseksi käynnistetty Lupaava-hanke (Lupaavien käytäntöjen jalostaminen) Helsingin kaupungin kotihoidossa, pyrkii kotona asuvan iäkkään ihmisen arkiliikkumisen ja liikuntaharjoittelun tukemiseen kehittämisalueinaan toiminta- ja liikkumiskyvyn ylläpitäminen. Tavoitteena on kotihoidon asiakkaan arkiliikkumisen tukemisen juurtuminen yhdeksi kotihoidon ydinpalveluksi siten, että yhdessä asiakkaiden kanssa tehtävät liikkumissopimukset tulevat osaksi asiakkaan hoitosuunnitelmaa. (Helsingin kaupunki. Terveyskeskus.)

Kuntoutuksen kehittämisessä tulee huomioida vanhuksen kotona, sillä vanhuksen tulee selviytyä kodissaan kuntoutuksen jälkeen paremmin kuin ennen sitä. Kuntoutusjakson jälkeen hänen tulee muokata toimintatapojaan ja kodin vaatimuksia omien tarpeidensa mukaan. Vanhuksat kertoivat myös jatkaneensa kuntoutuslaitoksessa annettujen harjoitusliikkeiden tekemistä kotona silloin, kun he pitivät ohjeita mielekkäinä ja konkreettisina. Mielekkääksi harjoitukset koettiin silloin, kun ne helpottivat arkiaskareista suoriutumista. (Wallin 2009.)

Lahden seudulla toteutetut älykotikokeilut osoittivat, että noin 80-vuotiaat oppivat käyttämään opastettuina hyvin erilaisia apuvälineitä ja teknologiaa, jotka edesauttoivat heidän kotona selviytymistään. Sen sijaan ammattihenkilöstön osaamisessa ilmeni paljon puutteita. Vastustaako sosiaali- ja terveysalan henkilöstö sitten teknologian käyttämistä vanhusten kotona selviytymiseksi. Kyse saattaa olla ennemminkin osaamisen puutteesta, sillä laitteisiin perehdyttäminen hoidetaan usein heikosti tai ei lainkaan. Henkilöstön ehdyttäminen on tärkeää myös asiakkaan ja hänen läheistensä kannalta, etenkin, kun on kyseessä teknologiset apuvälineet. Osaamisen puutteet johtavat vaikeuksiin pysyä teknisen kehityksen mukana, perehdytyksen avulla voidaan kielteisiä vaikutuksia lieventää ja vahvistaa myönteisiä vaikutuksia. (Melkas 2008.)



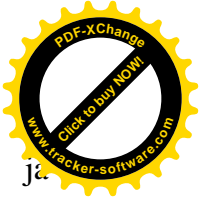
2.3 Eettiset näkökulmat

Ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Vanhuksen kohtelu yksilönä on keskeinen eettisesti kestävän hoidon perusta. Hoito suunnitellaan ottamalla huomioon vanhuksen terveydentila ja toimintakyky, läheisten apu ja koko sosiaalinen verkosto. (ETENE 2008.)

Eettinen näkökulma unohtuu helposti alati kiihtyvässä ologiakehityksessä. Mitä muita arvoja pitää nostaa taloudellisen hyödyn rinnalle. Syrjäytyvätkö ikäihmiset, kun kyky hyödyntää uusia järjestelmiä heikkenee. Teknologia on harvoin arvovapaata. Yhteiskunnan tulee hyödyntää teknologiaa siten, että se lisää kansalaisten elämänlaatua eikä aiheuta kenellekään haittaa. Uuden teknologian tarkoitus monine ulottuvuuksineen on olla hyödyksi, mutta väärin suunniteltuina se voi olla haitallista ja jopa vahingollista käyttäjälleen. Jäävätkö eettiset kysymykset uuden teknologian jalkoihin ja kenen ehdoilla tämän päivän suunnittelussa tulisi edetä. (Leikas 2008.)

Ollaanko luomassa yhteiskuntaa, jossa ikääntyneet eivät osaa hyödyntää teknologiaa ja jäävät helposti palveluiden ulkopuolelle. Esimerkiksi matkapuhelin nykymuodossa ei ole tämän päivän vanhuksen väline, sillä liian pieni koko, liian pienet ja lähellä toisiaan olevat näppäimet sekä liian pieni näyttö vaikeuttavat sen käyttöä. Tuotesuunnittelussa pitäisikin huomioida ikääntymisen mukanaan tuomat toimintarajoitteet. (Leikas 2008.) Yhtenä geronteknologian haasteena on, että ihmiset menettävät iän myötä kosketusta ympäristöönsä ja vastaavasti suunnittelijat menettävät kosketusta vanheneviin ihmisiin (Laslett 1998). Geronteknologian käyttöön liittyy eettisiä valintoja, geronteknologian käyttäminen ei paljonkaan poikkea jo käytössä olevasta arkiteknologiasta kuten palvelubussit, turvapuhelimet ja hälytyslaitteet (Paavilainen 2007).

Geronteknologia on osa teknologiaa. Vaikka geronteknologian avulla voidaan ikäihmisten hyvinvointia lisätä ja tukea heidän itsenäistä selviytymistään kotona, kaikki geronteknologia ei palvele ikäihmisten hyvinvointia. Milloin turvallisuus on



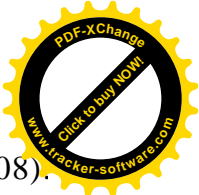
liikaa turvallisuutta? Milloin se alkaa loukata ikäihmisen yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta? Kuka asioista päättää esimerkiksi dementoituneen vanhuksen osalta? Teknologia ei toimi ilman ihmistä, eikä geronteknologia korvaa inhimillistä hoivaa, eikä siihen tule edes pyrkiä. Geronteknologian tarkoituksena on kuitenkin toimia inhimillisen hoivan tukena. (Seppälä 2010.)

2.4 Hyvinvointiteknologian tutkimuksia ja hankkeita vanhusten hoidossa

Erilaiset hyvinvointipalvelut teknologiaa avuksi käyttämällä t lisääntymässä ja niihin liittyvät projektit synnyttävät koko ajan uusia projekteja (Väyrynen - Kirvesoja 1998: 5-10). Viisivuotisessa KÄKÄTE-projektissa 2010–2014 selvitetään, miten teknologia voisi nykyistä paremmin toimia ikäihmisten kotona asumisen, hyvän arjen ja vanhustyön tukena. Projekti on käynnistetty Vanhus- ja lähimmäispalveluliiton ja Vanhustyön keskusliiton yhteistyönä ja sitä rahoittaa Raha-automaattiyhdistys (RAY). Projektin ensisijaisena päämääränä on ikäihmisten kotona asumisen tukeminen ja heidän kanssaan työtä tekevien työn helpottaminen. Projektin lähtökohtana on ikäihmisten mielipiteet ja tarpeet. (Ikäihmiset ja teknologia 2010.)

Videoavusteisen kommunikaatiotekniikan avulla voidaan lisätä ikääntyneiden toimintakykyä ja liikkumista. Lisäksi muiden ryhmäläisten kautta saatava vertaistuki on tärkeää niille asiakkaille, jotka eivät voi osallistua kodin ulkopuolella toteutettaviin tapahtumiin. (Wikman 2008: 44.) Videoneuvottelutekniikan käytettävyyttä on tutkittu kotona asuvien halvauspotilaiden kuntoutuksen toteuttamisessa. Tuloksien mukaan sen on todettu parantavan asiakkaiden toimintakykyä. (Theodoros - Russell 2008: 315–321.)

Espoon kaupungilla on ollut vuosina 2006–2008 Kotiin- hanke, jossa testattiin Hyvinvointi-TV:n käyttöä vanhusten kotihoidossa yhteistyössä Vantaan kaupungin ja Laurea Ammattikorkeakoulun kanssa (Lehto 2008). Hyvinvointi-TV:tä on kokeiltu myös Lappeenrannassa, Turussa ja Laitilassa. Myös Espoon kaupungin EEVA-hankkeessa (Ennalta Ehkäisevät Vanhuspalvelut) 2005–2007 toteutettiin hyvinvointitekologiaa vanhusten palvelujen parantamiseksi yhteistyössä Laurea



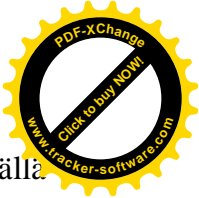
Ammattikorkeakoulun ja Teknillisen Korkeakoulun kanssa (Kotiin-hanke 2008). EEVA-hankkeen jatkohankkeena käynnistyi ELO-hanke (Elämää Lisää Osallistamalla) 2008–2010, jossa tähdätään omaehtoisen ikääntymisen tulevaisuuteen (Puranen ym. 2007).

Eläkeliiton Puhumalla Paras- hanke vuosille 2006–2010 tarjoaa ikäihmisille mahdollisuutta osallistua sosiaaliseen toimintaan ryhmäpuheluilla (Eläkeliitto 2010). Päijät-Hämeessä kokeiltiin vuosina 2005–2008 älykotien käyttöä Lahdessa, Nastolassa ja Hollolassa. Ne olivat ikäihmisten käytössä lyhyillä jaksoilla kuten sairaalasta kotiutumisen yhteydessä (Melkas 2008). Geronteknologiaa hyödyntämällä on pystytty pitkittämään vanhusten laitoshoidon joutumista (Kodner 1989). Geronteknologian käytön on myös todettu lisäävän iäkkään väestön toimintakykyä (Lorenzen-Huber – Kennedy-Armbruster 2010).

Televisio on ikäihmisille tutuin teknologinen väline liittyä osaksi ympäröivää maailmaa. Ajatus siitä, että asiantuntija voisi astua televisioruudun välityksellä juontaa juurensa jo 1950-luvun loppupuolelle. Silloin alkoivat tv-kotilääkärilähetykset ja ne olivat vuosikymmenien ajan katsotumpia tv-ohjelmia. Laajakaistaistumisen myötä televisiosta on tullut samalla kertaa sekä lähetystoiminnan väline että henkilökohtaisten palveluiden areena. (Äyväri 2009.)

Hyvinvointi-TV on kaksisuuntainen kuvallinen, sanallinen ja sanaton yhteys asiantuntijan ja asiakkaan välillä. Hyvinvointi-TV löytää paikkansa kotisairaanhoidosta, kotipalvelusta, kuntoutuksesta, ohjaus- ja neuvontatyöstä sekä huolenpidosta aina psykososiaaliseen tukeen saakka. Hyvinvointi-TV:n hyödyiksi on kirjattu muun muassa kustannusvaikuttavuus pitkällä tähtäimellä laitoshoidon osuuden pienentyessä, kotihoidon fyysisten käyntien tarpeen väheneminen asiakkaan turvallisuuden kärsimättä sekä omaisten mahdollisuus osallistua verkon kautta oman vanhuksensa hyvinvoinnin turvaamiseen. (Äyväri 2009.)

Helsingin kaupunki haluaa auttaa yhä useampia vanhuksia selviämään kotihoidossa entistä pidempään. Esimerkiksi ateria-automaatit ovat yksi tapa tukea tavoitetta. Helsingin kaupungin kotihoidolla on ollut ateria-



automaattikokeilu syksystä 2009 syksyyn 2010. Laitteita on käytössä tällä hetkellä jo 130. Kokeilussa vanhukset ovat voineet halutessaan saada kotiinsa automaatin, johon ladataan kahdeksi viikoksi kerrallaan vanhuksen toivomat ruoat ja hän on voinut itse valita päivittäin, minkä aterian haluaa syödä. Kokeilussa olleet vanhukset ovat olleet tyytyväisiä ateria-automaattiin. (Väisänen 2010.)

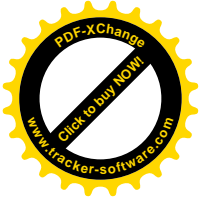
Kotihoidon kokemuksia geronteknologian käytöstä on tutkittu vasta hyvin vähän. Esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia on selvitetty koneellisesta lääkkeenjaosta (Viikilä 2009). On myös selvitetty kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia geroteknologi käytöstä vanhuksen tukena (Hiukka - Jauhojärvi 2007). IITA -projektiin liittyvää kotihoidon näkökulmaa kuvaillaan nyt ensimmäistä kertaa toiminnan uutuuden vuoksi

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidossa työskentelevien vastuuhoidajien kokemuksia videoneuvottelutekniikan avulla toteutetusta kaksisuuntaisesta kuva- ja puhepalvelusta asiakkaan kotioloissa. Tarkoituksena oli saada tietoa, miten projektiin osallistuneet kotihoidon vastuuhoidajat ja asiakkaat olivat kokeneet teknologian käyttämisen kotihoidon näkökulmasta katsottuna. Tavoitteena on käyttää saatua tietoa interaktiivisen kuva- ja puhepalvelun kehittämisessä.

Tarkemmat kysymykset olivat:

1. Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotioloissa?
2. Miten IITA-palveluun osallistunut asiakas on kokenut teknologian käyttämisen kotihoidon työntekijän näkökulmasta katsottuna?
3. Miten IITA-palvelu on vaikuttanut kotihoidon työntekijöiden työhön, työn suunnitteluun ja ajankäyttöön?



4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

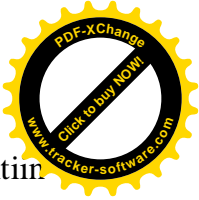
4.1 Toimintaympäristö, vastuuhenkilöt ja valtuudet

InnoKusti –hankkeen, joka toimii IITA –palvelun taustalla, hyväksyntä on saatu Helsingin kaupungin Sosiaalivirastolta. Muita yhteistyökumppaneita ovat Lupaava-hanke, laitetoimittaja sekä Helsingin kaupungin kotihoito. IITA-palvelun tavoitteena on tukea Kuntokartanosta kotiutuvien asiakkaiden toimintakykyä kotona selviytymistä, vahvistaa asiakkaiden voimavaroja säännöllisen harjoittelun, sosiaalisen toiminnan sekä ravitsemusohjauksen avulla. (Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto 2009.)

Toimintaympäristö

Kustaankartanon vanhustenkeskus on Helsingin kaupungin Sosiaaliviraston alainen laitos. Kustaankartanossa on Suomen toiseksi suurin vanhainkoti, jossa on 26 osastoa ja noin 600 hoitopaikkaa. Osa osastoista on erikoistunut hoitamaan muistisairaita, psykogeriatrisia, liikuntarajoitteisia tai lyhytaikaishoidossa olevia asiakkaita. Ruotsinkielisille asiakkaille pyritään tarjoamaan paikka ruotsinkieliseltä osastolta. Osastojen henkilökunta muodostuu osastonhoitajasta, sairaanhoitajista, sosiaaliohjaajista, lähi- ja perushoitajista ja hoitoapulaisista. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat lisäksi lääkäri, fysioterapeutti, jalkojenhoitaja, kuntohoitaja, kuntoutusavustaja, kädentaitojen ohjaaja, laboratoriohoitaja, sairaalapastori, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja viriketyöntekijä. (Sosiaalivirasto. Kustaankartanon vanhainkotiosastot.)

Kuntokartanoon asiakkaat tulevat läheteellä pääsääntöisesti akuutti- ja erikoissairaanhoidosta ja ovat eri pituisilla kuntoutusjaksoilla olevia kotona asuvia vanhuksia. Asiakkaiden kotiin toimitetaan kotiutumisen jälkeen 22-tuumainen kosketusnäyttöinen tietokone, kamera ja mikrofoni sekä avataan laajakaistayhteys, joiden välityksellä asiakas voi olla kuva- ja puheyhteydessä projektin työntekijöihin sekä muihin asiakkaisiin. Asiakas voi osallistua laitteen välityksellä liikunta -ja keskustelutuokioihin, keskustella henkilökohtaisesti



projektityöntekijän kanssa tai soittaa kuvapuhelun toiselle asiakkaalle. Projektin osallistuminen on vapaaehtoista, eikä se aiheuta kustannuksia asiakkaalle ja he voivat keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. (Sosiaalivirasto. IITA - Projekti.)

Vastuuhenkilöt ja valtuudet

Projektin vastuullisena tutkijana toimii ylilääkäri Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) ja Kustaankartanon osalta resurssien käytöstä vastaa Kustaankartanon johtaja. Käytännössä projektia ohjataan Kustaankartanossa sijaitsevasta Kuntokartanon studiolta, jossa vastuullisina projektin vetäjinä toimivat kaksi fysioterapeuttia ja yksi sairaanhoitaja. Projektin keskeinen tavoite on tarjota asiakkaille mahdollisuus osallistua ryhmämuotoiseen toimintaan, esimerkiksi fysioterapeutin ohjaamiin liikuntaryhmiin sairaanhoitajan ohjaamiin keskustelu- ja muisteluryhmiin.

Projektissa on yhtäaikaaisesti mukana 15 asiakasta eri puolilta Helsinkiä ja projektiin tulee osallistumaan yhteensä 30 - 40 asiakasta. Helsingin kaupungin kotihoidossa ei ole aikaisemmin kokeiltu videoneuvottelutekniikan avulla toteutettua interaktiivista kuva- ja puhepalvelua. Projektin tarkoituksena on vähentää vanhusten terveyskeskuskäyntejä, katkaista sairaalakierrettä sekä tarjota uusi väline sosiaaliseen kanssakäymiseen. Tavoitteena on tukea asiakkaan kotiutumista, kotona selviytymistä ja toimintakyvyn säilymistä sekä lisätä turvallisuuden tunnetta. (Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto 2009.)

4.2 Menetelmälliset lähtökohdat

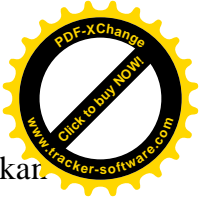
Opinnäytetyön toteuttamisen menetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, jota käytetään silloin, kun halutaan saada tietoa ennestään tuntemattomasta asiasta tai ilmiöstä. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimys saada mahdollisimman kokonaisvaltaista tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus tavoittaa tutkittavien näkökulma ja



kuvata todellista elämää. Saatua aineistoa analysoidaan mahdollisimman perusteellisesti pyrkimyksenä löytää kuvaavia asioita. Laadulliselle tutkimukselle on luonteenomaista kerätä aineistoa, joka tekee mahdollisimman monenlaiset tarkastelut mahdollisiksi. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 158 – 160; Tuomi – Sarajärvi 2006: 70 – 72; Alasuutari 1994: 74.)

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka on tyypillisin tapa kerätä laadullista aineistoa. Teemahaastattelussa keskusteluaiheet eli teemat ovat kaikille haastateltaville samoja ja niissä liikutaan joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä. Haastateltavien vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien haastateltavien kanssa. Keskustelun aihepiiri on etukäteen suunniteltu, mutta kysymykset ovat haastattelutilanteessa avoimia. Lisäksi teemoihin kohdistunutta haastattelua on helppo ryhtyä analysoimaan teemoittain. (Eskola – Suoranta 2000: 86-87; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 97.) Yksi teemahaastattelun muoto on fokus-ryhmähaastattelu. Fokus-ryhmähaastattelu on tiedonkeruun menetelmä, joka tarkoittaa ryhmässä tapahtuvaa tavoitteellista vuorovaikutuksen tapaa (Moilanen 1995: 8). Sen etuna on tiedon saaminen usealta tiedonantajalta samaan aikaan. Ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta osallistujat saattavat esimerkiksi muistaa joitakin kokemuksiaan ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 95.)

Ryhmähaastattelun käyttö yleistyi 1990-luvulla ja sitä pidetään hyvänä laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä. Ryhmähaastattelu on kuitenkin vaativa menetelmä. Se edellyttää haastattelijalta osallistujien kunnioittamista, kokemusta ryhmän ohjaamisesta, haastattelutekniikan hallintaa, kykyä suojella yksittäisiä osallistujia itsensä vahingolliselta paljastamiselta, taitoa luoda erilaisia mielipiteitä salliva ilmapiiri sekä taitoa fokusoida uudestaan aihepiirin ulkopuolelle ajautunut ryhmä. (Koskinen – Jokinen 2000.) Fokus-ryhmähaastatteluun päädyttiin käytännön syistä kotihoidon vastuuhoidtajien liikkuvan työn vuoksi, eikä haastatteluun osallistumisesta haluttu koituvan osallistujille ylimääräistä vaivaa tai ajan kuluu.

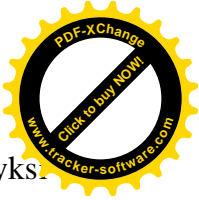


Ryhmähaastattelussa ryhmien kokoaminen ja haastatteluajan ja -paikan sopiminen vaativat aikaa ja järjestelyjä, mutta toisaalta haastattelukertoja tarvitaan vähemmän kuin yksilöhaastattelua käytettäessä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 95). Ryhmähaastatteluun osallistuvien valinnan kriteerinä pidetään samankaltaisuutta tutkittavan asian, mutta ei mielipiteiden suhteen. Lisäksi suositellaan, etteivät ryhmän jäsenet ole entuudestaan tuttuja tai läheisiä ystäviä. (Koskinen – Jokinen 2000.) Kriteerit täyttyivät, koska vastuuhoidajat eivät työskennelleet samoissa tiimeissä tai tunteneet toisiaan ennestään. Ryhmän kooksi suunniteltiin kolmen tai neljän hengen ryhmiä.

4.3 Aineiston keruu

Kotihoidon työntekijät muodostavat moniammatillisia tiimejä, joissa työskentelee terveyden-, sairaan- ja lähihoitajia sekä muita kotihoitoon liittyviä ammattiryhmiä. Haastateltavat valittiin yhteistyössä IITA –palvelun työntekijöiden kanssa. Valintaan vaikutti se, kuinka kauan vastuuhoidajan asiakas oli ollut mukana IITA-palvelussa. Pois jätettiin alle kuukauden mukana olleet asiakkaat tai asiakkaat, joiden mukanaolo oli päättynyt. Näin päädyttiin yhdeksään (9) vastuuhoidajaan. Esihaastatteluja ei tehty, koska aihetta ja teemoja oli käyty läpi etukäteen projektin vetäjien kanssa. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin osallistujien luvalla.

Ensimmäinen kontakti haastateltavien kanssa tapahtui helmikuussa 2010 Kuntokartanon info-tilaisuudessa, jonne opinnäytetyön tekijä oli kutsuttu kertomaan kotihoidon vastuuhoidajille opinnäytetyön suunnitelmasta ja toteuttamisesta. Samassa yhteydessä jaettiin ensimmäiset saatekirjeet ja kerättiin vastuuhoidajien yhteystiedot myöhempää yhteydenottoa varten. Haastattelun teemat annettiin etukäteen mietittäviksi. Haastatteluajat sovittiin puhelimitse tai sähköpostilla. Siinä vaiheessa vielä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta. Suostumukseksi riitti suullinen tai sähköpostilla vahvistettu vastaus. Haastatteluun kuluva aika oli ilmoitettu etukäteen sekä haastateltaville että heidän esimiehilleen. Vastuuhoidajilta ja heidän esimiehiltään tiedusteltiin, mikä olisi paras ajankohta työpäivässä, etteivät haastattelut häiritse vastuuhoidajien työtä.



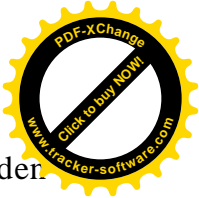
Ryhmähaastatteluihin osallistui seitsemän vastuuhoidajaa ja yksi lähihoitajaopiskelija. Yksi vastuuhoidtaja kieltäytyi osallistumasta ja yksi oli estynyt sairausloman takia. Vastuuhoidtajia haastateltiin sovitusti eri puolilla kaupunkia kotihoidon toimitiloissa. Taustatietoina kysyttiin koulutusta, työkokemuksen pituutta ja työkokemusta kotihoidossa. Haastateltavista yksi oli koulutukseltaan sairaanhoitaja, yksi perushoitaja, neljä lähihoitajaa, yksi kotiavustaja ja yksi lähihoitajaopiskelija. Työkokemuksen pituus vaihteli seitsemästä vuodesta 39 vuoteen. Työkokemuksen pituus kotihoidossa oli vähimmillään neljä vuotta ja enimmillään 33 vuotta.

Ryhmähaastattelut tehtiin kolmella eri tapaamiskerralla perättäisillä viikoilla maaliskuussa 2010. Ensimmäiseen ryhmätapaamiseen osallistui kaksi vastuuhoidtajaa, toiseen kaksi vastuuhoidtajaa ja yksi lähihoitajaopiskelija ja kolmanteen kolme vastuuhoidtajaa. Jokaiseen haastatteluun oli varattu aikaa 1,5 tuntia. Suunniteltu aika oli riittävä. Haastattelu päätettiin, kun haastateltavilla ei ollut enää uutta kerrottavaa asiasta. Aineiston riittävyttä mitataan saturaatiolla eli kylläntymisellä. Aineiston katsotaan olevan riittävä silloin, kun haastateltavilta ei tule enää uutta tietoa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 84).

4.4 Aineiston analyysi

Haastatteluaineiston käsittely aloitetaan litteroimalla eli kirjoittamalla auki haastattelunauhojen materiaali tekstiksi yleensä sanasta sanaan ja se käynnistää aineiston jatkokäsittelyn (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 132). Aineiston käsittely alkoi haastattelunauhojen kuuntelulla ja aukikirjoittamisella. Jokaisen kasetin sisältö kirjoitettiin erikseen ja haastateltavat koodattiin äänen perusteella. Litteroinnin jälkeen kirjoitettuja sivuja rivivälillä yksi, fonttikoolla 12, oli 22 kappaletta. Saatua aineistoa alettiin tarkastella eritellen, eroja ja yhtäläisyyksiä etsien ja tiivistäen.

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä aineisto voidaan analysoida teemoittain (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-12). Sisällön analyysiprosessista voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston

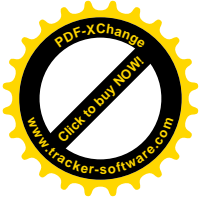


pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen – Nikkonen 2003: 24). Aineiston analysoinnissa yhdistyvät analyysi ja synteesi eli asioiden tarkastelu ja yhdistäminen. Analyysissa aineisto pilkotaan osiin ja synteessissä saadut osat järjestellään uudelleen ja kootaan laajemmiksi johtopäätöksiksi. Aineisto ryhmitellään sisältönsä perusteella kategorioihin. Tämän jälkeen aineisto abstrahoidaan ja jaetaan yläkategorioihin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.)

Aineiston analyysi alkoi puhtaaksikirjoitetun haastattelumateriaalin lukemisella, jonka jälkeen aineistosta etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti ja alkuperäisilmaisut erotettiin alleviivaamalla. Seuraavaksi alleviivatut lausumat kuvattiin pelkistetyssä muodossa. Tämän jälkeen aineistot ryhmiteltiin pelkistettyjen ilmaisujen perusteella ja niistä muodostettiin alakategorioita, joille annettiin niiden sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaava nimi. Tästä aineistosta muodostettiin edellä mainitut yläkategoriat. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Esimerkki ala- ja yläkategorioiden muodostamisesta alkuperäisilmaisuista

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”että sitten on vaikea on luopua siitä laitteesta”	vaikea luopua	laitteesta luopuminen	kokemukset interaktiivisesta yhteydenpidosta
”jos laite viedään pois, häneltä menee sen mukana paljon hyviä juttuja”	menettää hyviä juttuja		
”sano, ettei ole siitä sillälaililla sidonnainen, että pärjää ilmankin”	pärjää ilmankin		



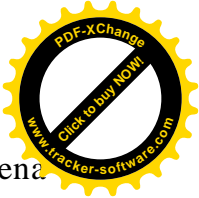
5 TULOKSET

Tulokset kuvataan haastatteluteemojen eli tutkimuskysymysten mukaisesti. Ensimmäisen kysymyksen tarkoitus oli saada tietoa työntekijöiden kokemuksista interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotioloissa. Tulosten luokittelussa yläluokaksi muodostettiin vastuuhoitajien kokemukset interaktiivisesta yhteydenpidosta, josta muodostui viisi alaluokkaa ja niiden alaluokat. (Taulukko 2.) Toisessa kysymyksessä oli tarkoitus saada tietoa asiakkaiden kokemuksista teknologian käyttämisestä kotihoidon työntekijän näkökulmasta katsottuna. Tulosten luokittelussa yläluokaksi muodostui vastuuhoitajien kokemukset asiakkaan teknologian käytöstä ja alaluokkia muodostui viisi kappaletta. (Taulukko 3.) Kolmannessa kysymyksessä haluttiin saada tietoa IITA-palvelun vaikutuksesta kotihoidon työntekijöiden työhön, työn suunnitteluun ja ajankäyttöön. Yläluokaksi muodostettiin kysymyksen mukaisesti vaikutus työhön, alaluokkia muodostettiin kolme ja yksi alaluokan alaluokka. (Taulukko 4.)

5.1 Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotona

1. Suhtautuminen laitteeseen

Haastattelutulosten mukaan vastuuhoitajat suhtautuivat myönteisesti videoneuvottelutekniikan avulla tuotettavaan interaktiiviseen kuva- ja puhepalvelun käyttämiseen vanhusten kotihoidossa. Haastavien mielestä laitteita saisi olla käytössä enemmänkin ja he olivat kokeneet tutustumisen IITA-palvelun laitteeseen hyvänä ja opettavaisena. Teknologian käytön lisääntyminen koettiin nykyaikaan kuuluvaksi, mutta haluttiin tuoda tekniikan olevan vain avustava väline, eikä se korvaa ihmistä. "...laite ei korvaa ihmistä." Kokemuksensa mukaan vastuuhoitajien mielestä kyseisen teknologian käyttö sopii hyvin kotihoidon asiakkaille. "...istuu hyvin tähän kotihoitoon." Laitteen avulla tapahtuva liikunta koettiin kuntoutumista tukevana etenkin sellaisilla asiakkailta, joiden liikkuminen on huonoa, eivätkä he pääse kodin ulkopuolelle ilman apua. "...mahdollistaa kuntoutuksen niillä, jotka ei pääse kotoa ulos." Fysioterapeutin



ohjaamat päivittäiset liikuntatuokiot voivat toimia myös kimmokkeena omatoimiseen liikkumiseen.

TAULUKKO 2. Vastuuhoitajien kokemukset interaktiivisesta yhteydenpidosta

<p>Alaluokat:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Suhtautuminen laitteeseen2. Tiedonsaanti <p>Organisaatiolta saatu tieto</p> <p>Asiakkaalta saatu tieto</p> <ol style="list-style-type: none">3. Toimintakyky <p>Fyysinen toimintakyky</p> <p>Psyykinen toimintakyky</p> <ol style="list-style-type: none">4. Sosiaalinen näkökulma <p>Sosiaalinen kanssakäyminen</p> <p>Laitteesta luopuminen</p> <ol style="list-style-type: none">5. Taloudellinen näkökulma	<p>Yläluokka:</p> <p>Kokemukset interaktiivisesta yhteydenpidosta</p>
--	---

2. Tiedonsaanti

Kaikki haastateltavat toivat esiin puutteita tiedon saannissa. Vastuuhoitajat kertoivat, etteivät olleet saaneet etukäteen tietoa siitä, että heidän asiakkaansa on mukana IITA-palvelussa ja saa kotiinsa interaktiivisen laitteen. "...en mä ainakaan saanut siitä etukäteen mitään tietoa." "...tuntu, et mun tulis tietää siitä ensimmäisenä." Jossain tapauksessa tieto oli saatu edellisenä päivänä tai laite ja asiakas olivat tulleet samaan aikaan.



Tiedon saanti organisaatiolta

Organisaation järjestämä informaatiotilaisuus oli tullut vastuuhoidajien mielestä liian myöhäisessä vaiheessa. Joidenkin hoitajien asiakkailta oli ollut jo pitkään laitteet ennenkuin vastuuhoidajat olivat saaneet kutsun informaatiotilaisuuteen. "...olis hyvä ollu heti alussa se info." Eräs vastuuhoidtaja oli ollut asiakkaan luona kotikäynnillä, kun laitetta tultiin asentamaan, "...olin iltavuorossa , kun ne tuli asentamaan sitä ja kyllä mä vähän ihmettelin." Vastuuhoidajat olivat kokeneet puutteellisen tiedonsaannin hämmentävänä. "...vaikka mä olen vastuuhoidtaja, niin mulle ei tullut tieto". "...viimeistään kotiutumisvaiheessa tulis kertoa omahoitajalle."

Tiedon saanti asiakkaalta

Vastuuhoidajat antoivat kiitosta asiakkaiden saamaan käyttöopastukseen Kuntokartanossa. Asiakkaat olivat myös informoineet kiitettävästi kotihoidon työntekijöitä ja antaneet laitteeseen liittyviä esitteitä työntekijöiden luettavaksi. "...sain asiakkaalta hyvät tiedot."

3. Toimintakyky

Fyysinen toimintakyky

Vastuuhoidajien kokemusten mukaan säännöllisistä, ohjatuista liikuntatuokioista oli ollut selvästi näkyvää hyötyä IITA-palveluun kuuluville asiakkaille. Tiedossa oli myös, että kunto ja fyysinen toimintakyky rapistuvat n iäkkäillä ihmisillä liikunnan puutteesta. "...se on viikko kaks, kun ei pääse sängystä ylös." Vaikka jotkut asiakkaat olivat kokeneet ohjatun liikunnan ajoittain rankkana, he tekivät sitä kuitenkin mielellään ja huomasivat itsekin kuntosaa kohentuneen säännöllisen liikunnan myötä. Joidenkin asiakkaiden kuntoutuminen oli ollut huomattavaa. "...pääsee nyt kotoa ulos."



Psyykkinen toimintakyky

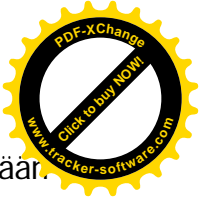
Vastuuhoitajien mielestä IITA- palvelulla oli ollut vaikutusta myös asiakkaiden psyykkiseen toimintakykyyn ja vireyteen. "...mielialaan selvästi kohentavasti vaikuttanut." Etenkin yksin asuvat ja yksinäiset vanhukset olivat saaneet laitteen myöstä ohjelmanumeron elämäänsä. "...yksinasuvalle lisä siinä." Myöskin terveystalvelujen käyttämisen oli huomattu vähentyneen. "...ettei aina soita sinne hätänumeroon." Joidenkin asiakkaiden kohdalla säännöllinen liikunta oli vaikuttanut motivaatioon kuntouttaa itseään ja parantaa toimintakykyään. "...itsellään motivaatiota ja on asettanut itselleen tavoitteen."

4. Sosiaalinen näkökulma

Sosiaalinen kanssakäyminen

Toisen ihmisen näkeminen oli koettu virkistäväksi. "...onhan se ihan eri kuin puhelimesta." Kontaktin ottaminen oli helpompaa, kun oli jo tutustunut toisiin asiakkaisiin ruudun kautta. "...helpompi ottaa yhteyttä, kun tuntee niitä ihmisiä sieltä ruudun takaa." Kaikki asiakkaat eivät olleet halunneet ottaa oma-aloitteisesti yhteyttä toisiin käyttäjiin, vaan olivat tyytyneet pelkkiin jumppatuokioihin ja muuhun IITA-palvelun tarjoamiin ohjelmiin passiivisina osallistujina. "...ainakin kuuntelee."

Sosiaalinen kanssakäyminen oli lisääntynyt IITA-palvelun myötä monen kotihoidon asiakkaan arjessa. Kotiinsa aikaisemmin eristäytynyt asiakas oli saanut elämäänsä uutta sisältöä. "...mies kuoli ja alkoi eristäytyä kotiinsa." Aikaisemmin yksinäisyydestä kärsineille interaktiivisesta kuva- ja puhelinpalvelun käyttäminen oli avannut elämään uusia ulottuvuuksia. Laitteen kautta moni asiakas oli saanut uusia ystäviä sekä päivittäisiä kontakteja toisiin käyttäjiin. "...on tullut uusia ystäviä." "...se sosiaalinen puoli tulee sieltä IITasta." Monet olivat kokeneet IITA-palvelun myötä saadun laitteen henkireiäkseen ja laitteen myötä oli tuntunut, ettei ollut yksin. "...kello sillon ja sillon sieltä monitorista tietää, että siellä on joku." Jotkut asiakkaat pitivät toisiinsa päivittäin yhteyttä IITA-palvelun ohjelman



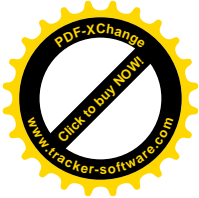
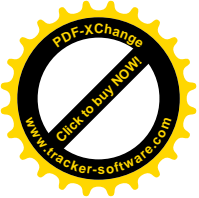
ulkopuolellakin. Vertaistukeakin annettiin. "...kerrotaan huolet ja piristetään toista."

Monelle yksinäiselle IITA-palvelun myötä päivään oli tullut uutta ryhtiä ja järjestystä, päivärytmi oli normalisoitunut ja myös ulkonäöstä huolehdittiin enemmän. "...tukka pitää olla laitettuna ja vaatteet päällä, muuten tääkin asiakas siellä yöpaidassa päivät hiihtelis." "...ja huushollia pitää vähän järjestää, ettei näy kaikki siinä kuvassa." Päivittäistä ohjelmaa odotettiin ja IITA-projektin vetäjät olivat tärkeitä kontakteja ja heistä puhuttiin arvostavasti. Omaisetkin olivat ilmaisseet olevansa tyytyväisiä.

Suurimmalla osalla asiakkaista ei ollut kodin ulkopuolista sosiaalista kanssakäymistä tai se oli vähäistä. "...ei ole muitakaan virikkeitä." Liikuntarajoitteet myös vaikuttavat sosiaaliseen kanssakäymiseen. "...näin talvella liukkaalla ei ole rollaattorilla liikkunut ulkona." "...kodin ulkopuolella ei ole liikkunut vuosiin." Kerhoihin ja muihin järjestettyihin tilaisuuksiin osallistuminen oli ollut myös hankalaa liikuntarajoitusten ja kerhojen sekä kerhotaksin aikaisten aikataulujen vuoksi. "...lähtö on niin aikaisin, että suurin osa putoo jo siinä pois."

Laitteesta luopuminen

Aktiivisille laitteen käyttäjille ajatus laitteesta luopumisesta oli vaikeaa. Monet asiakkaat olivat tottuneet laitteen käyttämiseen ja sen mukanaan tuomiin hyviin asioihin. Vastuuhoidajat kertoivat joidenkin asiakkaiden miettineen jo etukäteen, miten he pärjäävät ilman laitetta, jos siitä joutuu luopumaan. "...suree nyt jo sitä, jos laite viedään pois, niin häneltä menee sen mukana hyviä juttuja." Oli esitetty myös toivomuksia, että jos laite viedään pois, pitäisi saada jotain muuta tilalle. Toisille asiakkaille laitteesta luopuminen ei ollut vaikeaa. "...sanoo, ettei ole sillälailalla sidonnainen, että pärjää ilmankin.

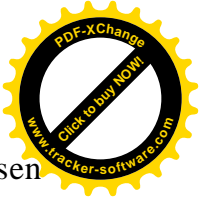


5. Taloudellinen näkökulma

Vastuuhoitajien kertoman mukaan asiakkaat olivat jo pohtineet laitteen mahdollista maksullisuutta jatkossa, asiakkaita oli askarruttanut, kuka laitteen käytön maksaa, kun projekti loppuu. "...ettei tyssää siihen, ettei löydy maksajaa." Monet asiakkaat olivat valmiita maksamaan kuukausittain jonkinlaisen kohtuullisen summan saadakseen pitää laitteen. Pienten eläkkeiden vuoksi toisilla asiakkailla ei olisi varaa pitää laitetta, jos käyttö muuttuisi maksulliseksi. "...rahat on muutenkin tiukalla."

TAULUKKO 3. Asiakkaiden kokemuksia teknologian käyttämisestä kotihoidon työntekijän näkökulmasta katsottuna

Alaluokat: 1. Tekninen osaaminen 2. Tekniset vaikeudet 3. Laitteeseen suhtautuminen 4. Osallistuminen 5. Yhteydenpito IITA-palveluun	Yläluokka: Kokemukset asiakkaan teknologian käyttämisestä
---	--



5.2 Miten IITA-palveluun osallistunut asiakas on kokenut teknologian käyttämisen kotihoidon työntekijän näkökulmasta katsottuna

1. Tekninen osaaminen

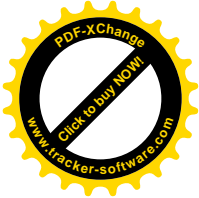
Vastuuhoitajien kertoman mukaan asiakkailla ei ollut ollut vaikeuksia laitteiden käyttämisessä. "...osasi itse sen laitteen." "...itsenäisesti hoitaa." Asiakkaat olivat opastettu hyvin laitteen käyttämiseen ja laitteesta oli tehty iäkkäälle ihmiselle kotioloihin soveltuva sekä helppokäyttöinen. Jollekin asiakkaalle laite oli vielä uusi ja hieman pelottavakin, eikä sen käyttäminen sujunut vielä toivotulla tavalla. "...välillä on vaikeaa, kun menee aikaa ja pelottaa se laite."

2. Tekniset vaikeudet

Tekniset vaikeudet etenkin alkuvaiheessa olivat aiheuttaneet ongelmia. Laitetta ei saatu käynnistymään, kuvaa ei näkynyt, tai muuta sen kanssa vaikeutta oli esiintynyt ja vastuuhoitajat yhdessä asiakkaan kanssa olivat olleet yhteydessä pääkäyttäjiin. Konkreettiset vaikeudet laitteen käytössä koskivat kuvan- tai äänentoistoa, josta jotkut asiakkaat olivat valittaneet. Äänen oli kerrottu tulevan viiveellä ja häittäneen esimerkiksi keskusteluun osallistumista tai ohjelman seuraamista. Yksi asiakas oli kertonut viiveen häittäneen niin paljon, ettei voinut ottaa osaa yhteisiin keskustelutilanteisiin. "...ei osallistu, kun se viive häiritsee niin paljon."

3. Laitteeseen suhtautuminen

Vastuuhoitajat kertoivat seuraavansa asiakkaiden laitteen käyttämistä ja välillä kyselevänsä asiakkaalta, mitä mieltä tämä on laitteesta. "...kysyttiin, että onko tykänny ja sano, että on tykänny." "...seurataan, että vähätteleekö." Asiakkaat myös kertovat mielellään vastuuhoitajille, omaisille ja tutuilla laitteesta ja sen tarjoamista palveluista. Etenkin liikunta ja lukupiiri olivat olleet asiakkaiden mieleen. "...kyllä hän siitä mielellään kertoo."



4. Osallistuminen

Laitteet olivat olleet asiakkailta päivittäin aktiivisessa käytössä. Vastuuhoitajien kertoman mukaan lähes kaikki asiakkaat käyttivät päivittäin laitetta ainakin jossakin muodossa. "...päivittäin käyttää." "...on ollut tosi aktiivinen." Silloin tällöin oli ollut tilanteita, ettei joku ollut ehtinyt aamutoimiltaan mukaan liikuntatuokioon tai asiakkaalla oli ollut muuta ohjelmaa, kuten lääkärissäkäynti. Vastuuhoitajat kertoivat myös laitteen käyttämisen helposti unohtuvan, jos asiakkaalla oli paikalla vieras tai omainen. "...helposti häiriintyy, jos siellä on joku ihminen." "...ihminen on tärkeempi kuin se laite."

5. Yhteydenpito IITA-palveluun

Asiakkailta oli mahdollisuus ottaa yhteyttä laitteillaan Kuntokartanon IITA-studioon, mutta vastuuhoitajien kertoman mukaan asiakkaat harvoin käyttivät hyväkseen sitä mahdollisuutta. Haastatteluissa tuli esiin yksi asiakas, joka oli aktiivinen palvelun käyttäjä. "...ollut itse yhteydessä ravitsemusterapeuttiin."

TAULUKKO 4. IITA-palvelun vaikutus työhön

Alaluokat: 1. Työn suunnittelu 2. Aikataulut 3. Ajankäyttö Kiire	Yläluokka: Vaikutus työhön
---	-------------------------------



5.3 Miten IITA-palvelu on vaikuttanut kotihoidon työntekijöiden työhön, työn suunnitteluun ja ajankäyttöön

1. Työn suunnittelu

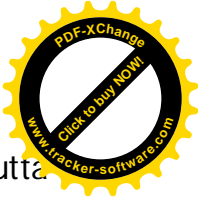
Vastuuhoitajat kertoivat joutuneensa tekemään muutoksia töiden suunnittelussa ja järjestämisessä IITA-palvelun ohjelman, kuten aamupäivisin tapahtuvien ohjattujen liikuntatuokioiden takia. "...jos niitä käyntejä ei olis niin paljon." Joidenkin työn suunnittelua IITA-palvelu ei ollut haitannut. "...käydään joka tapauksessa aamusta, -piikit ja aamupala ja sit onkin se jumppa." Vastuuhoitajien mukaan nyt, kun laitteita ei vielä ollut kuin muutamia, ne eivät vaikuttaneet mainittavasti töiden suunnitteluun, mutta jos laitteita tulisi lisää, töiden suunnittelu saattaisi muuttua haasteellisemmaksi. "...meille tää aika on hyvä, mutta jos olis useampi laite, siinä joutuis tosiaan miettimään."

2. Aikataulut

Päivittäinen ohjattu liikuntatuokio määrittää sekä asiakkaan että vastuuhoitajien aikatauluja. "...ett on ehditty saada hänet siihen mennessä valmiiksi." Päivän muut työt on sovittava "IITA-jumpan" mukaisesti. "...välillä aikatauluja joutuu miettimään." Kotihoidon työntekijät kertoivat ottaneensa IITA-palvelun tuomat rajoitteet huomioon jo viikkolistaa suunnitellessaan. "...siihen kellonaikaan on kyllä ollut vaikutusta."

3. Ajankäyttö

Monien asiakkaiden aamutoimet kestävät yksilöllisistä syistä johtuen pitempään kuin toisten, ja vastuuhoitajat kertoivat joutuvansa joskus keskeyttämään aamutoimet IITA-jumpan alkamisen takia. Joskus taas asiakas ei ole jaksanut jumpan jälkeen suihkuun jolloin hoitaja on joutunut käymään sillä välin jonkun toisen asiakkaan luona. Näin kyseiselle asiakkaalle on tullut kaksi käyntiä samalle päivälle. Se taas vaikuttaa koko päivän aikatauluihin ja ajankäyttöön. Ajankäyttöä haittaavaksi asiaksi vastuuhoitajat mainitsivat myös jatkuvan uusien asioiden



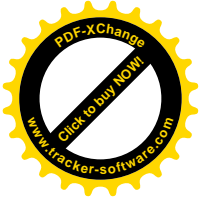
opettelemisen ja siihen kuluvan ajan vähenemisen. "...koko ajan nopeutuu ja uutta pitää oppia." "...uuden oppimiseen menee aikaa."

Kiire

Vastuuhoitajat kertoivat kiireen syntyvän etenkin sellaisista tilanteista, kun joku kollega oli sairaana, eikä sijaisia ollut. Myös IITA-palvelun jumppatuokion ajankohta oli aiheuttanut kiirettä, koska aamutoimille jää vähemmän aikaa. Joskus asiakas ei ollut ehtinyt mukaan jumppaan. "...tulee tosi kiire, joskus on mennyt jumppa ohi."

6 AINEISTON LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELU

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, jolloin luotettavuuden tarkasteluun on kiinnitettävä erityistä huomiota. Laadullisen aineiston luotettavuuteen vaikuttavat aineisto, aineiston keruu ja analysointi sekä aineiston raportointi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 159-163.) Kun arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tehdyt teot, valinnat ja ratkaisut, tutkijan tulee arvioida työnsä luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Näin ollen luotettavuuden tehdään koko ajan. (Vilka 2007: 158-160.) Laadullisen tutkimuksen uskottavuus (credibility) edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Se edellyttää, että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.) Seuraavissa kappaleissa kuvataan aineiston keruun, analyysin ja raportoinnin luotettavuutta sekä tutkimuseettisiä asioita.



6.1 Aineiston keruun luotettavuus

Laadulliseen tutkimukseen osallistuvat valitaan harkinnanvaraisesti siten, että heillä on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 83). Haastateltavat oli valittu kotihoidon vastuuhoidajista, joiden asiakkaat olivat mukana IITA-palvelussa eli hoitajat tiesivät, mistä he puhuivat. Teemahaastattelussa keskeiset asiat on sovittu etukäteen, mutta aineiston keruuseen liittyy myös vapauksia (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 97). Haastatteluteemat oli etukäteen valittu, mutta haastattelutilanteessa sai puhua vapaasti kaikesta aiheeseen liittyvästä. Haastattelijä ohjaili keskustelua ainoastaan tarkentavilla lisäkysymyksillä.

Haastattelutilanteissa vallitsi rentoutunut ja keskustelunomainen ilmapiiri, jossa haastateltavat tukivat ja täydensivät toistensa kokemuksia. Alkujännityksen hälvettyä nauhurinkin läsnäolo unohtui. Haastattelu päätettiin, kun kenelläkään ei ollut aiheesta enempää kerrottavaa, jolloin voidaan katsoa aineiston saturoituneen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 84; Vilka 2007: 127). Nauhat purettiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jolloin niillä oleva tieto siirtyi tuoreena kirjalliseen muotoon. Luotettavuutta lisäsi myös se, ettei opinnäytetyön aihe ollut opinnäytetyön tekijälle entuudestaan tuttua. Näin ollen opinnäytetyön tekijä ei voinut omilla käsityksillään vaikuttaa haastateltavien vastauksiin.

Laadullinen tutkimus ei voi olla täysin teorialatonta, mutta teoria ei myöskään saa ohjata tutkimuskysymyksiä. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on saada tietoa ilmiöistä, joista ei etukäteen tiedetä mitään tai tiedetään hyvin vähän. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 65.) Aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja muuhun saatavilla olevaan tietoon opinnäytetyön tekijä oli tutustunut ymmärtääkseen erilaisten apuvälineiden ja teknologian käyttämistä iäkkäiden henkilöiden kotona asumisen tukemiseksi, mutta muuten ei etukäteistiedon annettu vaikuttaa aineiston sisältöön. Esimerkiksi aikaisemmat tutkimustulokset eivät voineet vaikuttaa haastatteluteemoihin eli tutkimuskysymyksiin, koska tästä aiheesta ei ollut saatavilla aikaisempia tutkimuksia ainakaan opinnäytetyön tekijän käyttämällä hakusanoilla.

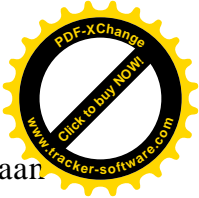


6.2 Aineiston analyysin luotettavuus

Sisällön analyysin luotettavuuden ongelmana voi olla se, ettei tutkija pysty objektiiviseen tarkasteluun analyysiprosessissa. Haasteena sisällön analyysissä on se, miten onnistutaan aineiston pelkistämisessä ja muodostamaan kategorioita siten, että kuvaus on luotettava. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 10.) Nauhoitetut haastattelut purettiin sanatarkasti, eikä niiden sisältöä muunneltu aukikirjoituksen tai puhtaaksikirjoituksen yhteydessä. Kaikki alkuperäinen analyysivaiheen materiaali säilytettiin, kunnes opinnäytetyö oli valmis, joten totuudenmukaisuuden ja asiallisuuden pystyi tarkistamaan milloin tahansa. Pelkistetyt ilmaukset ja niistä johdetut luokitukset muodostettiin vastuuhoidtajien lausumista. Aineistolähtöisessä analyysissä lähdetään liikkeelle kuin ”puhtaalta pöydältä”, mikä tarkoittaa ilman ennalta määriteltyjä olettamuksia. Teoria rakennetaan aineistosta lähtien kuin pyramidia eli alhaalta ylöspäin. Aikaisemmat kokemukset eivät saa rajata tutkimusta, ennemminkin tutkijan tulisi oppia ja yllättyä tutkimuksen edetessä ja voida tehdä itselleen arvauksia siitä, mitä analyysissä ilmenee. (Eskola – Suoranta 2000; 19-20.) Tässä opinnäytetyössä edellä mainitut ennakkokäsitykset tai aikaisemmat kokemukset eivät voineet vaikuttaa analyysiin, koska nimenomaisesta aiheesta ei ollut saatavilla aiempaa tietoa.

6.3 Aineiston raportoinnin luotettavuus

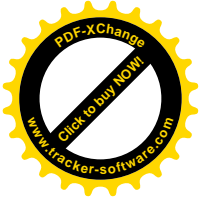
Objektiivisuutta ja uskottavuutta pyritään lisäämään pitäytymällä aineiston sisällössä. Lisäksi aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä analyysin ja raportoinnin luotettavuutta (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-12). Aineiston siirrettävyyden (transferability) varmistamiseksi edellytetään huolellista kuvausta eli raportointia. Raportoinnin tarkoitus on tiedon julkistaminen. Tutkijan on pystyttävä kuvailemaan ja perustelemaan tekstissään, miten hän on ratkaisuihinsa päätenyt. Raportin on oltava selkeästi luettavissa, jolloin kirjoittamisen haasteena on saada tekstistä mahdollisimman luova ja rikas, mikä tarkoittaa, että tutkija kuvaa todellisuutta tarkasti ja elävästi. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 160-161.) Tutkimuksen arvioinnin perusta on tutkimusteksti (Vilkkä 2007: 163).



Laadullisen tutkimuksen raportti on kertomus etsimisestä, ja kuin juoneltaan etenevä kertomus (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 260). Laadullisen tutkimuksen kirjoitusprosessi on ennen kaikkea oman tekstin korjaamista, analysoimista ja hiomista (Alasuutari 1994: 252).

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. etiikan perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen kriittisyys edellyttää omien perusteiden ja toimintatapojen arviointia erilaisista näkökulmista. Laadullisen tutkimuksen raporteissa esitetään usein autenttisia, suoria lainauksia haastatteluteksteistä. pyritään omalta osaltaan varmistamaan tutkimuksen luotettavuutta antamalla lukijalle mahdollisuus seurata aineiston keruun polkua. On kuitenkin varmistauduttava, ettei haastateltava ole tunnistettavissa lainauksissa murteen tai sanontojen perusteella. Alkuperäislainaukset tulisi kuvata yleiskieltä käyttämällä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 161-165.) Tässä työssä käytetyt autenttiset lainaukset on raportoitu siten, ettei niistä pystytä tunnistamaan tiedon antajia.

Lupa kotihoidon työntekijöiden haastattelemiseen pyydettiin Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä TUTKA:lta tammikuussa 2010, ja lupa myönnettiin helmikuussa 2010. Lupa saatiin myös Helsingin kaupungin kotihoidon johtajalta. Tutkimuslupan ehtona oli, että opinnäytetyön tekijä toimittaa valmiin raportin Helsingin kaupungin Terveyskeskuksen käyttöön sekä kirjoittaa tutkimusraportista yhteenvedon terveystieteiden henkilöstölehteen. Kotihoidon vastuuhoidajilta kysyttiin suostumus haastatteluun ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastatteluajankohdat suunniteltiin työntekijöiden ajankäytön ehdoilla. Haastateltavien anonymiteetti säilytettiin. Vaikka työpaikoilla tiedettiin heidän osallistuvan haastatteluun, opinnäytetyön tulosten alkuperäislainauksien perusteella heitä ei voida tunnistaa. Haastattelumateriaalia ei käsitellyt kukaan ulkopuolinen.



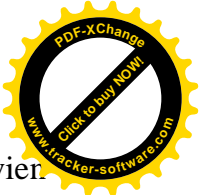
7 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä tuodaan esille myös laajemmin vanhusten hoitoa tämän päivän Suomessa. Kuten johdannossa ja teoriaa käsittelevissä osioissa on aiheesta kirjoitettu, vanhusten hoito nyt ja tulevaisuudessa ovat isoja valtakunnallisia kysymyksiä. InnoKusti -hanke ja IITA -projektikin liittyvät laajempaan kehittämisohjelmaan, jonka juuret ovat Sosiaali- ja terveysministeriössä.

Tosiasia on, että ikääntyvien ihmisten määrä on Suomessa korkea ja lukumäärä tulee kasvamaan lähitulevaisuudessa. Yhteiskunta ei pysty tarjoamaan riittävää hoitoa tai huolenpitoa kaikille, kuitenkin suurin osa vanhuksista haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Myöskään hoitavaa tai huolenpitoa antavaa henkilökuntaa ei ole tarpeeksi vanhusten hoidossa, eikä yhteiskunnalla ole varaa lisätä hoivapalveluja. Taloudellisten resurssien rajallisuus pakottaa kehittämään uusia innovaatioita ongelman ratkaisemiseksi. Ratkaisuksi onkin keksitty teknologia vastaamaan tähän haasteeseen. (vrt. Kuusi 2001.)

Geronteknologia on vielä melko uusi alue. Nuoruutensa vuoksi geronteknologialta puuttuu myös luotettava ja pitkäaikainen tieto, eikä sille ole ehtinyt kehittyä vankkaa asemaa yhteiskunnassa. Geronteknologia voidaan kokea myös liian laajasti ymmärrettäväksi käsitteeksi, koska sen sisälle voidaan määritellä kaikkea lääketieteestä insinööri-, yhteiskunta- ja kauppatieteisiin sekä arkkitehteihin ja muotoilijoihin. (ks. Seppälä 2010.)

Teknisiin laitteisiin perehdytyksen ja tiedon puute tulee esiin tässäkin opinnäytetyössä. Osaamisen puutteet voivat aiheuttaa uusien asioiden vastustusta ja synnyttää negatiivisia tunteita uusiin asioihin nähden. Vaikka teknistä laitetta käyttäisi ainoastaan asiakas, hoitavan henkilöstön tulee olla perillä laitteen käyttöominaisuuksista. Perehdytyksen ja tiedon puute saattaa tuntua hoitohenkilöstöstä jopa heidän aliarvioinniltaan ja työnsä vähättelyltä. (ks. Melkas 2008.)



Videoneuvottelutekniikkaa voidaan menestyksekkäästi käyttää kotona asuvien vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen esimerkiksi jumppatuokioiden avulla. Wallinin (2009) fysioterapian väitöskirjassa tutkittiin, miten kotona kuntoutusjaksolla olevat raihnaatkin vanhukset hyötyvät ryhmäliikunnasta. Ryhmässä vanhukset saivat toisiltaan vertaistukea voivat keskustella fysioterapeutin sekä toistensa kanssa harjoitteluun liittyvistä asioista, mutta kuntoutusjaksolla ja sen jälkeen kotona tapahtuvassa harjoittelussa tulee huomioida vanhuksen arki kotioloissa. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat omalta osaltaan sitä, että vähäiselläkin, mutta säännöllisellä liikunnalla on vaikutusta vanhusten omatoimisuuteen ja kunnon ylläpitoon. (Wallin 2009.)

Lupaava-hankkeen mukaisesti kotihoidon työntekijöiden tulee huolehtia vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisestä henkilökohtaisia liikkumissopimuksia solmimalla. Ongelmaksi on muodostunut se, että usein iäkkäät ihmiset vierastavat sanaa sopimus ja kieltäytyvät siitä. "...kun aletaan puhua sopimuksista, ei ne mummut ja papat lähde mukaan." Toiseksi ongelmaksi muodostuu kotihoidon työntekijöiden ajan puute, koska he eivät ehdi tehdä harjoituksia asiakkaan kanssa tai seurata asiakkaan omatoimista harjoittelua. Kuitenkin kotihoidon työntekijät kertovat huomaavansa asiakkaasta heti, kun omatoiminen liikkuminen vähenee ja kunto laskee.

Vaikka asiakkaat ovat torjuneet liikkumissopimuksia, he ovat suhtautuneet innokkaasti päivittäisiin liikuntatuokioihin ja odottavat niitä päivän kokokohtana. Kyse onkin siitä, miten asia heille tarjotaan. Onko tietokoneruudun kautta tapahtuva ryhmämuotoinen liikunta, jossa asiantuntija toimii vetäjänä, kuunnellaan musiikkia ja nähdään toisten jumppaavan samaan aikaan houkuttelevampaa kuin polkea yksin kuntopyörää?

Teknologian tarkoitus on palvella ihmisiä, eikä olla liian monimutkaista etenkin iäkkäiden ihmisten ollessa kyseessä. Leikaksen (2008) mukaan väärin suunniteltu teknologia voi olla käyttäjälleen haitaksi tai jopa vaarallista. Geronteknologia vanhusten kotihoidon tukena on oikein mitoitettuna tarkoituksenmukaista, kunhan muistetaan, ettei sen tarkoitus ole korvata inhimillistä hoivaa. (ks. Leikas 2008.)



8 JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tämä työ osoittaa, että videoneuvottelutekniikka soveltuu kotihoitoon. Vastuuhoitajat toivat kuitenkin esille myös parannettavaa. Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat kehittämissuhteet:

1 Tiedonsaannin parantaminen

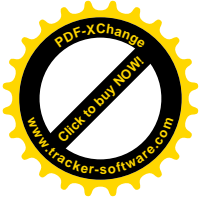
Vastuuhoitajat toivat esiin puutteet tiedonkulussa ja tiedonsaannissa. Useimmat vastuuhoitajat eivät olleet saaneet etukäteen tietoa IITA -palveluun kuuluvista asiakkaista. Lisäksi organisaation järjestämä informaatio oli tullut liian myöhään.

2 IITA-palvelun liikuntatuokioiden sovittaminen kotihoidon aikatauluihin

Osa vastuuhoitajista oli kokenut töiden ruuhkautuvan aamupäivällä IITA-jumpan vuoksi. Vastuuhoitajat toivat esiin ehdotuksia siirtää liikuntatuokiota iltaapäivään, jolloin huonokuntoisimmat ja hitaammatkin asiakkaat ehtisivät suorittaa aamutoimensa ilman kiirettä.

3 Kerhojen alkamisaika myöhemmäksi tai kerhotaksin aikataulut joustavammiksi

Monet asiakkaat jäävät paitsi kodin ulkopuolisia virikkeitä asiakkaalle sopimattoman aikataulun vuoksi. Vastuuhoitajien mukaan kerhojen alkamisaikoja pitäisi sovittaa paremmin asiakkaiden aamutoimiin tai kerhotaksin aikatauluja pitäisi muuttaa joustavammiksi, jotta kaikki halukkaat ehtisivät mukaan. Nyt kerhot alkavat liian aikaisin ja kerhotaksi ajaa vain kiertäen, jolloin ensimmäisinä osoitelistalla olevat asiakkaat joutuvat autossa pitkään taksin hakiessa toisia asiakkaita. Lähtökiireessä on jäänyt peseytyminen ja aamupala kesken tai ei ole ehtinyt mukaan lainkaan.



LÄHTEET

Alasuutari, Pertti 1994: Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Vastapaino. Painettu Gummerus Kirjapaino Oy:ssä Jyväskylässä 1994.

Bouma, Herman 1992: Gerontechnology: Making Technology Relevant for the Eldery In Herman Bouma & Jan A. M. Graafmans (ed.): Gerontechnology. Amsterdam: IOS Press, 1-5. Teoksessa Seppälä, Miranna 2010: Gerontologia Suomen 2010-luvun vaihteen ikäpoliittisissa strategioissa. Pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikka.

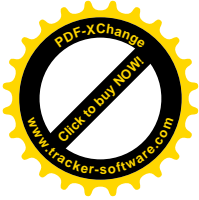
Eläkeliitto 3.4.2010: Puhumalla Paras-hanke vuosille 2006-2010. <http://www.elakeliitto.fi>. Luettu 9.9.2010.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2000: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

ETENE 2008: Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. <http://www.etene.org/julkaisut/2008>. Luettu 9.9.2010.

Etä-yhteistyötä akselilla Lappeenranta – Espoo: Innovatiivinen Hyvinvointi-TV tukee ikääntyviä television ja laajakaistan välityksellä. <http://kotiin.laurea.fi>. Luettu 9.11.2009.

Harrington, Thomas L. – Harrington, Marcia K 2000: Gerontechnology. Why and How. Maastricht: Shaker Publishing B. V. Teoksessa Seppälä, Miranna 2010: Gerontologia Suomen 2010-luvun vaihteen ikäpoliittisissa strategioissa. Pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikka.



Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto 2009: Innovaatiohanke 2006-2010.

Kustaankartanon vanhustenkeskus. InnoKusti -hanke. IITA -projekti.
Asiakastiedote 21.9.2009.

Helsingin kaupunki. Terveyskeskus. www.hel.fi/wps/portal/Terveyskeskus.

Luettu 9.11.2009.

High Tech Forum. 1.11.2002: Oululainen omahoitojärjestelmä Kanadaan.

Verkkolehti. Luettu 11.12.2009.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007: Tutki ja kirjoita. 13.
painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Hiukka, Pirjo – Jauhojärvi, Raisa 2007: Geroteknologia vanhuksen tukena – Kotona
asuvien vanhusten ja kotihoidon henkilöstön kokemuksia eRural-projektin
teknologiasta. Opinnäytetyö. Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät
hoitotieteessä. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 8 (3). 2010. s. 14.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. 1.
painos. WSOYpro Oy. WSOY Kirjakeskus. Porvoo.

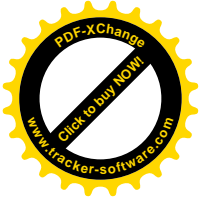
Kannus, Pekka 2005: Kaatumistapaturmien ehkäisy ikääntyneillä. UKK-instituutti.
www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Kannus.pdf. Luettu 9.11.2009.

Kansaneläkelaitos 2010: Kela – IKÄ – hanke.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170303095252EP>

Luettu 9.9.2010.

Kodner, Dennis L. 1989: A vision of long-term care. To care for tomorrow`s elderly,
hospitals must plan now, not react later. Health Prog. 1989 Dec; 70 (10):
54 – 7. 72. USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> Luettu 6.9.2010.



Koskinen, Liisa – Jokinen, Pirkko 2000: Ryhmähaastattelu

aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede*.

Vol. 13, no 6/ -01.

Koskinen, Simo 2006: Ikäihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen.

Esitelmä. Vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaarissa (Vakka

Verkostoon) Tampereella 1.9.2001. www.oamk.fi/sote/hankkeita Luettu

11.12.2009.

Kotiin-hanke. Laurea Ammattikorkeakoulu. 2008: <http://kotiin.laurea.fi> Luettu

9.11.2009.

Kuusi, Osmo 2001: Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva

tulevaisuuspolitiikka ja geroteknologia. Geroteknologia-arvioinnin

loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 7/2001. Edita. Helsinki.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11. s. 3-12.

Ikäihmiset ja teknologia 2010. <http://www.ikateknologia.fi>.

Luettu 9.9.2010.

Kärnä, Sirpa 2009: Uuden ikääntymisen kulttuuri muotutumassa. *Gerontologia*

2/2009. s. 114. Referaatti YTM Sirpa Kärnä'n sosiaalityön väitöskirjasta

”Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Ikääntyvien

henkilöiden elämäntien seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden

kaupungissa. Tarkastettu Kuopion yliopistossa 24.1.2009.

Laslett, Peter 1998: Design Slippage over the Life-Course. In Jan Graafmans, Vappu

Taipale, Neil Charness (ed.): *Gerotechnology. A Sustainable Investment in*

the Future. Amsterdam: IOS Press, 84-92. Teoksessa Seppälä, Miranna

2010: *Geronteknologia Suomen 2010-luvun vaihteen ikäpoliittisissa*

strategioissa. Pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen

tiedekunta. Sosiaalipolitiikka.



Lehto, Paula 2008: Kotiin-hanke. Asiakasvetoiset interaktiiviset ratkaisut ikääntyneen kotona asumisen tukena. Laurea Ammattikorkeakoulun julkaisusarja A63.Espoo. www.laurea.fi/kotiin. Luettu 9.11.2009.

Leikas, Jaana 2008: Teknologian nopea kehitys ahdistaa ikääntyneitä
<http://www.ikateknologia.fi/julkaisuja.html?tmpl=component&print=>
Luettu 9.9.2010.

Lorenzen-Huber, Lesa – Allen, Patricia – Kennedy-Armbruster, Carol 2010:
Synergy and sensibility: a course on entrepreneurship in
gerotechnologies. *Gerontol. Geriatr. Educ.* 2010 Apr; 31 (2): 181 – 97.
USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
Luettu 6.9.2010.

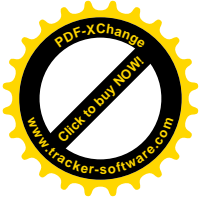
Melkas, Helinä 2008: Apuvälinepalveluprosessit älykotipilotoinnin valossa.
Apuvälineet osana vanhuksen hyvää kotona asumista. *Gerontologia*
3/2008: 163 -170.

Moilanen, Liisa 1995: Ryhmähaastattelu työyhteisössä – tiedonkeruun ja
vaikuttamisen väline. Työterveyslaitos. Helsinki.

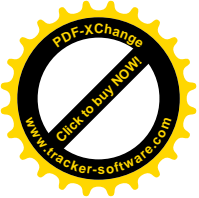
Oikarinen, Anu – Sinisammal, Janne – Tornberg, Vesa – Väyrynen, Seppo 1998:
Geronteknologian perusteita ja sovelluksia. Oulun yliopisto 4. Oulu.
Teoksessa Seppälä, Miranna 2010: Geronteknologia Suomen 2010-luvun
vaihteen ikäpoliittisissa strategioissa. Pro gradu –tutkielma. Helsingin
yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikka.

Paavilainen, Paula 2007: Ikääntyneet teknologian käyttäjinä. Tampereen Yliopisto.
Terveystieteen laitos. Luento 24.1.2007.
www.c.s.tut.fi/kurssit/IHTE-5100. Luettu 11.12.2009.

Puranen, Jaana – Kärki, Marjaana – Lagerblom, Katri – Rauste, Erja – Rysti, Maria –
Seppänen, Sirpa – Valvanne, Jaakko – Väisänen, Jaana – Wiklund, Anne
2007: Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut. EEVA-hanke 2005-2007. Espoo.



- Sassi, Pirkko – Valvanne, Jaakko 2007: Teknologia avuksi ikääntyvien hyvinvointiin. Pääkaupunkiseudun kaupunkiohjelma. Vanhusten omatoimista selviytymistä edistävä innovaatioympäristö-hanke 2006-2007. Loppuraportti 18.12.2007. Synocus.
<http://www.ikateknologia.fi/julkaisuja.html?tmpl=component&print=>
Luettu 8.9.2010.
- Seppälä, Miranna 2010: Gerontologia Suomen 2010-luvun vaihteen ikäpoliittisissa strategioissa. Pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikka.
- Sosiaalivirasto. IITA –Projekt. 2006:
www.hel.fi/portal/Sosiaalivirasto. Luettu 9.11.2009
- Sosiaalivirasto. Kustaankartanon vanhainkotosastot.
Verkkosivut. Päivitetty 6.9.2009.
www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL.
Luettu 17.12.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelma 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Yliopistopaino. Helsinki.
- Tilastokeskus – Väestöennuste 2009 – 2060.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_ Luettu 25.9.2010.
- Toimiva koti. 2010: Koulutusta kotihoidon työntekijöille. www.toimivakoti.fi
Luettu 9.9.2010.
- Theodoros, Deborah – Russell, Trevor 2008: A pilot study of videotelephone-based support for newly diagnosed paediatric oncology patients and their families. *Journal of Telemedicine and telecare*, 14. 6: – 321. Australia.
<http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:171343>.



Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2006: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1.-
1. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2002. Gummerus Kirjapaino Oy.
Jyväskylä 2006.

Vanhustenhuollon Uudet Tuulet 7/2004: s.4. Verkkolehti. Luettu 11.12.2009.

Wallin, Marjo 2009: Vanhukset mukaan kuntoutuksen suunnitteluun.
Gerontologia 2/2009: 112 – 114. Referaatti TtM Marjo Wallinin
fysioterapian väitöskirjasta: ”Communitydwelling older people in
inpatient rehabilitation: Physiotherapists` and clients` accounts of
treatments, and observed interaction during group sessions”.
Tarkistettu Jyväskylän yliopistossa, liikunta – ja terveystieteiden
tiedekunnassa 23.1.2009.

Wikman, Anita 2008: Ageing well. Mobile ICT as a tool for empowerment of
elderly people in home health care and rehabilitation.
<http://epubl.ltu.se/1402-1544/2008/44>.

Viikilä, Janna 2009: Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta
lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa.
Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäki.

Viitala, Marjukka – Pietilä, Anna-Maija – Kankkunen, Päivi 2010: Terveyttä
vahvistava vertaistuki: kuvauksia syömishäiriöitä sairastavien internetin
keskustelupalstalta. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 8 (3). 2010. s. 12-19.

Vilka, Hanna 2007: Tutki ja kehitä. 1 – 2. painos. Gummerus Kirjapaino Oy.
Vaajakoski 2007.

Väisänen, Pirjo 2010: Helsingin kaupungin kotihoidon läntisen alueen kotihoidon
päällikkö. Haastattelu 19.9.2010. Helsingin Sanomat.



Väyrynen, Seppo – Kirvesoja, Harri 1998: Johdatus geroteknologiaan. Teoksessa: A

Oikarinen - J. Sinisammal – V. Tornberg - S.

Väyrynen 1998: Geroteknologianperusteita ja sovellutuksia. Työtieteen laitoksen hankeraportteja No. 4. s. 5-10. Oulun Yliopisto.

Äyväri, Heikki 2009: Teknologia kotona asumisen tukena. Wellpro. Elokuu 2009.

<http://www.ikateknologia.fi/julkaisuja.html?tmpl=component&print=>

Luettu 9.9.2010.



LIITE 1.

KYSYMYS 1. Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on kaksisuuntaisesta interaktiivisesta yhteydenpidosta asiakkaan kotioloissa?

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"laitteita sais olla enemmänkin"	enemmän laitteita	Suhtautuminen laitteeseen	Kokemukset interaktiivisesta yhteydenpidosta
"ollu kiva tutustua"	kiva tutustua		
"istuu hyvin tähän kotihoitoon"	istuu hyvin kotihoitoon		
"ollu hyvä kokemus"	hyvä kokemus		
"ensin tuntu monimutkaselta, mut sit olikin ihan selkee"	ensin monimutkaista		
"mahdollistaa kuntoutuksen niillä, ketkä ei pääse kotoa ulos"	mahdollistaa kuntoutuksen		
"enemmänkin tuki tässä kuntoutuksessa"	tuki kuntoutuksessa		