



**HYVINVOINTITEKNOLOGIAN
MAHDOLLISUUDET KOTIHOIDON
PALVELUPROSESSIEN KEHITTÄ-
MISESSÄ**

**Nykytilan kartoitus Kotona kokonainen
elämä -kehittämishankkeen kunnissa**

Sirpa Jyrkkänen

Opinnäytetyö
Syyskuu 2013
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma

JYRKKÄNEN, SIRPA:

Hyvinvointiteknologian mahdollisuudet kotihoidon palveluprosessien kehittämisessä

Opinnäytetyö 83 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Syyskuu 2013

Tämä opinnäytetyö on osa nykytilan analyysiä, joka liittyy Keski- ja Länsi-Uudenmaan Kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (Kaste) ”Kotona kokonainen elämä -ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Etelä-Suomessa 2013–2015”. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hyvinvointiteknologian mahdollisuudet kotihoidon palveluprosessien kehittämisessä. Sekä opinnäytetyön kohderyhmä että tarkoitukset jakautuivat kahteen osaan: säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden vastuuhoidajat ja kotihoidon henkilökunta. Tutkimuksen päätarkoitus oli kartoittaa kotihoidon asiakkaiden käytössä olevat apuvälineet, teknologiset laitteet ja palvelut, tehdyt kodinmuutostyöt sekä mahdolliset lisätarpeet. Vastuuhoidajat arvioivat myös asiakkaiden tyytyväisyyttä apuvälineisiinsä ja palveluihinsa. Opinnäytetyön toinen tarkoitus oli selvittää henkilökunnan hyvinvointiteknologia osaamisen taso. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin sähköisillä kyselylomakkeilla.

Melkein puolet asiakkaista (214/N=455) omisti turvapuhelimen. Turvapuhelinten lisäksi käytössä oli melko vähän teknologisia apuvälineitä tai palveluita. Suunniteltaessa uusia IT-pohjaisia palveluja on huomioitava, että vain 2,2 %:lla oli käytössään internetliittymä. Vastuuhoidajat arvioivat, että enemmän kuin puolet asiakkaista tarvitsisi lisää apuvälineitä tai teknologisia laitteita / palveluita.

Tutkimuksen mukaan kodinmuutostöitä oli tehty yli 35 %:lle asiakkaista. Tyypillisin kodinmuutostyö oli tukikahvojen asentaminen. Vastuuhoidajat arvioivat, että 29 %:ia asiakkaista hyötyisi uusista kodinmuutostöistä. Vastuuhoidajien arvion mukaan lähes puolet asiakkaista oli kokenut apuvälineet ja palvelut hyväksi.

Yli puolet henkilökunnasta arvioi apuvälineosaamisensa hyväksi eli arvosanalla 4 (asteikolla 1–5). Teknologisten laitteiden ja palveluiden osaaminen arvioitiin hieman heikommaksi, melkein puolet arvioi osaamisen kolmoseksi, mikä tarkoittaa tyydyttävää osaamista.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Kaste-kehittämisohjelman kunnissa, kun suunnitellaan uuden vanhuspalvelulain mukaisia asiakaslähtöisiä palveluja.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Wellbeing technology

JYRKKÄNEN, SIRPA:

The Possibilities of Wellbeing Technology in the Development of Service Processes in Home Care

Master's thesis 83 pages, appendices 7 pages
September 2013

This Master's thesis is a part of current-state analysis in Central and Western Uusimaa's National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste) "Kotona kokonainen elämä -improving the services for the older people living at home in Southern Finland in 2012–2015". The aim of this thesis was to find out the possibilities of wellbeing technology in the development of service processes in home care. Both the target group and the purposes of this study could be divided into two parts: named responsible nurses of home dwelling elderly people over 75 years old and personnel of home care units. The main purpose of this study was to review the assistive devices, the technological devices and services that the clients had or could need more and what kind of alterations in the homes have been made and could be needed more to facilitate daily living. The named responsible nurses assessed also the client satisfaction with their assistive devices and services. The other purpose was to find out how the personnel evaluated their own professional competence in wellbeing technology. The study was a quantitative study. Data were collected by electrical questionnaires.

Almost half of the clients had a safety phone, but other devices and services were rare. Only 2,2 % of the clients had an internet connection. This information is relevant to the design of new IT-based services. The named responsible nurses evaluated that more than half of the clients would have advantage of more assistive devices.

The study shows that alterations had been made in the home for over 35 % of the clients. The most common alteration was installing of grab bars. The named responsible nurses evaluated that 29 % of clients would benefit from further alterations at home. More than half of the clients were assessed to be satisfied with their assistive devices and services.

More than half of the personnel evaluated their professional competence in assistive devices with grade 4 (scale 1–5), which means good skills. The competence in technological devices and services was evaluated slightly lower; almost half of the personnel gave grade 3, which means satisfactory skills.

The results of this study can be used when the municipalities are improving the services of elderly care based on the new Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons.

Key words: home dwelling, elderly people, alterations in the homes, Kaste

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	VÄESTÖRAKENTEEN MUUTOS	8
2.1	Ikääntyminen Suomessa	8
2.2	Ikääntyminen kohdealueen kunnissa	9
2.3	Väestöllisen huoltosuhteen muutos alueella	11
3	KOTIHOITOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ JA IKÄÄNTYMISPOLTIikka	13
3.1	Kotihoidon määritelmä	13
3.2	Kotihoitoa ohjaava lainsäädäntö	14
3.3	Vanhuspalvelulaki	15
3.4	Sosiaali- ja terveysministeriön linjaama ikääntymispolitiikka	17
3.4.1	Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi	17
3.4.2	Kohdealueen kuntien tilanne laatusuosituksen kannalta.....	19
3.4.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012 - 2015	20
3.5	Kohdealueen kuntien ikääntymispoliittiset ohjelmat.....	20
4	KOTONA KOKONAINEN ELÄMÄ -KEHITTÄMISOHJELMA.....	23
5	HYVINVOINTITEKNOLOGIA JA IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ	24
5.1	Hyvinvointiteknologia käsitteenä	24
5.2	Etiikka hyvinvointiteknologiassa.....	26
5.3	Toimijuus ja hyvinvointiteknologia.....	27
5.4	Ikääntyville suunnattuja teknologiahankkeita Suomessa.....	28
5.5	Hyvinvointiteknologian käyttö Ruotsin vanhuspalveluissa - kartoitus	29
5.6	Tietoyhteiskunnan nopea kehittyminen	30
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	32
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	33
7.1	Tutkimusmenetelmät	33
7.2	Tutkimuksen kulku	34
7.3	Aineiston analysointi	35
8	TULOKSET	37
8.1	Asiakkaita koskevan kyselyn vastausmäärät ja taustamuuttujat.....	37
8.1.1	Vastausten määrät kunnittain	37
8.1.2	Asiakkaita koskevat taustatiedot	38
8.2	Asiakkaiden toimintakykyä kartoittavat tulokset.....	39
8.2.1	Asiakkaiden aistitoimintoja koskevat arvioinnit.....	40

8.2.2	Asiakkaita koskevat Rava- ja MMSE-arvioinnit	40
8.3	Asiakkaiden nykytilanteen kartoitus	44
8.3.1	Asiakkaiden käytössä olevat teknologiset laitteet tai palvelut	44
8.3.2	Asiakkaiden käytössä olevat liikkumisen apuvälineet	47
8.3.3	Tehdyt kodinmuutostyöt kotona asumisen helpottamiseksi	47
8.3.4	Vastuuhoitajien arviot asiakkaiden kokemuksista apuvälineisiinsä ja palveluihinsa	49
8.4	Vastuuhoitajien arvioimat asiakkaiden tarpeet palvelujen lisäämiseksi	50
8.4.1	Asiakkaiden tarpeet apuvälineiden, teknologisten laitteiden tai palveluiden lisäämiseksi	50
8.4.2	Asiakkaiden tarpeet kodinmuutostöiden tekemiseksi	53
8.5	Henkilökuntaa koskevan kyselyn vastausmäärät ja vastaajien taustamuuttajat	55
8.5.1	Vastausten määrät kunnittain	55
8.5.2	Vastaajien taustatiedot	56
8.5.3	Vastaajien ikä	57
8.6	Henkilökunnan arvio omasta apuväline osaamisestaan	58
8.7	Henkilökunnan arvio teknologisten laitteiden tai palveluiden osaamisesta	59
9	POHDINTA	60
9.1	Asiakkaita koskevan kyselyn tulosten tarkastelua	60
9.1.1	Asiakkaiden nykytilannetta koskevien vastausten tarkastelua	62
9.1.2	Tulevaisuuden tarpeita koskevien vastausten tarkastelua	64
9.2	Henkilökuntaa koskevan kyselyn tarkastelua	67
9.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	68
10	OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN	70
	LÄHTEET	72
	LIITTEET	77
	Liite 1. Vuosina 1993–2010 toteutuneet hankkeet	77
	Liite 2. Kyselylomake A	79
	Liite 3. Kyselylomake B	82
	Liite 4. Saate	83

1 JOHDANTO

Väestörakenteen muutos ja väestön ikääntyminen on ja on ollut hyvin yleinen keskustelun aihe. Kunnat ovat tiedostaneet, että ikäihmisten palvelujen tarve tulee kasvamaan tulevina vuosina. Ikäihmisten palvelujen takaamiseksi on asetettu laatusuosituksia ja uusin laatusuositus valmistui 2013 ja julkaistiin 17.7.2013. Uusittu laatusuositus hyödyntää uusinta tutkimustietoa ja ottaa huomioon yhteiskunnan muutokset. Laatusuosituksen tavoitteena on tukea kuntia väestörakenteen muutoksessa ja 1.7.2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain toimeenpanossa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos julkaisee vuosittain tilaston, joka käsittelee säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden saamia palveluja. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien määrät vaihtelevat vuosittain. Vuoden 2012 raportin mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaista 53 703 (76,2 %) oli 75 vuotta täyttäneitä, joka tarkoittaa 11,9 prosenttia koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. (Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2013.) Uuden laatusuosituksen tavoitteena on sama 13–14 prosentin peittävyys 75 vuotta täyttäneiden osalta vuoteen 2017 mennessä. Sama peittävyys oli tavoitteena myös edellisessä suosituksessa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

Tämä opinnäytetyö on osa nykytilan analyysiä, joka liittyy Keski- ja Länsi-Uudenmaan Kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (Kaste) ”Kotona kokonainen elämä -ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Etelä-Suomessa 2013–2015”. Tässä kehittämisohjelmassa mukana olevat kunnat ovat Inkoo, Hanko, Hyvinkää, Järvenpää, Lohja, Sipoo, Siuntio ja perusturvakuntayhtymä Karviainen, jonka muodostavat Karkkila ja Vihti.

Länsi- ja Keski-Uudenmaan Kotona kokonainen elämä -kehittämisohjelman päätavoitteena on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen asiakaslähtöisesti. Ohjelman yhtenä osatavoitteena on geroteknologian mahdollisuuksien selvittäminen kotihoidon palveluprosessien kehittämisessä. Tällä opinnäytetyöllä selvitetään kohdealueen nykytilannetta. Opinnäytetyössä selvitetään kohdealueen kuntien säännöllisen

kotihoidon piirissä olevien yli 75-vuotiaiden asiakkaiden tilannetta. Kartoituksen piiriin valittiin kaikki edellä mainitut kriteerit täyttävät, jotka olivat asiakkaina kartoituksen ajankohtana. Asiakkaiden vastuuhoidajat kartoittavat sekä asiakkaiden käytössä olevat apuvälineet, teknologiset välineet/palvelut ja tehdyt kodinmuutostyöt että tulevaisuuden tarpeet. Lisäksi kartoitetaan kohdealueen kuntien kotihoidon työntekijöiden apuväline- ja teknologisten laitteiden ja palveluiden osaamista.

2 VÄESTÖRAKENTEEEN MUUTOS

Merkittävimmän väestörakenteen muutoksen Suomessa ja koko Euroopassa aiheuttaa väestön ikääntyminen. Väestön ikääntymistä voidaan pitää yhtenä 2000-luvun suurimmista sosiaalisista ja taloudellisista haasteista eurooppalaisissa yhteiskunnissa. Jo vuoteen 2025 mennessä yli 20 % eurooppalaisista on vähintään 65-vuotiaita, ja erityisen nopeaa on yli 80-vuotiaiden määrän kasvu. (Euroopan komissio.)

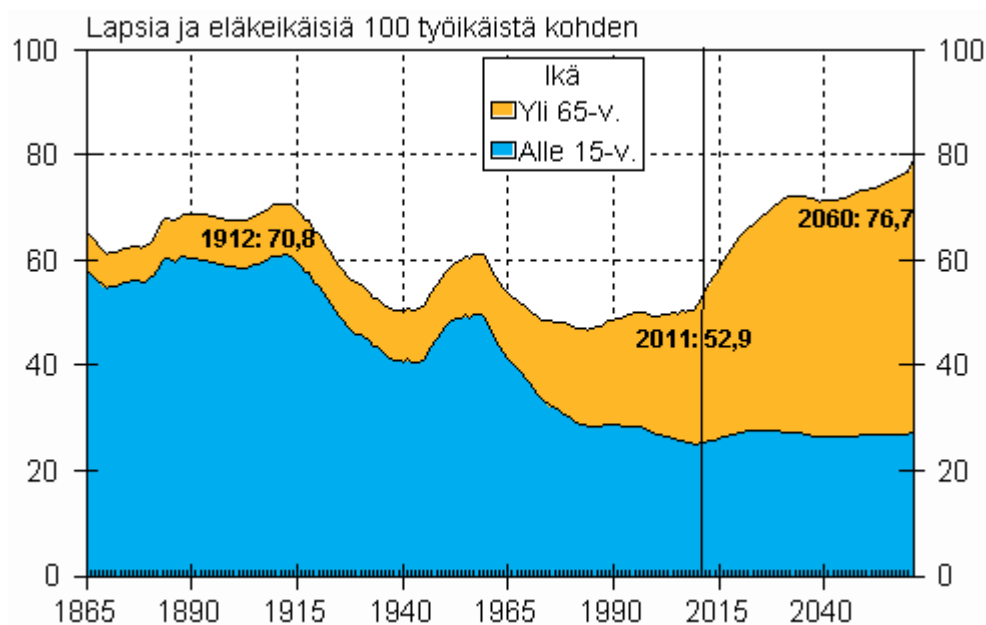
2.1 Ikääntyminen Suomessa

Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan Suomen virallinen väkiluku oli vuoden 2012 lopussa 5 426 674 henkilöä, josta yli 65-vuotiaiden määrä oli 1 018 193. Prosentuaalisesti yli 65-vuotiaiden osuus oli 18,76 ja yli 75-vuotiaiden osuus oli 8,34 %. Tuoreimman väestöennusteen mukaan yli 65 -vuotiaiden osuus väestöstä on 26,2 % vuonna 2040. Ennusteiden mukaan yli 65 -vuotiaiden osuus kasvaa vielä 2 % yksikköä vuoteen 2060. (Suomen virallinen tilasto, SVT 1.)

Vuosina 1945–1949 syntyneitä on kutsuttu suuriksi ikäluokiksi. Tuolloin Suomessa syntyi yli 100 000 lasta vuosittain. Vuoden 2010 lopussa suuret ikäluokat olivat pienentyneet 130 000 hengellä alkuperäisestä noin 521 000. Maastamuutto pienensi suuria ikäluokkia 1960- ja 1970-luvuilla yhteensä lähes 50 000 henkilöllä. Kuolleisuus pienentää suuria ikäluokkia kuten muitakin, mutta vielä vuonna 2030 heitä arvioidaan edelleen olevan elossa yli puolet syntyneistä eli noin 272 000. Vuoden 2010 lopussa 60 % suurista ikäluokista oli jo eläkkeellä. (Pajunen & Ruotsalainen 2012, 8–11.) Suurista ikäluokista on puhuttu ja kirjoitettu paljon. Hallituksen esityksessä laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista mainitaan suuret ikäluokat, kun puhutaan väestön ikärakenteen muutoksesta (Hallituksen esitys 160/2012).

Ikärakenteesta puhuttaessa tulee huomioida väestöllinen huoltosuhde. Halosen (2012) mukaan väestöllistä eli demografista huoltosuhdetta on käytetty alueellisissa väestövertailuissa mahdollisesti jo 1940-luvulta lähtien. Tuolloin käytettiin termiä elatusrasitus ja

huoltosuhde-termi on esiintynyt Halosen mukaan väestöennustejulkaisuissa ainakin 1980-luvulta lähtien. Ruotsalaisen (2013) mukaan väestöllinen huoltosuhde on yksi mittareista, joka kuvaa ikärakennetta. Väestöllinen huoltosuhde kuvaa lasten ja vanhuseläkeikäisten määrän suhdetta työikäisen väestön määrään, eikä se huomioi työllisyyttä. Kansainvälisissä vertailuissa työikäisiksi on luokiteltu 15–64 -vuotiaat. Vuoden 2012 lopussa Suomen väestöllinen huoltosuhde oli 54,3. Väestöllisessä huoltosuhteessa on huomattaviakin eroja maakuntien välillä. Korkein luku Etelä-Savon maakunnassa (63,2) ja matalin Uudenmaan maakunnassa (47,1). Tilastokeskuksen ennusteen mukaan koko Suomen väestöllinen huoltosuhde olisi melkein 77 vuonna 2060. Alla olevassa kuviossa 1 näkyy huoltosuhteen kehitys vuodesta 1865 ja ennuste vuoteen 2060. (Suomen virallinen tilasto, SVT 2.)

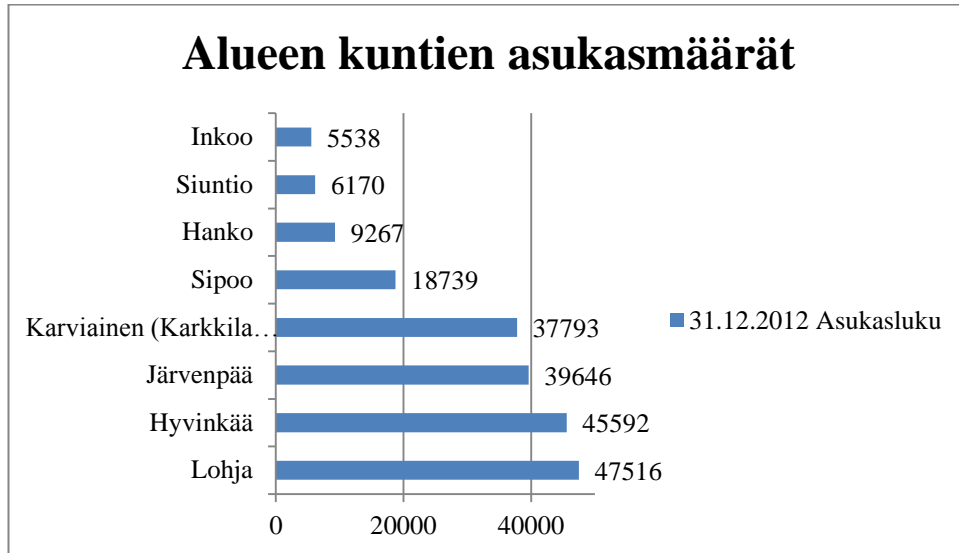


KUVIO 1. Väestöllinen huoltosuhde 1865–2060 (Suomen virallinen tilasto, SVT 3.)

2.2 Ikääntyminen kohdealueen kunnissa

Opinnäytetyön kohteena olevat kotihoidon alueet sijaitsevat Keski- ja Länsi-Uudellamaalla. Mukana olevat kunnat ovat Inkoo, Hanko, Hyvinkää, Järvenpää, Lohja, Sipoo, Siuntio ja perusturvakuntayhtymä Karviainen, jonka muodostavat Karkkila ja Vihti. Alueen kunnista Lohjalla on tapahtunut kuntaliitoksia seuraavasti: vuonna 2009 Sammatti liittyi Lohjaan ja vuoden 2013 alusta ovat Sammatti ja Nummi-Pusula kuulu-

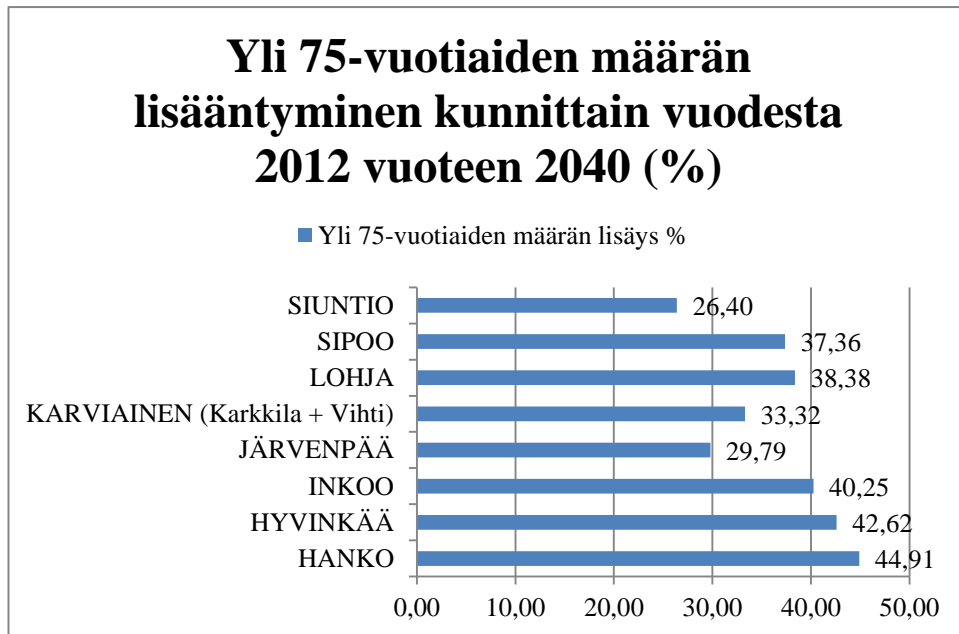
neet Lohjaan (Lohja). Kunnat ovat asukasmääriltään hyvin erilaisia, pienin kunta on Inkoo, 5538 asukasta ja suurin on Lohja, asukkaita 47516. Alueen asukasmäärät 31.12.2012 on esitetty kuviossa 2.



KUVIO 2. Alueen kuntien asukasmäärät 31.12.2012 (Tilastokeskus, muokattu.)

Alueen kuntien yli 75 -vuotiaiden osuudet kunnan koko asukaslukuun nähden vaihtelevat Siuntion 4,96 %:sta Hangon 8,96 %:iin. Yli 75-vuotiaiden yksin asuvien osuus prosentteina verrattuna vastaavanikäisestä asuntoväestöstä vaihtelee jonkin verran kunnittain. Vähiten yksin asuvia on Sipoossa, vajaa 40 %:ia ja yksin asuvien suurin määrä on Järvenpäässä, jossa lähes 52 % asuu yksin. (Sotkanet 2013.)

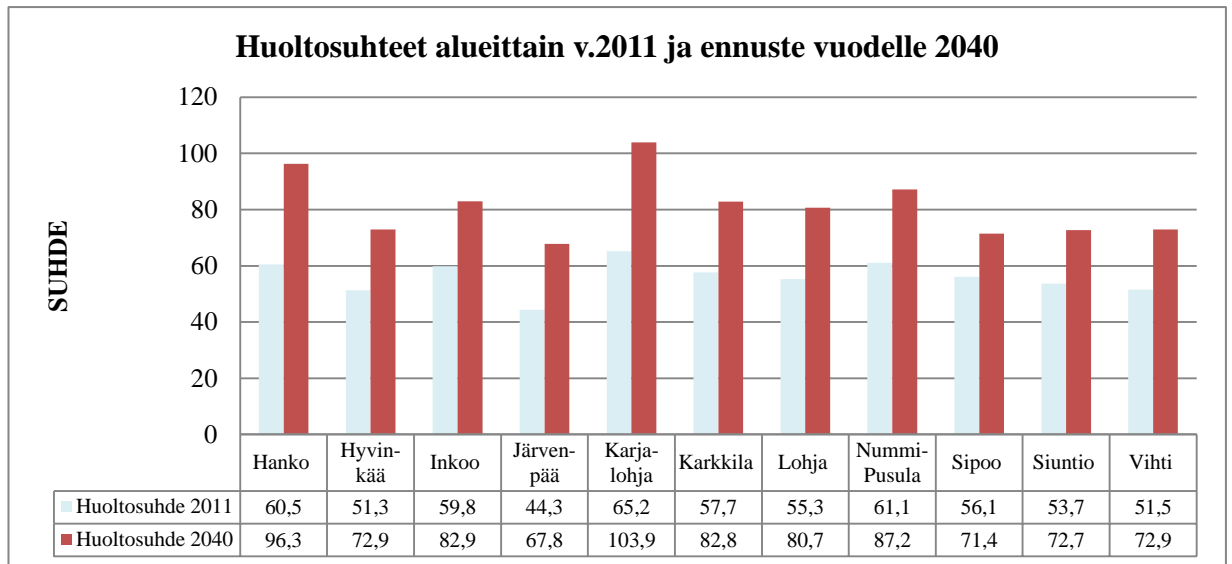
Yli 75-vuotiaiden määrät kasvavat vuodesta 2012 vuoteen 2040 runsaasti. Alla olevassa kuviossa 3 näkyy alueen kuntien yli 75 -vuotiaiden määrän lisääntyminen prosentteina.



KUVIO 3. Yli 75-vuotiaiden määrän lisääntyminen kunnittain vuodesta 2012 vuoteen 2040 (%) (Sotkanet 2013, muokattu.)

2.3 Väestöllisen huoltosuhteen muutos alueella

Kuten aiemmin huomasimme, alueen kunnat ovat asukasluvultaan vaihtelevan kokoisia. Huoltosuhteet (kuvio 4.) on esitetty vuoden 2011 kuntajakojen mukaan, koska tilastokeskuksen tiedot ovat tällä hetkellä sen mukaisia. Karjalohjan, joka kuuluu nykyään Lohjaan, huoltosuhte on korkein nyt ja vuoden 2040 ennusteissa alueen huoltosuhte on selkeästi korkeampi kuin muiden alueiden. Toiseksi eniten ennustetaan Hangon huoltosuhteen lisääntyvän. Hangon kehitys johtuu ilmeisesti nimenomaan yli 75-vuotiaiden määrän lisääntymisestä, joka näkyi kuviossa 3. Alueen kunnista Järvenpään huoltosuhte on alhaisin nyt ja ennusteissa.



KUVIO 4. Huoltosuhteet alueittain v.2011 ja ennuste vuodelle 2040 (Tilastokeskus, muokattu.)

3 KOTIHOITOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ JA IKÄÄNTYMISPOLTIKKA

Väestö ikääntyy kohdealueen kunnissa kuten koko Uudellamaalla ja koko Suomessa. Seuraavaksi tarkastellaan lainsäädäntöä, suosituksia ja alueen kuntien ikääntymispoliittisia strategioita, joilla pyritään takamaan ikääntyvän väestön kotiin annettavat palvelut ja niiden kehittäminen.

3.1 Kotihoidon määritelmä

Tepposen (2009) mukaan kotihoito käsitteenä on verrattain uusi ja heikosti määritelty sekä Suomessa että ulkomailla. Tätä käsitystä tukee myös julkaisu, jossa käsitellään yhdeksän Euroopan maan kotihoidon uudistuksia. Suomi oli mukana kyseisessä LIVINDHOME-projektissa. (Tepponen 2009, 17; Livindhome 2011, 42.)

Suomessa kotihoito muodostuu kahdesta perusosasta, kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Molemmat ovat kehittyneet toisistaan erillään ja kuuluneet 1990-luvun alkupuolelle asti hallinnollisesti erilleen. Kotipalvelu on ollut sosiaalitoimen alla ja kotisairaanhoido terveystoimen alaisuudessa. Vuoden 2005 alusta lähtien kunnat ovat voineet yhdistää kokeiluluonteisesti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon myös hallinnollisesti yhteen. Kokeilun saaman myönteisen vastaanoton vuoksi kokeilua on jatkettu ja tämän hetkisen tiedon mukaan se on voimassa vuoden 2014 loppuun. (Tepponen 2009, 17–18; Tiitola 2011, 17–18.)

Hammarin (2008) väitöskirjassa kotihoitoa määritellään kolmen eri näkökulman kautta. Näkökulmia ovat toiminta, sisältö ja toimijat. Toimijanäkökulma tarkoittaa yksinkertaistettuna edellä mainittua jakoa kotisairaanhoidon ja kotipalveluun tai niiden yhdistämiseen. Toiminnan kautta määrittelyssä keskeisimmiksi tekijöiksi muodostuvat kotona asumisen tukeminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen. Myös Groop (2012) määrittää kotihoitoa toiminnan kautta, kun hän kertoo kotihoidon tehtävän olevan asiakkaan kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään. Toiminnan näkökulmaa ovat tukeneet ja ohjanneet valtakunnalliset suunnitelmat, linjaukset ja kuntien vanhuspoliitti-

set strategiat. (Hammar 2008, 22–23; Groop 2012, 97.) Näitä käsitellään myöhemmin tässä luvussa. Myös valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat tukevat tätä näkökulmaa. Luvussa 4 käsitellään tätä opinnäytetyötä koskevaa valtakunnallista kehittämissuunnitelmaa.

Kotihoidon sisällön näkökulmasta kotihoitoa määrittää henkilön avun ja palveluiden tarve. Kotihoidon palvelut liikkuvat ennalta ehkäisevistä ja kuntouttavasta toiminnasta saattohoitoon asti. Tällöin kotihoidon palvelut on useimmiten ryhmitelty kotisairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoitoon ja huolenpitoon, tukipalveluihin ja omaishoidon tukeen. Tässä laajassa sisällön näkökulmassa kotihoitoon kuuluvat myös apuvälineiden hankinta ja kodinmuutostöiden järjestäminen. (Hammar 2008, 22.)

Tässä opinnäytetyössä kotihoito käsittää kunnan järjestämän kotihoidon, jossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelu ovat yhdistetty. Kohdealueen kunnissa on yhdistyneet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut. Kotihoito nähdään laajana palveluna, jossa korostuvat edellä kuvatut toiminnan ja sisällön näkökulmat.

3.2 Kotihoitoa ohjaava lainsäädäntö

Suomen perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Kuten edellä todettiin, kotihoito muodostuu kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta. Kotisairaanhoidon perustuu terveydenhuoltolakiin (1326/2010), joka astui voimaan 1.5.2011. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) mukaisesta kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvasta terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä. Lain 25 § määrittää tarkemmin juuri kotisairaanhoidon. Lain 29 §:ssä säädetään sairaanhoitoon liittyvästä lääkinällisestä kuntoutuksesta, johon sisältyvät muun muassa apuvälinepalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta (apuvälineasetus) 1363/2011 antaa tarkempia säännöksiä apuvälineiden käytön luovutuksen perusteiksi. Terveydenhuoltolain 2 §:n mukaan lain tarkoitus on mm. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Terveydenhuoltolaki pyrkii vahvistamaan perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantamaan eri toimijoi-

den välistä yhteistyötä. (Suomen perustuslaki (731/199); Terveydenhuoltolaki (1326/2011); Apuvälineasetus 1363/2011).)

Kotipalvelu perustuu sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983). Sosiaalihuoltolain (710/1982) 20 ja 21 §:t määrittävät kotipalvelua. Sosiaalihuoltolaki on jo yli 30 vuotta vanha ja sitä on vuosien varrella muutettu ja täydennetty. (Sosiaalihuoltolaki (607/1982); Sosiaalihuoltoasetus 710/1982.)

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen käynnistyi 20.4.2009, kun sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän valmistelemaan sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista. Työryhmälle esitettiin yksilöidyt tavoitteet ja tehtävät. Työryhmän tehtävää tarkennettiin vielä syksyllä 2009 hallituksen välikysymyksen perusteella. Tarkennuksen pohjalta tehtäväksi tuli arvioida myös ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi tarvittavat lainsäädännön peruslinjaukset ja tehdä esitykset lain sisällöstä ja muodosta. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21, 5.)

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista valmistelleen työryhmän raportti luovutettiin 4.9.2012. Raportti on lähtenyt lausuntokierrokselle syksyllä 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteen mukaan uusi sosiaalihuoltolaki tulee voimaan vaiheittain, aikaisintaan vuonna 2015. (Tiedote 141/2012.)

3.3 Vanhuspalvelulaki

Vanhuspalvelulain eli virallisesti lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista valmistelu alkoi jo Matti Vanhasen toisella hallituskaudella. Hallitus sai syyskuussa 2009 välikysymyksen (VK 3/2009): ”*Mihin kiireellisiin toimenpiteisiin hallitus aikoo ryhtyä vanhusten laadukkaat palvelut ja heidän perusoikeutensa turvaavan lain säätämiseksi ja lain toteutumisen takaavien riittävien resurssien turvaamiseksi?*”. (Eduskunta 2009.) Hallitus sanoi vastauksessaan, että pelkät laatusuositukset eivät takaa laadukkaita vanhuspalveluja, vaan tarvitaan laki vanhuspalveluista. Keväällä 2011 valmistui lakiluonnos, joka oli laajalla lausuntokierroksella. Lausuntoyhteenveto valmistui syyskuussa 2011 ja sitä täydensivät ja syvensivät

ohjausryhmän sihteeristön ja Suomen Kuntaliiton edustajien yhdessä tekemät kuntakäynnit. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2012:12, 9–12.)

Lakiluonnosta valmisteltiin lopulliseen muotoonsa vuonna 2011 valmistuneen lakiluonnoksen ja lausuntokierrokselta saadun palautteen pohjalta sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettamassa työryhmässä ajalla 24.11.2011–31.3.2012. Työryhmä luovutti ehdotuksensa peruspalveluministerille 19.4.2012. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2012:12, 2.) Lopullista ilmoitusta vanhustalvelulain valmistumisesta odoteltiin vielä vuoden 2012 loppupuolelle. Valtioneuvoston tiedotteessa kerrottiin, että vanhustalvelulaki tulee voimaan 1.7.2013. Tiedotteessa mainittiin lain tavoitteet: varmistaa, että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä tarpeittensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen avulla. (Valtioneuvosto 2012.)

Vanhustalvelulain tarkoituksena on:

- 1) tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itseenäistä suoriutumista;
- 2) parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa talvelujen kehittämiseen kunnassa;
- 3) parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien talvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä
- 4) vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osallistaa niitä koskevista valinnoista. (Vanhustalvelulaki 980/2012.)

Kotihoidon kannalta merkittävä asia vanhustalvelulaissa on se tosiasia, että talvelut tuotetaan oikea aikaisesti ja ensisijaisesti asiakkaan kotiin. Talvelujen lähtökohtana ovat asiakkaan toimintakyky ja yksilölliset tarpeet.

3.4 Sosiaali- ja terveysministeriön linjaama ikääntymispolitiikka

Sosiaali- ja terveysministeriön linjaa ikääntymispolitiikkaa strategiassaan, lainsäädännöllä, laatusuosituksilla, ohjelmilla ja hankkeilla. Tässä käsitellään laatusuositusta hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi ja tilannetta kohdealueen kunnissa. Lisäksi käsitellään lyhyesti sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa (Kaste). (Ikäihmiset 2013.)

3.4.1 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto julkaisivat vuonna 2008 ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen. Suositus oli tarkoitettu kunnille ikäihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.) Uudistunut laatusuositus julkaistiin 17.7.2013 ja se korvaa vuoden 2008 suosituksen. Suositus on aiemman suosituksen tapaan tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Vuoden 2013 laatusuositusta on uudistettu huomioon ottamaan ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. Suositus on tarkoitettu tukemaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 3, 5.)

Vuoden 2008 Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen painopiste oli vahvasti kotiin tarjottavissa palveluissa ja luonnollisesti sama suuntaus jatkuu. Uusi suositus tuo esille muun muassa palvelurakenteen uudistamisen, eri toimialojen / toimijoiden yhteistyön ja ikäystävällisten asenteiden vahvistumisen tärkeyden. Kotona asumisen tärkeyttä painotetaan ja kotihoidon palveluja pidetään ensisijaisina. Kotona asumisen mahdollistaminen vaatii kunnilta toimenpiteitä. Jotta ikääntyvä väestö voi asua kotona pidempään, tule kuntien investoida sekä 1) terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen että 2) kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. Uudessa laatusuosituksessa huomioidaan a) asiakkaiden osallisuus ja toimijuus, b) asuminen ja asumisympäristöt, c) mahdollisen terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, d) palvelujen oikea

aikaisuus, e) palvelujen rakenne, f) hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä g) johtamiseen liittyvät asiat. Edellä mainituille alueille on omat suosituksensa ja niiden hyödyntämiseksi on koottu linkkejä esimerkiksi eri lakeihin, muihin suosituksiin ja oppaisiin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on nimensä mukaisesti mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymiseen turvaaminen koko ikääntyneelle väestölle sekä taata laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Kattavalla ja oikea-aikaisella palvelutarpeiden arvioinnilla voidaan varmistaa asiakkaalle laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Laadukkaaseen kotihoitoon kuuluu ennakoivuus, joka tarkoittaa sitä, että reagoidaan kotihoidon asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin ripeästi. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

Ikääntyvien asuinolojen parantaminen nähdään keinona pidentää omassa kodissa asumista. Asumisympäristöjen esteettömyyden ja turvallisuuden kehittäminen ovat keinoja, joilla voidaan parantaa ikäihmisten toimintakykyä ja edistää hyvinvointia ja terveyttä. Uusi laatusuositus huomioi esteettömyyden laajasti. Kotona asumisen edistämiseksi kuntien tulee huolehtia, että hyvinvointia tukevien kotikäyntien ja kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaiden asuntojen muutos- ja peruskorjaustarpeita arvioitaessa otetaan huomioon esteettömyys- ja turvallisuusseikat. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

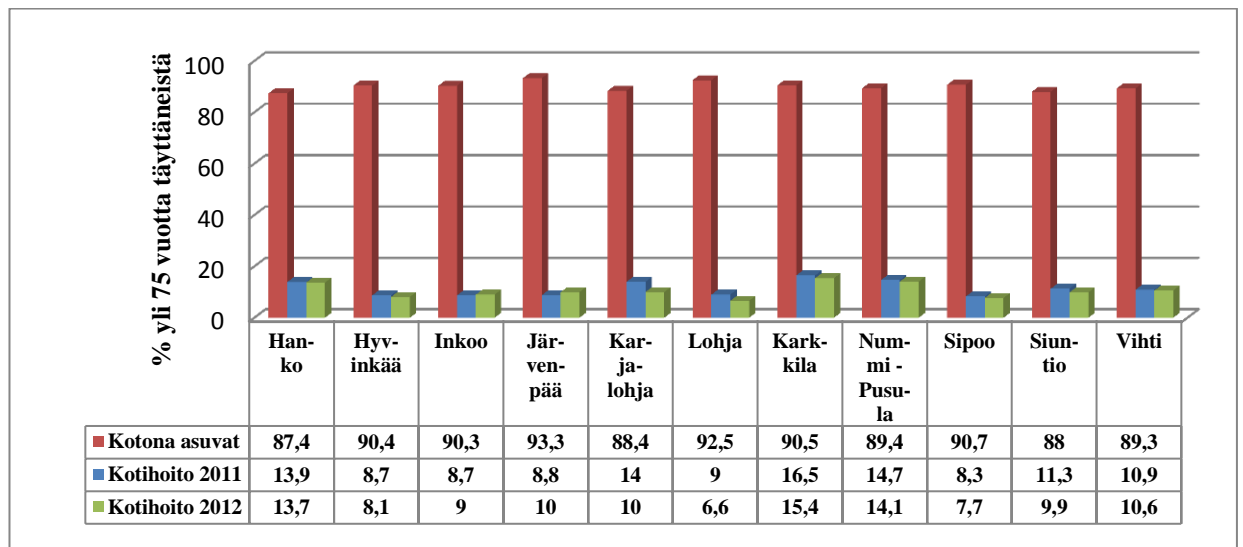
Puhuttaessa vuoden 2008 ikäihmisten palvelujen laatusuosituksesta, eniten julkisuudessa esillä ollut asia on ollut suosituksessa esitetyt palvelurakenteen määrälliset tavoitteet. Suosituksen mukainen kotihoitoa koskeva valtakunnallinen tavoite on edelleen, että vuoteen 2017 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä

- 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvin
- 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013,39.)

3.4.2 Kohdealueen kuntien tilanne laatusuosituksen kannalta

Kohdealueen kuntien tilannetta tarkastellaan vuosien 2011 ja 2012 kotihoidon laskennan mukaan. Kohdealueen kuntien tilannetta verrataan edellisessä luvussa mainittuihin valtakunnallisiin tavoitteisiin.

Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien yli 75-vuotiaiden osuuksissa on vaihtelua, Karkkilan 15,4 %:n kattavuudesta Inkoon ja Lohjan 6,6 %:iin (kuviot 5). Verrattaessa vuosien 2011 ja 2012 kattavuutta, on kotihoidon piirissä olevien määrä vähentynyt muualla paitsi Inkoossa ja Järvenpäässä. Kotihoidon laskennan (30.11.2012) mukaan vastaavaa laskua on nähtävissä valtakunnallisestikin. Vuoden 2012 laskennan mukaan säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus laski 11,9 prosenttiin, laskua 0,3 prosenttiyksikköä edellisestä vuodesta. (Väyrynen & Kuronen 2013.) Lohjan ja Järvenpään kuntien tilanne oli vuonna 2011 valtakunnallisen tavoitteen mukainen, kun tarkastellaan itsenäisesti kotona asuvia yli 75 vuotta täyttäneitä (kuviot 5).



KUVIO 5. Kotona asuvien osuus ja säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus 75 vuotta täyttäneillä. (Sotkanet 2013, muokattu.)

3.4.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012 - 2015

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) vahvistetaan joka neljäs vuosi valtioneuvoston toimesta. Ohjelma perustuu Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin (733/1992, 5 §). Kaste 2012–2015 jatkaa osittain edellistä Kaste-ohjelmaa, joka oli vuosille 2008 – 2011. (Kaste 2012–2015, 4, 13.)

Kaste- ohjelma määrittää alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet, joilla ne saavutetaan. Lisäksi siinä määritellään tavoitteiden saavuttamista tukevat keskeiset lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat, suositukset ja valvonnan painopisteet. Kaste-ohjelma pureutuu sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten asiantuntijoiden ja kansalaisten esille nostamiin uudistustarpeisiin. Ohjelmassa nivotaan yhteen hallitusohjelma ja sosiaali- ja terveysministeriön (STM) strategian mukainen säädös-, resurssi- ja vuorovaikutusohjaus. (Kaste 2012–2015, 4.)

Kaste 2012–2015-kehittämisohjelmassa on 6 osa-aluetta. Kolmas osa-alue keskittyy ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistamiseen. Ikäihmisten palvelujen rakennemuutoksessa tuodaan esille kotiin vietävien palvelujen lisääminen ja monipuolistaminen. Palvelujen sisällön uudistamiseen liittyy oleellisesti myös henkilökunnan osaamisen vahvistaminen. (Kaste 2012–2015, 24–25.)

3.5 Kohdealueen kuntien ikääntymispoliittiset ohjelmat

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013) kehottaa ja ohjaa kuntia tekemään ikääntymispoliittisia strategioita. Vanhuspalvelulain (980/2012) 5 §:n mukaan

kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se on tarkistettava valtuustokausittain. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

Kohdealueen kuntien ikääntymispoliittisia ohjelmia on hankittu kuntien ja perusturvakuntayhtymä Karviaisen www-sivuilta. Seuraavat ikääntymispoliittiset ohjelmat löytyvät:

- Hyvinkään ikääntymis- ja vammaispoliittinen ohjelma vuosille 2011–2018 (Hyvinkää 2011).
- Ikääntyvä Lost on Lohjan kaupungin, Siuntion, Inkoon ja Karjalohjan kuntien ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2011–2018 (Ikääntyvä Lost 2018, 37).
- Järvenpään kaupunkistrategia on vuosille 2010–2020. Toteuttamisohjelman palveluohjelma P 3 on Ikääntyneiden ja vajaakuntoisten hyvinvointiohjelma. Varsinaisen ikääntymispoliittisen ohjelman päivityksen sanotaan tapahtuvan vanhuspalvelulain valmistuttua. (Järvenpää 2012.)
- Karviainen, ei löydy ikääntymispoliittista ohjelmaa. Perusturvakuntayhtymän www-sivujen mukaan kuntayhtymän toiminta perustuu elinkaarialliin ja ikääntyviä koskeva linja on ikäihmisten palvelujen linja. (Karviainen.)
- Sipoon kunta valmistelee uutta vanhuspoliittista ohjelmaa vuoteen 2016 ja uudistamiseen liittyvä kuntalaiskysely on ollut auki maaliskuun 2013. Edellinen vanhuspoliittinen ohjelma oli voimassa vuoteen 2012, joten sitä käytetään tämän tarkastelun lähteenä. (Sipoo 2008; Sipoo 2013.)
- Hangon kaupungin sivuilta ei löydy kaupungin strategiaa tai ikääntyviin liittyvää ohjelmaa.

Inkoon, Lohjan ja Siuntion ohjelma on yhteinen, joten siitä käytetään nimeä: entinen Lost-alue. Seuraavaksi haetaan mainintoja teknologian hyödyntämisestä, esteettömyyden huomioimisesta ja henkilökunnan osaamisen kehittämistä niistä ikääntymispoliittisista ohjelmista, jotka olivat käytettävissä.

Teknologian hyödyntäminen

Hyvinkään ohjelmassa mainitaan teknologian tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntäminen hyvinvoinnin ylläpitämisessä (Hyvinkää 2011). Ikääntyvä Lost- ohjelmassa hyvinvointiteknologia, geronteknologia ja teknologia ovat esillä mainintoina. Teknologia nähdään kotona asumisen helpottamiseen liittyvänä. Ohjelmassa sanotaan, että Lost-alueen tulee ennakkoluulottomasti tukea teknologisten apuvälineiden hankintaa. (Ikääntyvä Lost 2018.) Yksi Sipoon ohjelman arvoista on turvallisuus ja turvallisuudelle on

määritetty painopistealueet. Uusimman hoitoteknologian hyödyntäminen tuodaan esille turvallisuuden painopistealueena. (Sipoo 2008.)

Esteettömyyden huomioiminen

Hyvinkään (2011) ohjelmassa tuodaan esille se, että esteettömyyteen ja turvallisuuteen panostamalla parannetaan kotona selviytymistä. Entisellä Lost-alueella ollaan samoilla linjoilla, kun todetaan kotien ja ympäristön esteettömyyden mahdollistavan kotona asumisen (Ikääntyvä Lost 2018). Sipoon (2008) ohjelmassa esteettömyyden edistäminen liitetään turvallisuuden painopistealueeksi hoitoteknologian hyödyntämisen ohella.

Henkilökunnan osaamisen kehittäminen

Hyvinkään (2011) ohjelman toimenpiteisiin on kirjattu kaupungin hoitohenkilöstön ikääntyneiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvän osaamisen vahvistaminen järjestämällä tarvittavaa geriatria lisäkoulutusta. Myös entinen Lost-alueen ohjelma huomio henkilökunnan osaamisen kehittäminen geriatrisen ja kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta (Ikääntyvä Lost 2018). Sipoon (2008) ohjelmassa henkilöstön osaaminen tulee esille useita kertoja. Osaamisen vahvistamisen nähdään edistävän henkilökunnan mahdollisuuksia vastata kasvavan työmäärän asettamaan haasteeseen.

4 KOTONA KOKONAINEN ELÄMÄ -KEHITTÄMISOHJELMA

Kotona kokonainen elämä -kehittämishjelma on ikäihmisten palvelujen kehittämishjelma Etelä-Suomessa 2013–2015 ja se toteuttaa valtakunnallisen Kaste-ohjelman ikäihmisten palvelurakenteiden ja sisällön uudistamisen osaohjelman tavoitteita. Kehittämishjelma toteutetaan Länsi- ja Keski-Uudenmaan, pääkaupunkiseudun, Kouvolan, Etelä-Karjalan ja Etelä-Kymenlaakson ja Kouvolan alueilla. Länsi- ja Keski-Uudenmaan Kotona kokonainen elämä- kehittämissohjelman päätavoite on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen asiakaslähtöisesti. Kehittämissohjelmassa tarkastellaan ikääntyneen henkilön kotihoidon ja kotiin vietävien palveluiden kokonaisuutta ennakoivasti ja hyvinvoinnin näkökulmaa korostaen. Sen pohjalta kehitetään sekä toimintatapoja että palvelujen sisältöjä. (Hankesuunnitelma 2012.)

Yhtenä Kotona kokonainen elämä -kehittämissohjelman osatavoitteena on geroteknologiaan liittyvien mahdollisuuksien selvittäminen palveluprosesseja uudistettaessa, vaikka niiden käyttöönotto ei ole päätavoitteena. Ikäihmiselle suunnatulla teknologialla voidaan parantaa vanhusten esteettömyyttä ja turvallisuutta niin kodin sisä- kuin ulkotiloissa. Hankesuunnitelmassa nostetaan esille sekä kuntien ja henkilökunnan tietämyksen puutteet olemassa olevasta teknologiasta että henkilökunnan koulutuksen merkitys, kun halutaan saada aikaan muutoksia. (Hankesuunnitelma 2012.)

5 HYVINVOINTITEKNOLOGIA JA IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ

5.1 Hyvinvointiteknologia käsitteenä

Hyvinvointiteknologiasta puhuttaessa kuuliija voi hämmentyä monista käsitteistä; terveysteknologia, geroteknologia/geronteknologia, sairaalateknologia jne. Hyvinvointiteknologia on kuitenkin kohtalaisen uusi käsite sosiaali- ja terveysalalla, vaikka hyvinvointiteknologiaan liittyviä hankkeita onkin ollut enenevässä määrin. Ahtiainen ja Alanne (2007, 9) mukaan henkilökunta voi kokea hyvinvointiteknologian vieraana ja mietitään voiko hyvinvointiin liittää teknologiaa, joka käsitteenä kuulostaa kovalta, jopa kylmältä. Lisäksi voidaan ajatella, että ikääntyvä väestö ei edes halua tai kykene käyttämään teknologiaa. Norjan hallituksen julkaisemassa selvityksessä (NOU 2011, 109) on samansuuntaisia ajatuksia. Siinä pohditaan muun muassa syitä, miksi hyvinvointiteknologiaa on vähän käytössä, vaikka teknologiaa on saatavilla. Teknologiaan liitettävät kylmyys ja tunteettomuus vastaan sosiaali- ja terveysalaan liittyvät lämpö ja läheisyys voidaan nähdä ristiriitaisina maailmoina.

Välikankaan (2006) mukaan ”hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan tietoteknisiä ja teknisiä ratkaisuja, joilla ylläpidetään tai parannetaan eri käyttäjäryhmien, kuten ikääntyneiden, elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyttä”. Välikangas esittää hyvinvointiteknologian jaottelun kahteen osaan mukaillen Peace & Hollandin mallia seuraavasti: 1. erikoistunut kommunikaatioteknologia, johon liittyy mukana kannettava teknologia (siirtää tietoa tai varoittaa vaarasta) sekä yhteydet kodin ulkopuolelle (esim. virtuaalitekknologia) ja 2. avustava teknologia, joka tarkoittaa muun muassa apuvälineitä fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon, apuvälineitä liittyen aistien ja muistin alenemiseen sekä muuta kodin turvateknologiaa. (Välikangas 2006, 18.)

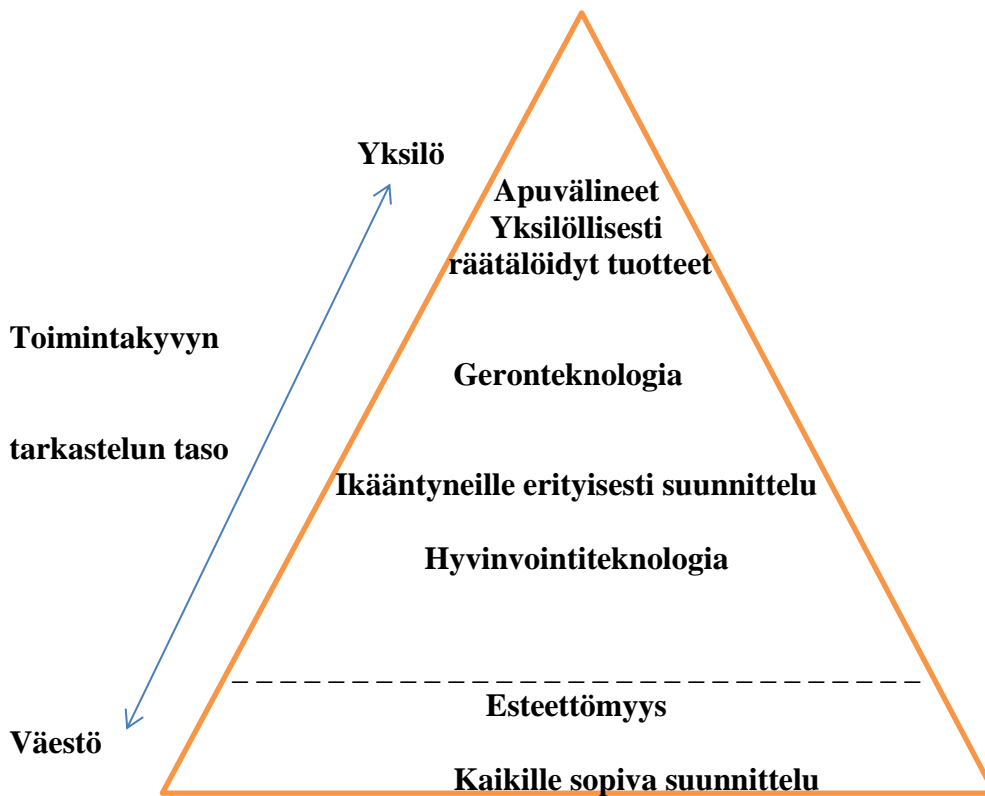
Kun hyvinvointiteknologiaan liitetään rinnakkaisterminä käytetty sosiaalitekniikan käsite, joka tarkoittaa itsenäistä suoriutumista arkipäivän tilanteista tekniikan avulla, laajenee ymmärrys hyvinvointiteknologiasta kattamaan selvemmin myös asuinympäristöön sisältyviä alueita. Tällöin edellä mainittu hyvinvointiteknologia-käsitteeseen lisätään elinympäristön, asumisen, apuvälineiden, tuotteiden, palvelujen ja koulutuksen kehittäminen. (Välikangas 2006, 18.)

Myös Ahtiaisen ja Auranteen (2007) mukaan useita termejä, kuten terveysteknologia, geronteknologia ja tekniset apuvälineet, käytetään puhuttaessa hyvinvointitekniologiasta. Geronteknologia tai geroteknologia on keskeinen osa hyvinvointitekniologiaa. Bouman Taipaleen, Fozardin, Bouwhuisin & van Bronswijkin (2008, 77) mukaan geronteknologia on monitieteellinen ala, joka lähtee siitä, että vanhemmat ihmiset haluavat toimia itsenäisinä omassa ympäristössään. Ikääntyminen on yksilöllistä ja samoin myös ikääntyvien tarpeet ovat heterogeenisiä. Geronteknologia yhdistää eri tieteiden osaamista ikääntyneille soveltuvan teknologian kehittämisessä. Haasteena onkin se, että saavatko ikääntyvät kaiken hyödyn olemassa olevista teknologisista mahdollisuuksista. Ikääntyvät tulee tehdä tietoisiksi näistä mahdollisuuksista ja heille tulee antaa ohjausta sopivien tuotteiden ja palvelujen käytöstä. (Bouma ym. 2008, 77.)

Geroteknologialle on määritetty perinteisesti viisi roolia. Kuusi (2001, 47) määrittää roolit seuraavasti: ongelmia ennaltaehkäisevä, vahvuuksia tukeva, heikkeneviä kykyjä kompensoiva, hoivatyötä tukeva ja tutkimusta edistävä. Seppälä (2010) tutki pro graduun geronteknologialle annettuja merkityksiä Suomen 2010-luvun ikäpoliittisissa strategioissa. Heikentyneiden kykyjen kompensointi oli ylivoimaisesti suurin tehtäväalue, jolle Seppälän mukaan haettiin ratkaisuja geronteknologian avulla. Hoivatyön tukeminen sai noin 10 prosentin painotuksen kaikista tehtävistä eli jäi vähäiseksi kuten ennaltaehkäisy. Huomion arvoisena Seppälä pitää sitä, että yhdessäkin tutkimuksessa ikäpoliittisissa strategioissa ei geronteknologiaa perusteltu työntekijöiden työn helpottamisella tai vähentämisellä. (Seppälä 2010.)

Tässä opinnäytetyössä hyvinvointitekniologia nähdään edellä kerrottuna Välikankaan (2006, 18) kuvaamana käsitteenä ja käsitteen laajuutta kuvaa hyvin Topon (2007) malli, josta hän käyttää nimeä Ikääntyneille suunnitellun teknologian kehittämisen eri lähtökohdat (kuvio 6.). Hyvinvointitekniologialla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä apuvälineitä, fyysiseen esteettömyyteen liittyviä ratkaisuja ja erityisesti ikääntyvien käyttöön suunniteltuja teknisiä sovelluksia eli gerontekniologiaa. Topo korostaakin, että Design for All = kaikille sopivan suunnittelun ja esteettömyyden tulee olla pohjana hyvinvointitekniologisille ratkaisuille. Esteettömyyttä on esimerkiksi esteetön ympäristö, jossa voi liikkua apuvälineen kanssa tai ilman. Liikkumisen apuväline voi jäädä jopa käyttämättä, jos ympäristö on esteellinen. Esteettömyyttä on myös se, että ikääntynyt voi käyttää

hyväkseen tietoyhteiskunnan tarjoamia palveluja. Esteettömyys on siten laaja käsite ja siinä on kyse sekä fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta että taloudellisesta esteettömyydestä. (Topo 2007, 32–34.)



KUVIO 6. Ikääntyneille suunnitellun teknologian kehittämisen eri lähtökohdat (Topo 2007, 33.)

5.2 Etiikka hyvinvointiteknologiassa

Etiikkaa ja eettisyyttä ei voi unohtaa, kun puhutaan ikääntyvistä ja hyvinvointiteknologiasta. ”Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää.” (Etene 2001, 4.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on laatinut raportin, joka käsittelee teknologiaa ja etiikkaa ja sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja

hoivassa. Teknologian lähtökohtana on hyvän elämän turvaaminen sekä terveyden kannalta että sosiaalisen osallistumisen että henkilökohtaisen autonomian näkökulmasta. Teknologian hyödyntämiseen liittyviä keskeisiä eettisiä periaatteita ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen, itsemääräämisoikeus, yksityisyyden suoja, oikeudenmukaisuus ja turvallisuus. Teknologian eettisyyttä pohdittaessa tulee huomioida sekä käyttäjät että työntekijät. (Etene 2010, 3, 10.)

Seuraavaksi on poimittu ETENE:n kannanotosta tämän opinnäytetyön kannalta merkittävimmät eettiset näkökulmat: 1) Sosiaali- ja terveydenhuollossa teknologiaa käytetään tuettaessa hyvää elämää, ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, osallisuutta, inhimillistä hoitoa ja huolenpitoa. 2) Tarvittavan teknologian tulee olla yhdenvertaisesti, oikeudenmukaisesti ja helposti saatavilla ja sitä käytetään vain käyttäjän tietoisella suostumuksella. 3) Teknologian käyttö kirjataan käyttäjän kanssa yhdessä laadittavaan palvelusuunnitelmaa. Suunnitelman pohjana on käyttäjän tarpeiden ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu. 4) Teknologian pitää sopia luontevasti ihmisen arkeen, käytön haitat ja riskit tulee arvioida ja käyttäjää ohjataan ja tuetaan hänen tarpeiden mukaisesti. 5) Onnistunut tekninen valvonta mahdollistaa itsenäisen ja turvallisen elämän. Sen käytöstä sovitaan yhdessä. Käyttö ei saa loukata ihmisen yksityisyyttä eikä rajoittaa inhimillisiä kontakteja. 6) Teknologian hankinta ja hyödyntäminen edellyttävät monipuolista asiantuntemusta ja yhteistyötä. Henkilökunnan koulutuksesta on huolehdittava. (Etene 2010, 5.)

5.3 Toimijuus ja hyvinvointiteknologia

Tämä opinnäytetyö käsittelee säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden asiakkaiden käytössä olevaa hyvinvointiteknologiaa ja mahdollisia lisätarpeita. Toimijoina ovat siis vastuuhoidajat ja asiakkaat. Sosiaaligerontologia professori Jyrkämä on tuonut toimijuus-käsitteen / viitekehyksen suomalaiseen vanhustenhuoltoon. Jyrkämän mukaan toimijuudessa on kyse lähinnä kuudesta teon sanasta, jotka ovat: kyetä, täytyä, voida, tuntea, haluta ja osata. (Pöllänen 2009, 10.)

Toimijuusviitekehyksessä toimintaa voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Kun ajatellaan kotihoitoa, asiaa voidaan tarkastella esimerkiksi organisaation, henkilökunnan

tai asiakkaiden kannalta. Eri näkökulmien vuorovaikutuksesta ja dynamiikasta muodostuu tilanteen kokonaiskuva. Tässä opinnäytetyössä toimijuutta tarkastellaan vastuuhoitajan näkökulmasta esimerkiksi siten, että vastuuhoitaja arvioi ja pohtii asiakkaan toimintakykyä ja samalla toimijuutta. Asiakkaan toimintakyky ei ole sama kuin asiakkaan toimijuus. Jyrkämä kiteyttää asian näin: ”Määritelmänomaisesti toimijuuden näkökulmasta toimintakyky voisi olla yksilön omien kykyjen ja osaamisen enemmän tai vähemmän tavoitteellista käyttöä sosiaalisissa, esteitä ja mahdollisuuksia luovissa tunteita tuottavissa arki- ja muissa tilanteissa ja niiden toimintakäytännöissä, kaiken kaikkiaan toiminnassa”. (Jyrkämä 2008, 199.) Tässä kohtaavat vastuuhoitajan ja asiakkaan toimijuus ja sen ulottuvuudet.

Toimijuuden ulottuvuuksista tuntemiseen liittyvät arvot ja arvostukset, kun taas haluamiseen liittyy motivaatio (Jyrkämä 2008, 195). Kun ajatellaan ikääntyviä ja hyvinvointiteknologiaa, näillä on suuri merkitys siihen miten he suhtautuvat ylipäättään teknologiaan. Kotihoidon vastuuhoitajan näkökulmasta edellä mainittujen asioiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään ikääntyvän toimijuutta. Leikas ja Saariluoma (2008) tutkivat vuosina 2006–2007 reilun 400:n eläkkeellä olevan suomalaisen käsityksiä siitä, mille elämänalueelle he toivoisivat uusia teknologisia tuotteita ja palveluja kehitettävän. Lisäksi tutkittiin mitä tuotteiden ominaisuuksia pidettiin tärkeimpinä. Tutkimuksessa todetaan, että on tärkeä tuntea ne tekijät ikääntyvien elämässä, jotka tekevät tuotteista käyttämisen arvoisia. Ikääntyvien kohdalla tuotteisiin liittyvät arvostukset tulevat arkielämän tavoitteista eli päivittäisistä toiminnoista ja arkielämästä suoriutumisesta sekä terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen. (Leikas & Saariluoma 2008, 310–314.)

5.4 Ikääntyville suunnattuja teknologiahankkeita Suomessa

Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton ja Vanhustyön keskusliiton selvitykseen Ikäteknologian kokeilut Suomessa on kerätty tietoa siitä, millä tavalla teknologiaa on Suomessa kokeiltu ikäihmisten kanssa ja millaisia kehittämishankkeita on ollut. Selvityksen tiedot on kerätty vuosien 1993–2010 aikana toteutetuista hankkeista. (Mäki 2011, 5.)

Selvitykseen on valittu ne hankkeet ja projektit, joissa laitteita olivat kokeilleet yli 75-vuotiaat kotona tai palvelutalossa asuvat ihmiset. Selvityksen ulkopuolelle on jätetty

tietojärjestelmiä koskevat hankkeet ja alle 5 henkilön kokeilut. Näillä kriteereillä selvityksessä on mukana yhteensä 52 hanketta / projektia ja nämä on koottu liitteeseen 1. Mäki (2011) arvioi, että teknologiaa on hyvin vähän muunnettu elämisen välineiksi. (Mäki 2011, 5–6.)

5.5 Hyvinvointiteknologian käyttö Ruotsin vanhushpalveluissa - kartoitus

Ruotsissa tehtiin vuonna 2012 mittava kartoitus kuntien vanhushpalvelujen hyvinvointiteknologian käytöstä. Vastaavaa kartoitusta ei ole tehty Suomessa. Kartoituksesta on huomioitava se, että Ruotsissa kotipalvelu (hemtjänst) on kunnan järjestämää ja kotisairaanhoidon (hemsjukvård) on ollut maakäräjien tehtävä. Kotisairaanhoidon uudelleenorganisointi on ollut käynnissä 1990-luvun alusta ja osassa kunnista kotisairaanhoidon on jo siirtynyt kunnan järjestettäväksi ja loppuissa kunnissa kotisairaanhoidon ”kunnallistaminen” tapahtuu vuosien 2013–2015 aikana. (Hemsjukvården.)

Kartoitus koski kunnan tuella annettavia apuvälineitä ja kodinmuutostöinä toteutettuja ratkaisuja, ulkopuolelle jäivät maakäräjien kautta hankittavat apuvälineet ja yksityisesti hankittavat ratkaisut. Kyselyyn vastasi 288 kuntaa Ruotsin 300 kunnasta. Kartoitus osoitti, että toistaiseksi vain muutamat markkinoilla olevat ratkaisut ovat tulleet kuntien käyttöön. Yleisimmin käytettyjä ratkaisuja olivat perinteiset turvpuhelimet (99 %) ja liesivahdit, joita oli käytössä 90 %:ssa kuntia. Kuusi kuntaa kymmenestä ilmoitti käyttävänsä ympäristönhallintaan liittyvää teknologiaa, kauko-ohjattavia ovia tai valaistusta. Lääkemuistuttajia oli käytössään noin 30 %:lla kunnista ja elektronisia muistutuskalentereita oli reilulla 40 %:lla kunnista. (Modig 2012, 17, 20.)

Kunnissa arveltiin, että tulevaisuudessa tarve lisääntyy muun muassa internet-yhteydellä varustetuille tietokoneille, ikääntyville soveltuville matkapuhelimille, lääkemuistuttajille ja videopuheluille. Suurimpana esteenä teknologian lisääntyvälle käytölle nähtiin kuntien taloudellinen tilanne (60 %:ia kunnista). Ja 40 %:ia kunnista oli sitä mieltä, että esteenä on puutteellinen tietotaito, tarkoittaen sitä, että henkilökunnalla ei ole tarvittavaa koulutusta hyvinvointiteknologian alalta. Kuntien mielestä henkilökunta ei ymmärrä teknologian ja informaatioteknologian mahdollisuuksia tai ei tiedä mitä mahdollisuuksia on tarjolla. Kaksi kuntaa kymmenestä toi esille myös sen, että uusi teknologia voidaan

nähdä sekä uhkana omalle ammatille että pelkona, ettei selvitä uuden teknologian vaatimuksista. Modig sanoo, että voidaan puhua jopa muutosvastarinnasta. (Modig 2012, 30, 47,52.)

5.6 Tietoyhteiskunnan nopea kehittyminen

Teknologian lisääntyminen kodeissa on ollut huikeaa ja kuinka moni muistaa aikaa, jolloin ei ollut esimerkiksi jääkaappeja tai pyykinpesukoneita. Tämän opinnäytetyön kohteena olevat yli 75-vuotiaat muistavat hyvinkin, sillä he ovat syntyneet 1938 tai aiemmin. Heidän elinaikanaan on tapahtunut suuria teknologisia mullistuksia pelkästään kodinteknologian alalla. Leikas (2009, 150) kertoo, että 1950- ja 1960-lukujen vaihteessa Suomen kotitalouksiin tulivat esimerkiksi ensimmäiset jääkaapit, pyykinpesukoneet ja pölynimurit. Sitten yleistyivät televisiot. Kariston (2005) mukaan suuret ikäluokat on mielletty sukupolveksi, joilla on positiivinen suhtautuminen uutuuksia kohtaan. Tämä voidaan nähdä hyvänä asiana myös hyvinvointiteknologian näkökulmasta, kun suuret ikäluokat ikääntyvät.

Verma mukaan teknologia on nopeasti kehittyvä ala ja sovellukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon ovat vasta alkuvaiheessa. Nyt tehtävät valinnat vaikuttavat siihen, mitkä teknologiat ovat käytössä kymmenen vuoden päästä. (Verma 2009, 31.) Tieto- ja viestintäteknologia eli ICT (engl. information and communications technology) on läsnä arjessamme. ICT-teknologia näkyy monella alalla ja on varmasti tuonut hyviä ja huonoja asioita elämäämme. Nopea kehitys jakaa ihmisiä, kaikilla ei ole tietoa tarjolla olevista mahdollisuuksista ja / tai mahdollisuutta tai kykyä käyttää tarjolla olevaa ICT-teknologiaa. (Leikas 2009, 105,112-113.)

Esimerkiksi internetin ja matkapuhelimen käytöstä on tullut yleistä. Mutta aina on ihmisiä, joilla ei ole käytössään edellä mainittuja asioita. Matkapuhelimista on tullut lähes kaikkien arkipäivää. Tilastokeskus kerää tietoa 74-vuotiaisiin saakka, jolloin sitä vanhemmat jäävät tilastojen ulkopuolelle. Käkäte-projektissa (käyttäjälle kätevä teknologia) on tiedusteltu kotona asuvilta 75–89 - vuotiailta mitä apuvälineitä vastaajilla on käytössä: matkapuhelin, tietokone, internet-yhteys, sähköposti, turvapuhelin tai muita laitteita. Puhelinhaastattelu tehtiin kesä-heinäkuussa 2011 satunnaisotannalla 802 henkilölle.

Kaikista vastaajista 84 %:lla oli matkapuhelin käytössä. Ikäryhmittäin jaoteltuna on eroa matkapuhelinten määrissä siten, että 93 %:lla 75–79-vuotiaista oli matkapuhelin ja vanhimmista eli 85–89-vuotiaista enää 64 %:lla oli matkapuhelin käytössään. Lisäksi huomattiin, että puolison kanssa asuvista 91 %:lla oli matkapuhelin ja yksin asuvista 78 %:lla. Tähän arveltiin vaikuttavan sen, että nuoremmilla on yleensä puoliso elossa ja nuorempien joukossa matkapuhelin oli muutenkin enemmän käytössä. Turvapuhelimia oli käytössä 9 %:lla vastaajista. (Intosalmi, Nykänen & Stenberg 2013, 3, 5, 11, 12.)

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2011 tietokone oli 85 %:ssa kotitalouksia, joissa asukkaina on alle 75-vuotiaita. Internet-yhteyksien määrä jatkoi kasvuaan ja 84 %:lla kotitalouksia oli yhteydet kotona. (Suomen virallinen tilasto, SVT 4.) Tilanne onkin huomattavan erilainen iäkkäämpien kohdalla. Intosalmen ym. (2013, 13–14) raportin mukaan 23 %:lla oli tietokone käytössään. Ikäryhmien välillä oli eroja, siten että 30 %:lla 75–79-vuotiaista oli tietokone ja seuraavalla ikäryhmällä 19 %:lla ja vanhimmilla eli 85–89-vuotiailla oli enää 11 %:lla tietokone käytettävänä. Internet-yhteys oli käytössä 19 %:lla koko otannasta. Nuorimmilla ikäryhmillä oli internet-yhteys lähes yhtä yleistä kuin tietokonekin (26 % ja 15 %). Vanhimmalla ikäryhmällä (85–89 v.) oli vähiten internet-yhteyksiä käytössään, vain 6 %:lla.

Ikääntyville sopivan hyvinvointiteknologian kehittämiseltä odotetaan paljon. Oulun diakonissalaitoksen geriatrian ylilääkäri Viramo sanoo haastattelussa, että teknisillä apuvälineillä on kiire ja 10 vuoden kuluttua apuvälineitä pitäisi olla jo runsaasti käytössä. Viramo jatkaa, että suuret ikäluokat ovat tottuneita kännykän ja tietokoneen käyttäjiä, joten heidän ei tarvitse opetella kaikkea alusta lähtien. (Ronkainen 2013.) Suurien ikäluokkien vanhimmat saavuttavat 75 vuoden iän vuonna 2020. Se on lähempänä kuin Viramon mainitsema 10 vuotta.

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hyvinvointiteknologiaan liittyvät mahdollisuudet kotihoidon palveluprosesseja uudistettaessa Kotona kokonainen elämä-kehittämishankkeessa mukana olevissa kunnissa. Kotona kokonainen elämä -kehittämissuhteen päätavoite on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen asiakaslähtöisesti.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset kohdistuvat Kotona kokonainen elämä -kehittämissuhteessa mukana olevien Keski- ja Länsi-Uudenmaan kuntien säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaisiin asiakkaisiin ja tutkimuskysymykset jakautuvat kahteen osaan. Ensimmäisen osan tutkimuskysymykset ovat:

- mitä apuvälineitä ja teknologisia laitteita / palveluja on käytössä?
- millaisia kodin muutostöitä on tehty kotona asumisen mahdollistamiseksi?
- millaisia tarpeita on lisätä apuvälineitä ja teknologisia laitteita / palveluja sekä kodin muutostöitä?

Tiedonantajina ovat edellä mainittujen asiakkaiden vastuuhoitajat.

Ja toisen osan tutkimuskysymys kohdistuu alueen kotihoidon henkilökuntaan ja on:

- millaiseksi henkilökunta arvioi omaa apuväline- ja teknologisten laitteiden / palveluiden osaamistaan?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteuttamisessa yhteistyökumppanina oli Sosiaalitaito– Socialkompetens, Länsi- ja Keski-Uudellamaalla toimiva sosiaalialan osaamiskeskus. Sosiaalitaito osallistuu Kotona kokonainen elämä -kehittämishjelmaan asiantuntija-roolissa. Sosiaalitaidon kautta oli käytettävissä yhteistyökanavat kehittämishjelmaan osallistuviin kuntiin.

7.1 Tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusotetta. Tutkimusaineistossa on sekä primaariaineistoa eli juuri tätä opinnäytetyötä varten kerättyä aineistoa että sekundaariaineistoa eli aineistoja, jotka ovat muiden aiemmin keräämiä. Sekundääriaineistona käytettiin Tilastokeskuksen aineistoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113.)

Kyseessä oli ns. poikittaistutkimus, jossa oli kaksi kohderyhmää. Ensimmäinen kohderyhmä muodostui Kotona kokonainen elämä -kehittämishjelmassa mukana olevien kuntien tutkimusajankohtana säännöllisen kotihoidon asiakkaina olevista yli 75-vuotiaista. Kokonaistutkimusta käytettiin, koska haluttiin kattava kartoitus alueen tilanteesta. Kohderyhmää koskevan kartoituksen vastaavina toimivat edellä mainittujen asiakkaiden vastuuhoitajat. Toinen kohderyhmä muodostui kohdealueen kuntien kotihoidon henkilökunnista. Opinnäytetyön tutkimustavaksi valittiin strukturoitu kyselytutkimus, jolla saadaan kerättyä tietoa suurelta joukolta. Kysymykset olivat sekä monivalintakysymyksiä että asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Osa monivalintakysymyksistä sisälsi valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi avoimia kysymyksiä. (Vilka 2007, 28; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 198–200.)

7.2 Tutkimuksen kulku

Kyselylomake tarkastettiin Sosiaalitaidon kanssa ja siihen tehtiin yhteistyössä tarkennuksia. Kyselylomake oli kaksiosainen. Ensimmäisen osan A vastaajina olivat kohdealueen kuntien kotihoitoyksikköjen vastuuhoidajat ja toinen osa B kohdistettiin kohdealueen koko henkilökunnalle.

Kyselylomakkeen osa A on liitteenä 2. Lomakkeen alussa kysyttiin taustamuuttujia, kuten asiakkaan sukupuoli, ikä ja asumismuoto. Lisäksi kysyttiin toimintakykyyn liittyviä muuttujia: näkö, kuulo, Rava ja MMSE (Mini Mental State Examination).

RAVA™ -mittari on **Suomen Kuntaliiton** omistama ja **FCG Finnish Consulting Group Oy:n** lisensoima ikäihmisten (65-vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. (Ravamittari).

Taulukossa 1 on kuvattu Rava-indekseistä muodostettujen Rava-luokkien yhteys avun tarpeeseen.

TAULUKKO 1. Rava-luokkien yhteys avun tarpeeseen (Ravamittari)

Avun tarve	RAVA-indeksin arvo	RAVA-luokka
Satunnainen	1,29–1,49	1
Tuettu	1,50–1,99	2
Valvottu	2,00–2,49	3
Valvottu	2,50–2,99	4
Tehostettu	3,00–3,49	5
Täysin autettava	3,50–4,03	6

MMSE ” on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti” (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Toimia). MMSE- testin kokonaispistemäärä on 30, poikkeavan suorituksen raja-arvoksi on määritetty 24 pistettä. MMSE- testin tulkinnasta lyhyesti:

- 24–30 pistettä tarkoittaa normaalia tai lievästi heikentynyttä kognitiivista toimintakykyä,
- 18–23 pistettä lievää dementiaa,
- 12–17 pistettä keskivaikeaa ja

- 0–11 vaikeaa dementiaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Toimia.)

Kartoitusosio laadittiin niin, että vastaaja voi valita valikosta asiakkaan käytössä olevat apuvälineet, teknologiset apuvälineet / palvelut ja kodinmuutostyöt. Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi oli vaihtoehto muu. Tulevaisuuden tarpeita kartoittavan osuuden kysymykset oli laadittu samalla periaatteella kuin nykytilanteen kysymykset.

Kyselylomakkeen osa B on liitteenä 3. Lomakkeen alussa kysyttiin taustamuuttujina henkilökunnan työtehtävä ja ikä (valmiiksi ryhmiteltynä). Varsinaisia kysymyksiä oli kaksi ja vastausvaihtoehtoina 5- portainen asteikko. Asteikossa 1 tarkoitti, että osaamista ei ole ja 5 tarkoitti sitä, että hallitsee asian erinomaisesti.

Kysely toteutettiin internetin välityksellä Surveypal-kyselynä. Kyselyyn liitettiin saatekirje (liite 4), jonka oli laatinut opinnäytetyöntekijä yhdessä Sosiaalitaidon kanssa. Sosiaalitaito operoi saatteen ja kyselyn Surveypaliin. Sosiaalitaidon kautta lähetettiin sähköpostia, jossa oli linkki kyselyihin, kohdealueen kotihoitojen päälliköille (8 henkilöä) ja esimiehille (26 henkilöä), jotka puolestaan kohdistivat kyselyt alueilleen (49 aluetta). Kyselyt olivat avoinna 2.–26.4.2013. Alueille lähetettiin Sosiaalitaidon kautta kaksi muistutusta kyselyistä. Kyselyn viimeisellä viikolla yksi kunta pyysi lisää vastausaikaa ja vastausaikaa jatkettiin 3.5.2013 saakka.

7.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointiin on erilaisia tapoja. Pääperiaatteena on valita sellainen tapa, jolla parhaiten saadaan vastauksia tutkimustehtävään. Karkean luokituksen mukaan analyysitavat voidaan jakaa a) selittämiseen, jolloin yleensä käytetään tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa ja b) ymmärtämiseen, jolloin käytetään yleensä laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 2010, 224.)

Kyselylomakkeilla kerätty aineisto tallennettiin Surveypal-kyselystä suoraan Excel-tiedostoiksi. Aineiston analysoinnissa käytettiin keskiarvoja ja prosentuaalisia jakaumia, joissa huomioitiin puuttuvat vastaukset omina prosenttiosuuksina.

Kyselylomakkeella oli kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehtona oli muu. Muu-kohdan vastaukset näkyivät Excel-tiedostoissa. Nämä vastaukset poimittiin erikseen mukaan ja liitettiin olemassa oleviin kohtiin, jos sellainen oli käytettävissä. Tästä esimerkkinä maininta turvaliedestä, jossa hälytin; vastaus siirrettiin kohtaan liesihälytin. Vastauksista jätettiin raportoimatta yksittäiset maininnat, joiden perusteella voitiin ajatella anonymiteetin vaarantuvan.

8 TULOKSET

Kyselyn A-osaan, joka koski asiakkaiden käytössä olevia apuvälineitä ja teknologisia laitteita / palveluja, tehtyjä kodinmuutostöitä ja tulevaisuuden tarpeita, tuli vastauksia yhteensä 455. Henkilökunnan osaamista koskevaan B-osaan tuli vastauksia 246.

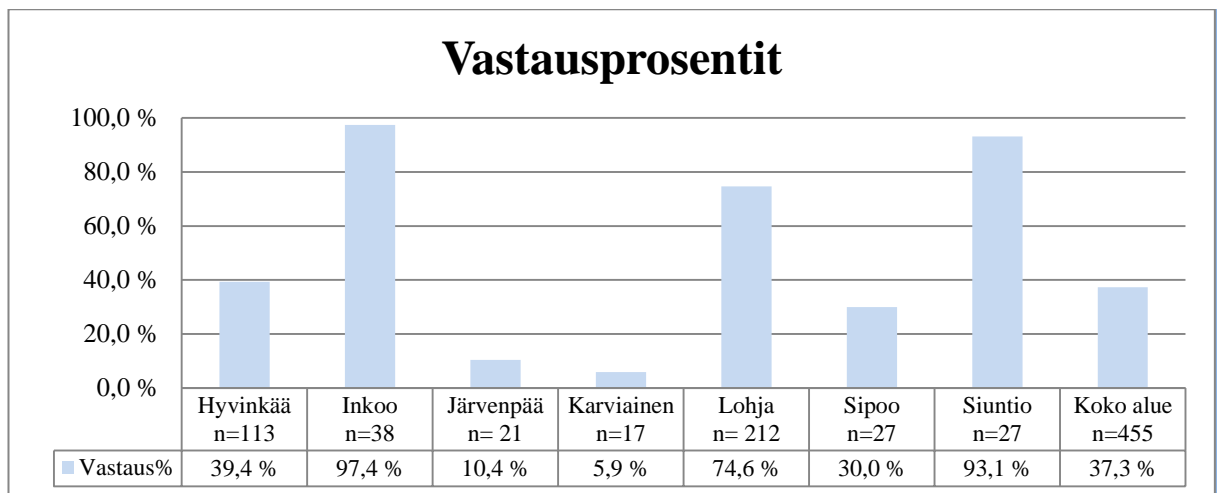
8.1 Asiakkaita koskevan kyselyn vastausmäärät ja taustamuuttajat

Kotona kokonainen elämä -kehittämishojelman kunnista kyselyyn vastasivat kaikki muut paitsi Hanko. Vastausprosentin laskennassa on käytetty tuoreinta saatavilla olevaa Kotihoidon laskentaa, joka on tehty 30.11.2012.

Surveypal-ohjelma näyttää kyselyn vastaamiseen käytetyn ajan eli tietojen tallentamiseen käytetyn ajan. Vastuuhoitajilta meni keskimäärin 6 minuuttia 10 sekuntia tietojen tallentamiseen. Vastaamisen käytetty aika vaihteli suuresti, vaihteluväli oli 1 minuuttia 9 sekuntista – 121 minuuttiin. On mahdollista, että suurin käytetty aika, 121 minuuttia, johtuu esimerkiksi jostain syystä keskeytyneestä tietojen tallennuksen keskeytymisestä. Jos suurin käytetty aika jätettiin huomioimatta, pieneni keskimääräinen aika 15 sekunnilla.

8.1.1 Vastausten määrät kunnittain

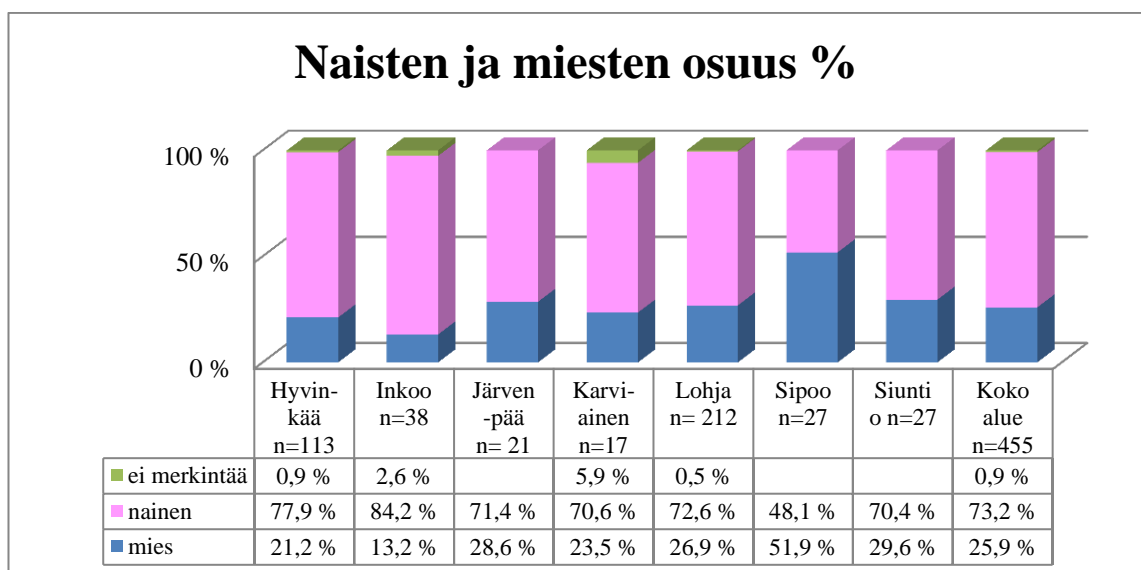
Vastuuhoitajilta saatiin yhteensä 455 vastausta, jotka koskivat säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaita asiakkaita. Kotihoidon laskennan mukaan alueella oli yhteensä 1332 asiakasta, Hango mukaan lukien, vuoden 2012 laskennassa (Väyrynen & Kuronen 2013). Vastausprosentti oli 34,2 %. Koska Hangosta ei tullut vastauksia, voidaan Hangon säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaat jättää pois ja vertailla 455 vastausta jäljelle jääviin säännöllisen kotihoidon asiakasmäärään, joka oli vuoden 2012 laskennassa 1221. Tällöin vastausprosentiksi tulee 37,3 %. Vaihteluväli on Karviaisen 5,9 %:sta Inkoon 97,4 %:iin (kuvio7). Koko alueen vastausprosenttia voidaan pitää kohtuullisena. Usein kyselytutkimusten vastausprosentti jää 20–30 prosenttiin (Puhakka 2005).



KUVIO 7. Vastausprosentit kunnittain

8.1.2 Asiakkaita koskevat taustatiedot

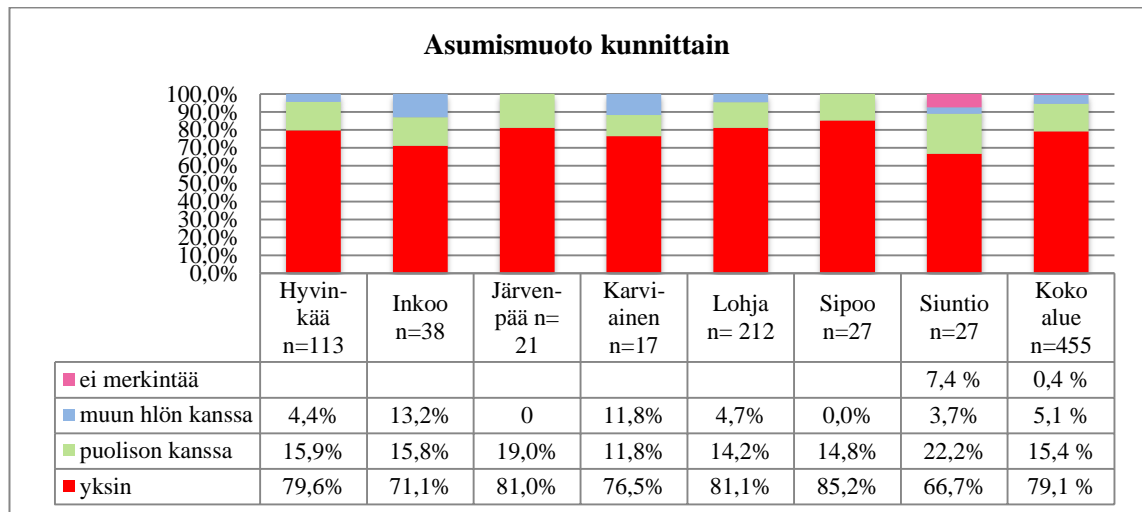
Koko aineiston osalta kartoitetuista asiakkaista enemmistö oli naisia, miesten osuuden ollessa vajaa 26 prosenttia. Noin yhdelle sadasta oli jäänyt sukupuoli merkitsemättä. Kuntakohtaisia eroja sukupuolten välillä oli jonkin verran. Naisten osuus oli yleensä noin 70–78 prosentin välillä. Poikkeuksena tästä oli Sipoon kunta, jossa naisten osuus oli hieman vajaa puolet ja toinen poikkeus oli Inkoon kunta, jossa naisten osuus oli 84,2 prosenttia. Koko aineisto on kuvattu naisten ja miesten mukaan kuviossa 8.



KUVIO 8. Naisten ja miesten osuus kunnittain (% , N = 455)

Koko alueen osalta kartoitettujen asiakkaiden keski-ikä oli 85 vuotta. Kuntien välillä oli vain pientä vaihtelua asiakkaiden keski-ikänsuhteen. Keski-ikänsuhteesta nuorimmat olivat Järvenpäässä, 84,3 vuotta ja iäkkäimmät asiakkaat olivat Inkoossa, jossa asiakkaiden keski-ikä oli 86,1 vuotta.

Yksin asuvia koko aineistosta oli lähes 8 kymmenestä. Vähiten yksin asuvia, kaksi kolmesta oli Siuntiossa. Puolison kanssa asuvia oli eniten Siuntiossa ja vähiten Karviaisissa. Kohdassa muu henkilön kanssa oli tarkennettuna vastauksena tytär tai poika, sisarus tai ryhmäkoti. Asumismuodot kunnittain esitetään kuviossa 9.



KUVIO 9. Asumismuoto kunnittain (% , N=455)

8.2 Asiakkaiden toimintakykyä kartoittavat tulokset

Kyselyn nykytilanteen kartoituksen aluksi kysyttiin vastuuhoidajilta asiakkaan toimintakykyä. Vastuuhoidajia pyydettiin arvioimaan asiakkaan aistitoimintoja. Lisäksi kysyttiin tehtyjen Rava- ja MMSE-arviointien tuloksia.

8.2.1 Asiakkaiden aistitoimintoja koskevat arvioinnit

Kartoituksessa kysyttiin asiakkaiden toimintakykyyn liittyen näkökykyä ja kuuloa sekä näihin liittyviä apuvälineitä: silmälaseja ja kuulolaitteita. Hieman yli puolella (n=236), arvioitiin näön olevan hyvä noin joka kuudennen (n= 74) näkökyky arvioitiin heikoksi ja sokeita oli 1,5 % (n=7). Näkökykyyn ei ollut laitettu arviota noin joka kolmannelle (n=138). Silmälasit olivat käytössä 41,5 %:lla (n= 189). Käytössä olevien silmälasien prosenttimäärät olivat välillä 17,6–49,6 %.

Hieman yli kuusi kymmenestä (n= 284) arvioitiin omaavan hyvän kuulon, heikkokuuloisia oli reilu neljännes (n= 122) ja kuuroja oli noin 1 % (n=5). Noin yhdelle kymmenestä (n=44) ei ollut laitettu vastausta. Kuulolaitteita oli käytössä 13,8 %:lla (n=63). Käytössä olevien kuulolaitteiden prosenttimäärät olivat välillä 0–22,1 %. Koko alueen aistitoimintoja koskeva yhteenveto on taulukossa 2.

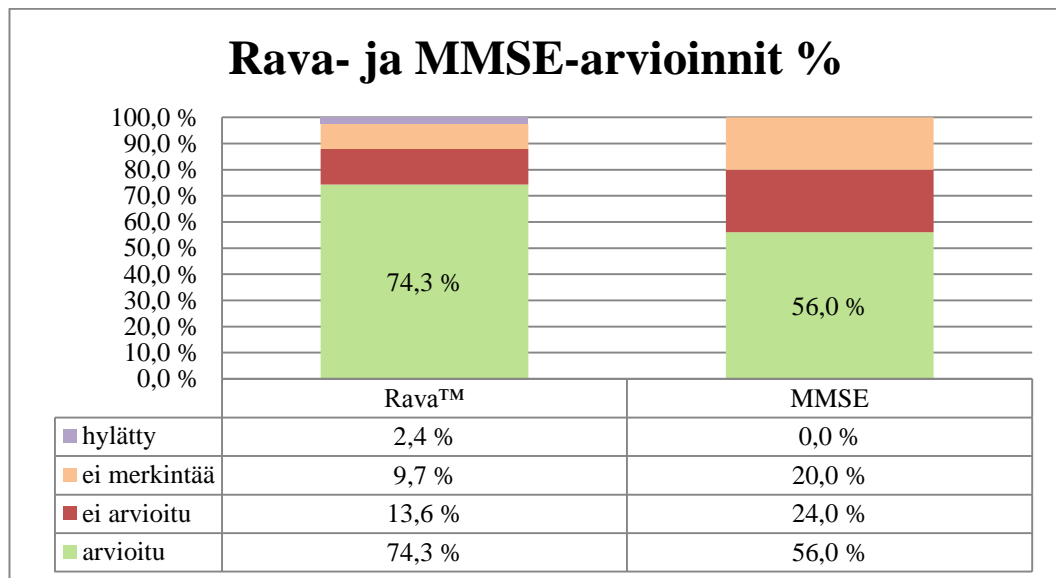
TAULUKKO 2. Asiakkaiden aistitoimintojen arvioinnit N= 455

Arviointi	Näkö	Kuulo
hyvä	51,9 %	62,4 %
heikko	16,3 %	26,8 %
sokea tai kuuro	1,5 %	1,1 %
vastaus puuttuu	30,3 %	9,7 %

8.2.2 Asiakkaita koskevat Rava- ja MMSE-arvioinnit

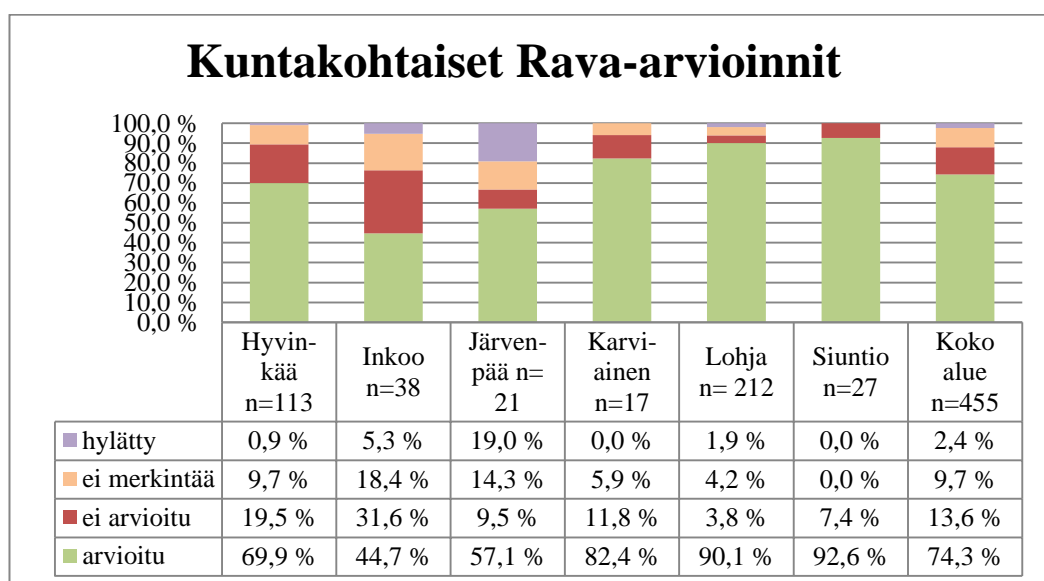
Kartoituksessa kysyttiin asiakkaiden toimintakykyä kahden mittarin avulla, Rava™ ja MMSE. Fyysistä toimintakykyä kuvaavaa Rava™- mittaria oli käytetty enemmän kuin kognitiivista toimintakykyä kuvaavaa MMSE- arviointia. Lähes kolme asiakasta neljästä oli arvioitu (n=340) Rava™- mittarin avulla ja MMSE- arviointi (n= 255) oli tehty reilulle puolelle asiakkaista. ”Ei merkintää”- luokkaan on laitettu arvioinnit, joihin ei ollut merkitty Rava- indeksiä tai merkintää ”ei arvioitu”. Hylätyiksi tulivat ne merkin- nät, joissa arvot eivät olleet Rava™-mittarin arvojen mukaisia eli välillä 1,29–4,03.

Kartoitetuille asiakkaille tehtyjen Rava- ja MMSE- arviointien määrät näkyvät prosentteina kuviossa 10.



KUVIO 10. Rava™- ja MMSE-arvioinnit (% , N=455)

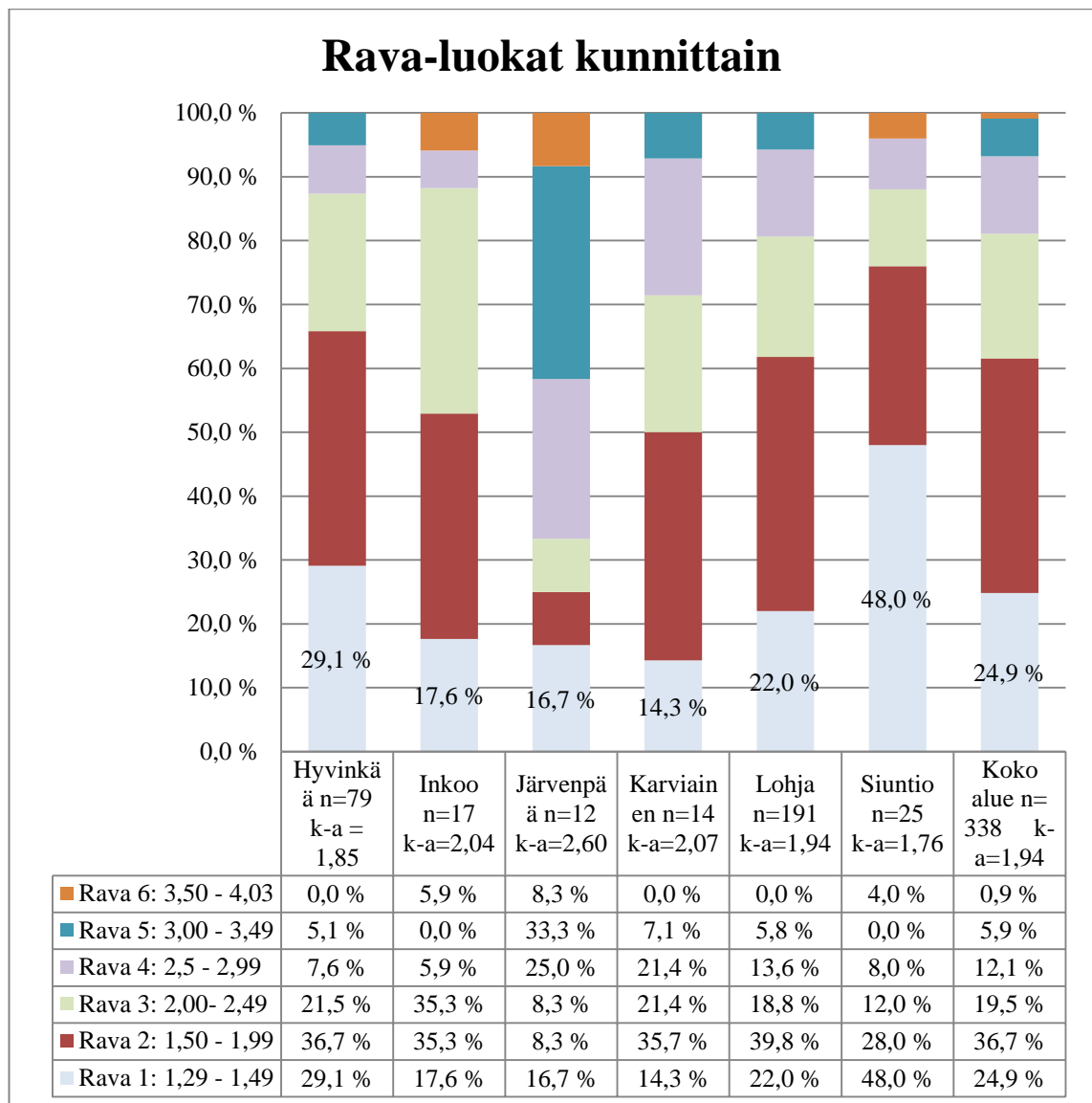
Kuntakohtaiset Rava- arvioinnit esitetään yhteenvedona (kuvio 11). Sipoon kunnasta ei ollut merkitty yhtään Rava- indeksiä, joten Sipoo ei näy taulukoissa. Arviointien määrissä oli suuria eroja, Siuntiossa kartoitetuille asiakkaille on tehty enemmän kuin 9/10:lle Rava-arviointi. Inkoossa Rava-arviointeja oli merkitty tehdyiksi alle puolelle kartoitetuista asiakkaista.



KUVIO 11. Kuntakohtaiset Rava-arvioinnit (% , N=455)

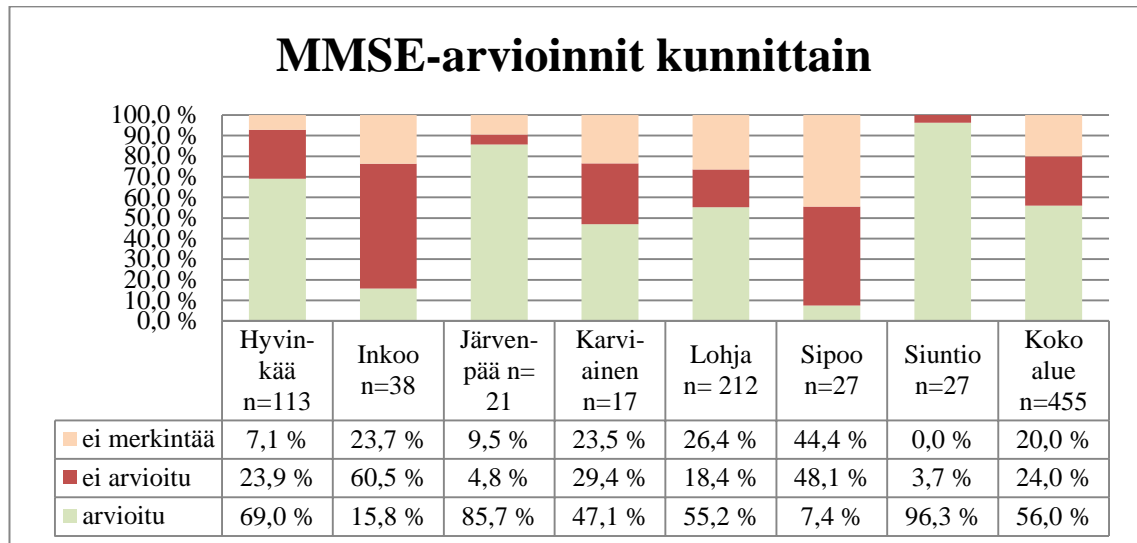
Kaikkien kartoitettujen asiakkaiden Rava-indeksien keskiarvo oli 1,94 ja Rava-arvojen vaihteluväli 1,29–3,67. Kuntakohtaiset Rava-indeksien keskiarvot vaihtelivat Siuntion 1,76:sta Järvenpään 2,6:n keskiarvoon (kuvio 12).

Kuvioon 12 on koottu kuntakohtaiset Rava-indeksien keskiarvot ja Rava-indeksien jakautuminen Rava-luokkiin. Koko aluetta koskien Rava-luokkaan 1 eli satunnainen avun tarve kuului neljäsnes asiakaista. Siuntion kunnan kotihoidon asiakaista Rava-luokkaan 1 kuului lähes puolet kartoitetuista asiakaista. Kuntien välillä on eroja Rava-luokkiin jakautumisessa. Rava-luokkaan 2 kuuluvia on eniten kaikissa muissa kunnissa paitsi Siuntiossa ja Järvenpäässä (kuvio 12).



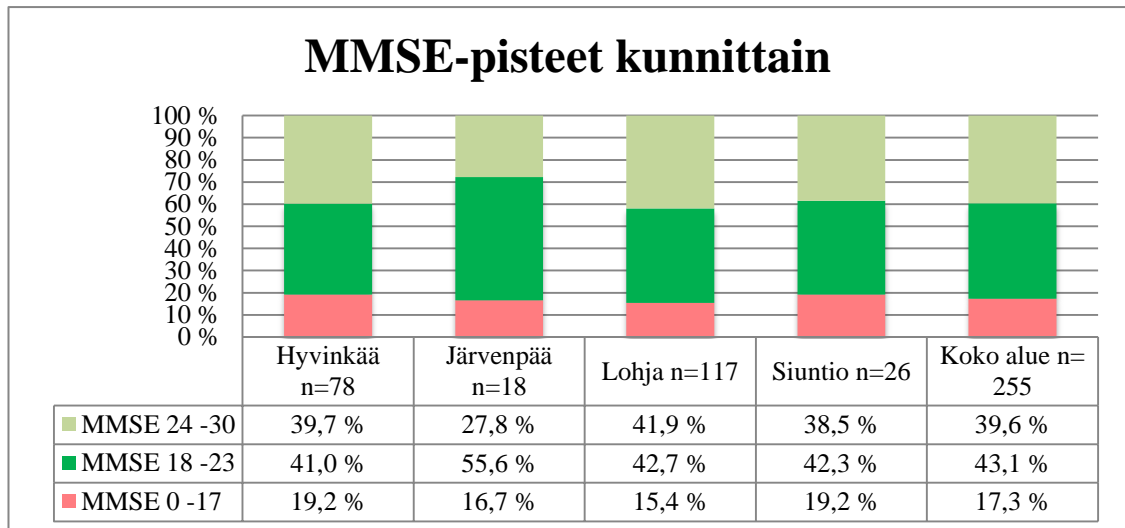
KUVIO 12. Rava- luokat kunnittain (% , N= 338)

Tehdyt MMSE- arvioinnit kunnittain esitetään yhteenvetona (kuvio 13). ”Ei merkintää”-kohtaan on laitettu niitä asiakkaita koskevat tiedot, joille ei ollut merkitty arvoa tai merkintää ”ei arvioitu”. Eniten MMSE- arviointeja oli tehty Siuntion kunnassa kartoitettuille asiakkaille, yhtä lukuun ottamatta kaikille asiakkaille oli tehty MMSE- arviointi. Vähiten arviointeja oli tehty Sipoossa. Koko aineistossa oli muutama merkintä, että arviointia ei ole voinut suorittaa asiakkaalle.



KUVIO 13. MMSE- arvioinnit kunnittain (% , N= 455)

MMSE- pisteiden keskiarvo oli kaikkien kartoitettujen asiakkaiden osalta 21,82 (n=255), mikä tarkoittaa lievää dementiaa. MMSE- pisteiden vaihteluväli oli 10–30. Kuvioon 14 on koottu yhteenveto kartoitettujen asiakkaiden MMSE- pisteistä kunnittain. Kuvioista 14 on jätetty pois ne kunnat, joissa oli ilmoitettu alle 10 arviointia, jotta yksittäisiä asiakkaita ei voida tunnistaa. Asiakkaita, joiden MMSE- pisteet olivat alle 11, oli 2 prosenttia. Jotta yksittäisiä asiakkaita ei voisi tunnistaa aineistosta, on alle 11 MMSE pisteet yhdistetty pisteisiin 11–17.



KUVIO 14. MMSE-pisteet kunnittain (% , N=255)

8.3 Asiakkaiden nykytilanteen kartoitus

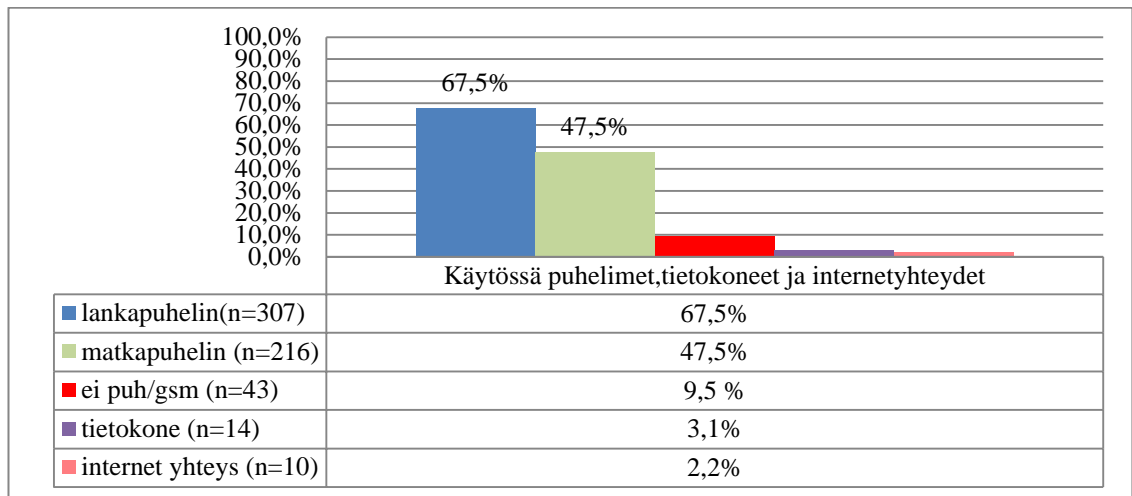
Kartoituksen kysymykset oli laadittu valmiiden vaihtoehtojen pohjalle lisättynä vaihtoehdolla muu. Lähes kaikilla (95,2 %, n=433) oli käytössään jokin teknologinen laite tai palvelu. Kartoituksen mukaan vajaalla 5 %:lla (n=22) ei ollut mitään teknologista laitetta tai palvelua. Liikkumisen apuvälineitä oli 76,9 %:lla (n=350). Kodinmuutostöitä oli tehty 35,8 %:lle kartoitetuista asiakkaista.

8.3.1 Asiakkaiden käytössä olevat teknologiset laitteet tai palvelut

Hieman yli kahdella kolmasosalla oli käytössään lankapuhelin (kuvio 15). Käytössä olevien lankapuhelimien yleisyys vaihteli Hyvinkään 52,2 % (n= 59) Siuntion 77,8 %:iin (n=21). Matkapuhelimia oli käytössä lähes joka toisella (kuvio 15). Matkapuhelin oli yleisempi kuin lankapuhelin Hyvinkäällä (57,5 %:lla, n=65). Lohjan kotihoidon asiakkailla oli vähiten matkapuhelimia, 41 %:lla (n=87). Lähes joka kymmenes asiakas on ilman lanka- tai matkapuhelinta (n=43) (kuvio 15).

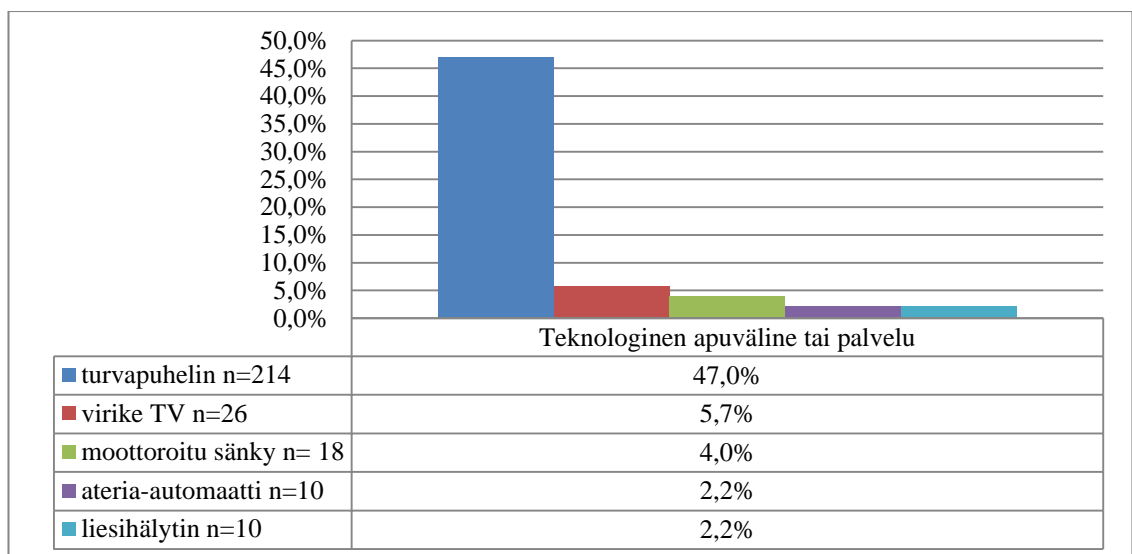
Tietokoneiden määrä oli vähäinen, koko alueella 14 asiakkaalla on tietokone käytössään (kuvio 15). Joidenkin kuntien kotihoidon asiakkailla ei ollut tietokoneita lainkaan. In-

ternet yhteys oli käytössään 2,2 %:lla (n=10) koko alueen kartoitetuista asiakkaista (kuvio 15).



KUVIO 15. Asiakkaiden käytössä olevat lankapuhelimet, matkapuhelimet, tietokoneet ja internet-yhteydet (% , N=455)

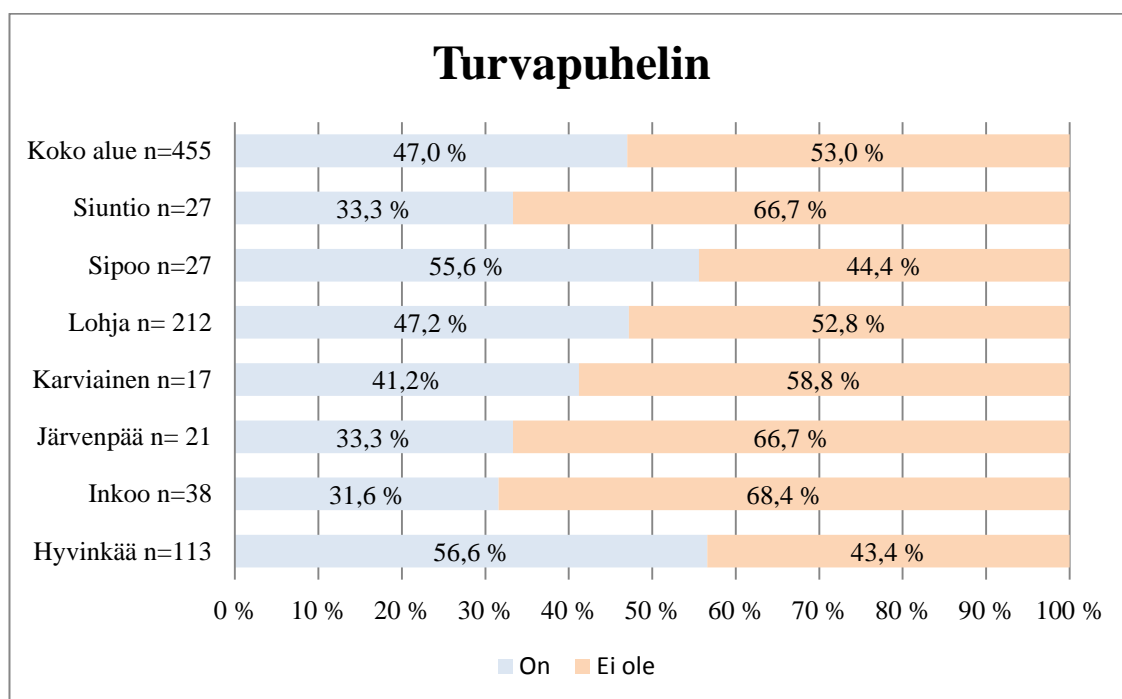
Turvapuhelin oli yleisin teknologinen apuväline tai palvelu lanka- ja matkapuhelinten jälkeen. Kuvioon 16 on koottu ne teknologiset apuvälineet ja palvelut, joita koko kartoitetulla alueella oli enemmän kuin kymmenellä asiakkaalla. Virike Tv:n käyttäjistä lähes kaksi kolmasosaa oli Lohjalta. Moottoroitujen sängyistä kolmasosa oli lohjalaisten käytössä (n=6) ja ateria-automaateista lähes kaikki (n=9) oli Lohjalla. Myös liesihälyttimistä 70 % (n=7) oli lohjalaisten käytössä.



KUVIO 16. Yleisimmät asiakkaiden käytössä olevat teknologiset apuvälineet tai palvelut (% , N= 455)

Muu vaihtoehdossa eniten mainittu teknologinen laite tai palvelu oli tavallinen Tv (n=14). Lisäksi oli yksittäisiä mainintoja tavallisista kodinkoneista, kuten sähköhella ja pesukone.

Turvapuhelinten määrissä oli alueellisia eroja. Eniten turvapuhelimia oli Hyvinkään kotihoidon asiakkailla, siellä yli puolella oli turvapuhelin käytössään. Lähes sama tilanne oli myös Sipoossa. Vähiten turvapuhelimia oli Inkoon kotihoidon asiakkailla, joista vajaalla kolmanneksella oli turvapuhelin käytössään. Siuntion ja Järvenpään kotihoidon asiakkaiden tilanne oli lähes vastaava kuin Inkoossa eli kolmanneksella oli turvapuhelin (kuvio 17).



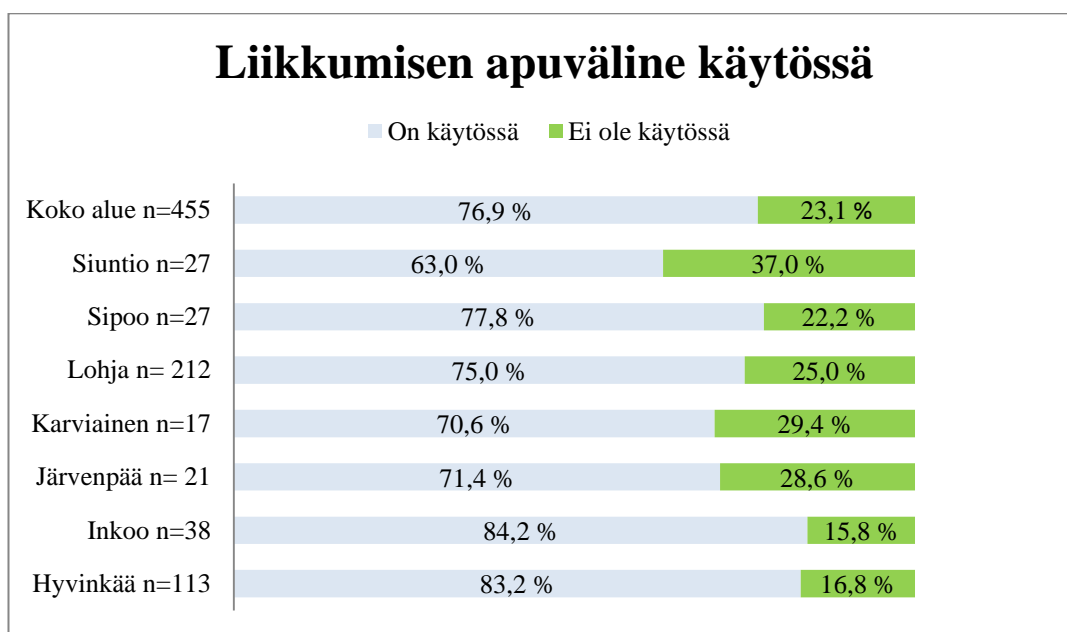
KUVIO 17. Turvapuhelinten osuudet kunnittain (% , N=455)

Kartoituksessa tuli esille lisäksi teknologisia apuvälineitä tai palveluja, joita oli käytössä 2–9 asiakkaalla seuraavasti: ovihälytyn, liiketunnistimella varustetut valot, sähkölukko, puhuva kello, automaattinen lääkeannostelija, sähköinen nostolaite, sänkyvahti, lääke-
muistuttaja, kuulovammaisen palovaroitin, nousutuki, wc-korottaja, siirtolevy ja suihku-
tuoli. Lisäksi yksittäisiä apuvälineitä mainittiin yhteensä kahdeksan.

8.3.2 Asiakkaiden käytössä olevat liikkumisen apuvälineet

Liikkumisen apuvälineistä yleisin oli rollaattori, joka oli käytössä yli kahdella kolmasosaa (n=310) kartoitetuista asiakkaista. Pyörätuoleja oli käytössä noin 11 %:lla (n=50) ja kävelykeppejä oli vajaalla 6 %:lla (n=27). Lisäksi oli mainittu muutamia kävelysauvoja, kyynärsauvoja ja yksittäisiä muita liikkumisen apuvälineitä. Muu liikkumisen apuväline-osiossa oli useita mainintoja suihkutuoleista.

Kappaleessa 8.3 Asiakkaiden nykytilanteen kartoitus mainittiin, että suurimmalla osalla oli käytössään liikkumisen apuväline. Kuvioon 18 on laitettu yhteenveto siitä onko asiakkaalla käytössään liikkumisen apuväline vai ei. Kartoituksen mukaan Inkoossa kartoitetuilla on eniten liikkumisen apuvälineitä, yli kahdeksalla kymmenestä (n=32) on apuväline. Vähiten apuvälineen kanssa liikkuvia on Siuntiossa, määrän ollessa hieman yli kuusi kymmenestä (n=17).

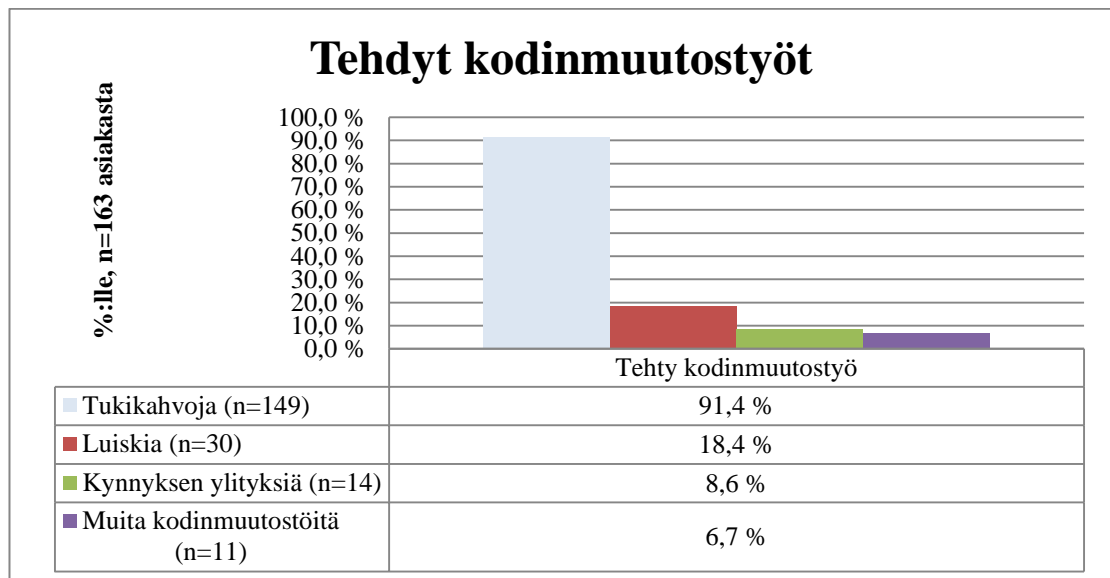


KUVIO 18. Liikkumisen apuväline käytössä kunnittain (% , N=455)

8.3.3 Tehdyt kodinmuutostyöt kotona asumisen helpottamiseksi

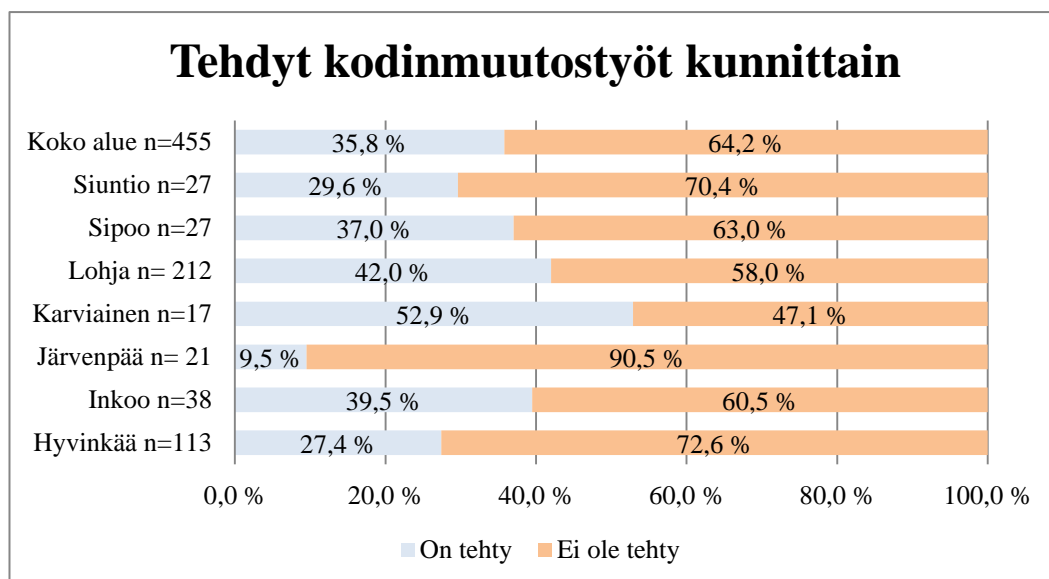
Kodinmuutostöitä oli tehty 163 asiakkaan kotona eli reilun kolmanneksen luona oli tehty kodinmuutostöitä kotona asumisen helpottamiseksi. Enemmistön (n=292) luona ei ollut tehty aiemmin kodinmuutostöitä.

Kodinmuutostöitä oli tehty yhteensä 204. Kaikkein suosituin kodinmuutostyö oli tukikahvojen asentaminen eli yli yhdeksälle kymmenestä (n=149) oli asennettu tukikahvoja. Seuraavaksi eniten oli tehty luiskia, hieman alle kaksi kymmenesosalle (n=30) oli luiskien avulla suoritettu kodinmuutostöitä. Vähemmälle kuin yhdelle kymmenestä (n=14) oli laitettu kynnyksen ylityksiä. Muut tehdyt kodinmuutostyöt (n=11) olivat yksittäisiä muutostöitä (kuvio 19).



KUVIO 19. Asiakkaille tehdyt kodinmuutostyöt (%, N=163 asiakasta)

Kartoituksessa tuli kuntakohtaisia eroja tehtyjen kodinmuutostöiden osalta. Eniten kodinmuutostöitä oli tehty Karviaisen kotihoidon asiakkaiden kodeissa, siellä lähes puolella asiakkaista (n=8) oli ollut tarvetta kodinmuutostöille (kuvio 20). Vähiten muutostöitä oli kartoituksen mukaan tehty Järvenpäässä, vajaalle 10 % (n=2) asiakkaista. Tulokset ovat vain suuntaa antavia, sillä kyseisten kuntien vastausprosentti olivat kartoituksen alhaisimmat. Karviaisen alueen vastausprosentti oli 5,8 % ja Järvenpään 12,4 %.



KUVIO 20. Asiakkaiden kotona tehdyt kodinmuutostyöt (%:lle, N=455)

8.3.4 Vastuuhoitajien arviot asiakkaiden kokemuksista apuvälineisiinsä ja palveluihinsa

Vastuuhoitajien mielestä jonkin verran vajaa puolet (n=208) asiakkaista on kokenut apuvälineet ja palvelut hyväksi, asiakas osaa käyttää hyvin erilaisia palveluja / laitteita (kuvio 21). Reilut kolme sadasta (n= 16) ei ole kokenut niitä tarpeeksi hyväksi, useimmiten syyksi mainittiin asiakkaan haluttomuus käyttää apuvälinettä tai muistamattomuus. Kaikilla niillä, jotka eivät halunneet käyttää liikkumisen apuvälinettä, oli tarvetta kodinmuutostöille. Lisäksi oli mainintoja, että asiakkailla ei ole varaa tai että iäkkäät eivät ole tottuneet uuteen teknologiaan. Hieman yli 12 %:n asiakkaista (n=56) koettiin tarvitsevan lisää opetusta laitteiden tai palveluiden käytössä. Yhteensä neljällä kymmenestä (n=184) ei ollut mielipidettä eli he eivät osanneet sanoa (n=160) tai jättivät vastaamatta (n=24) tähän kysymykseen.



KUVIO 21. Asiakkaiden kokemukset apuvälineistä ja palveluista vastuuhoidajien arvioimina (kpl)

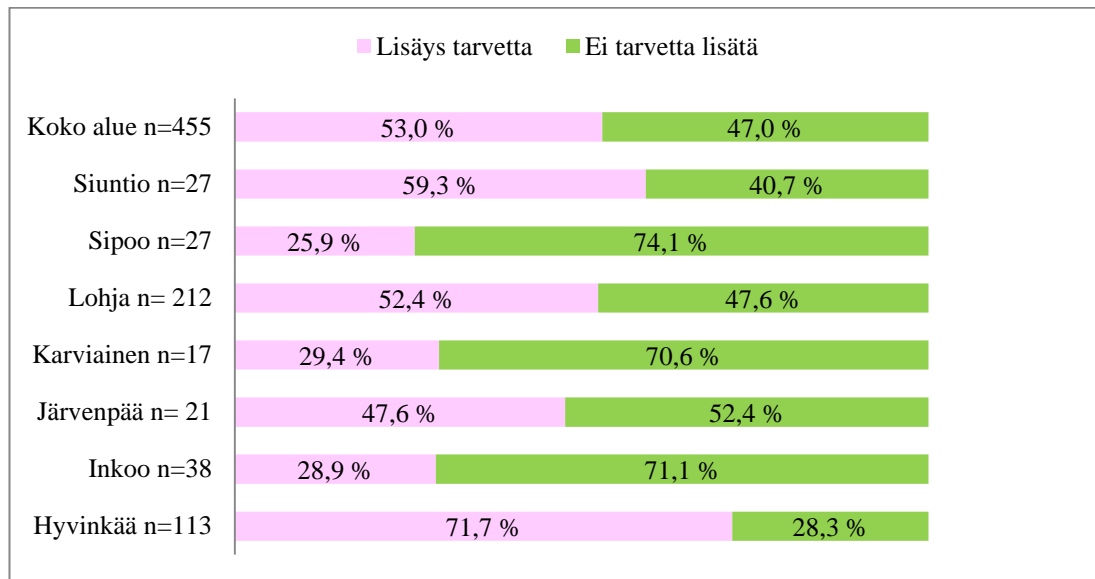
8.4 Vastuuhoidajien arvioimat asiakkaiden tarpeet palvelujen lisäämiseksi

Asiakkaiden nykytilanteen kartoituksen jälkeen vastuuhoidajia pyydettiin arviomaan asiakkaiden mahdollisia tarpeita palvelujen lisäämiseksi. Kyselyssä oli valmiit vaihtoehdot ja lisäksi ”muu, mikä” – vaihtoehto peräkkäin. Tulokset esitetään eriteltyinä apuvälineisiin ja kodinmuutostöihin.

8.4.1 Asiakkaiden tarpeet apuvälineiden, teknologisten laitteiden tai palveluiden lisäämiseksi

Vastuuhoidajat arvioivat, että yli puolet (n=241) kartoitetuista asiakkaista oli apuvälineiden, teknologisten laitteiden tai palvelujen lisäämisen tarvetta. Kaikkein eniten lisäämisen tarvetta oli Hyvinkään kotihoidon asiakkailla, siellä todettiin lisäyksi tarpeita yli

seitsemällä kymmenestä. Vähiten lisäys tarpeita, hieman yli neljänneksellä, oli Sipoossa (kuvio 22).



KUVIO 22. Apuvälineiden, teknologisten laitteiden tai palveluiden lisääminen (% , N=455)

Vastuuhoitajat kirjasivat yhteensä 658 lisätarvetta 241 asiakkaalle. Keskimäärin 2,7 uutta tarvetta per asiakas ja vaihteluväli 1–8. Eniten tarvetta oli turvapuhelimilla, joista hyötyisi lähes neljä kymmenestä. Seuraavaksi eniten asiakkaat hyötyisivät liesivahdeista, joista apua olisi kolmelle kymmenestä. Lähes neljännes asiakkaista hyötyisi kaatumisvahdista. Enemmän kuin kaksi kymmenestä hyötyisivät seuraavista: moottoroidusta sängystä, lääkemuistuttajasta ja liiketunnistimella varustetuista valoista (taulukko 3).

Kahdenkymmenen asiakkaan arveltiin hyötyvän robottihylkeestä (taulukko 3). Robottihylje on ollut Suomen markkinoilla vajaan kolme vuotta. Se esiteltiin Suomessa Hyvä Ikä-messuilla vuonna 2010. Robottihyljettä teki tunnetuksi myös kevään 2013 uutisoinnit, kun Helsingin ja Vantaan kaupungit hankkivat robottihylkeitä vanhainkotien asukkaiden hoitotyöhön. (Lehdistötiedote 2010; Nironen 2013; Haikarainen 2013.)

Liikkumisen apuvälineille kirjattiin yhteensä 15 tarvetta eli noin 6 %:lla oli tarvetta uudelle apuvälineelle. Alle 5 %:n arvolla olevat tarpeet tarkoittavat määrällisesti alle 10 asiakkaan tarpeita eikä prosenttiosuuksia ja kappalemääriä ole taulukossa (taulukko 3).

Vastuuhoitajien mukaan vain muutamat hyötyisivät esimerkiksi liikehälyttimistä,

tablet-tietokoneista, hyvinvointikelloista tai sähköisistä nostolaitteista. Kaikki edellä mainitut olivat vain yksittäisille asiakkaille mainittuja asioita (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Apuvälineet ja palvelut, joista asiakkaat hyötyisivät (%:ia asiakkaista, N=241)

Apuväline tai palvelu	%	Apuväline tai palvelu	%
Turvapuhelin (n=92)	38,2 %	Television kuvansuurentaja (n=12)	5,0 %
Liesihälytin (n=74)	30,7 %	Rollaattori	
Kaatumisvahti (n=59)	24,5 %	Tietokone	
Moottoroitu sänky (n=55)	22,8 %	Sähkölukko	
Lääkemuistuttaja (n=51)	21,2 %	Porraskiipijä	
Liiketunnistimella varustetut valot (n=50)	20,7 %	Lankapuhelin	
Ateria-automaatti (n=39)	16,2 %	Internet yhteys	
Puhuva kello (n=28)	11,6 %	Muu, mikä	
Robotti imuri (n=27)	11,2 %	Hälytin matto	
Virike TV (n=21)	8,7 %	Sähkökäyttöinen pyörätuoli	
Kuvapuhelin (=20)	8,3 %	Muu liikkumisen apuväline	
Robottihylje (n=20)	8,3 %	Liikehälytin	
Matkapuhelin (n=17)	7,1 %	Tablet-tietokone	
Automaattinen lääkeannostelija (n=16)	6,6 %	Hyvinvointikello	
Ovihälytin (n=15)	6,2 %	Sähköinen nostolaite	
Elektroninen kalenteri (n=15)	6,2 %	Pyörätuoli	

Kun tarkastellaan tuloksia kuntakohtaisesti seitsemän määrällisesti eniten mainitun apuvälineen tai palvelun suhteen saadaan kuntakohtaisia eroja. Koko aineiston määrällisesti eniten mainittu turvapuhelin oli 1.sijalla Inkoossa, Järvenpäässä, Lohjalla ja Sipoossa. Edellä mainittujen kuntien kotihoitojen osuudet vaihtelevat Järvenpään 6/10 asiakkaasta Lohjan ja Sipoon noin 4/10 asiakkaaseen (taulukko 4).

Määrällisesti toiseksi eniten mainittu liesihälytin oli 1. sijalla Siuntiossa. Siuntion kotihoidon vastuuhoidajien arvion mukaan lähes kaikki lisä apuvälineitä tai palveluja tarvitsevat asiakkaat hyötyisivät liesihälyttimen lisäksi myös ateria-automaatista. Määrällisesti eniten ateria-automaatteja tarvitaan Lohjan kotihoidon asiakkaille. Määrällisesti 3. eniten mainittu kaatumisvahti ei yltänyt yhdelläkään alueella 1. sijalle. Sama tilanne oli lääkemuistuttajalla, joka oli määrällisesti viidenneksi yleisimmin mainittu koko aineistossa (taulukko 4).

Koko aineiston neljänneksi yleisin, moottoroitu sänky, oli puolestaan Hyvinkäällä eniten mainittu apuväline. Puolet Hyvinkään kotihoidon lisä apuvälineitä tarvitsevista asi-

akkaista hyötyisi moottoroiduista sängyistä. Kaksi viidestä Karviaisen kotihoidon lisä-apuvälineitä tarvitsevista hyötyisi liiketunnistimella varustetuista valoista (taulukko 4).

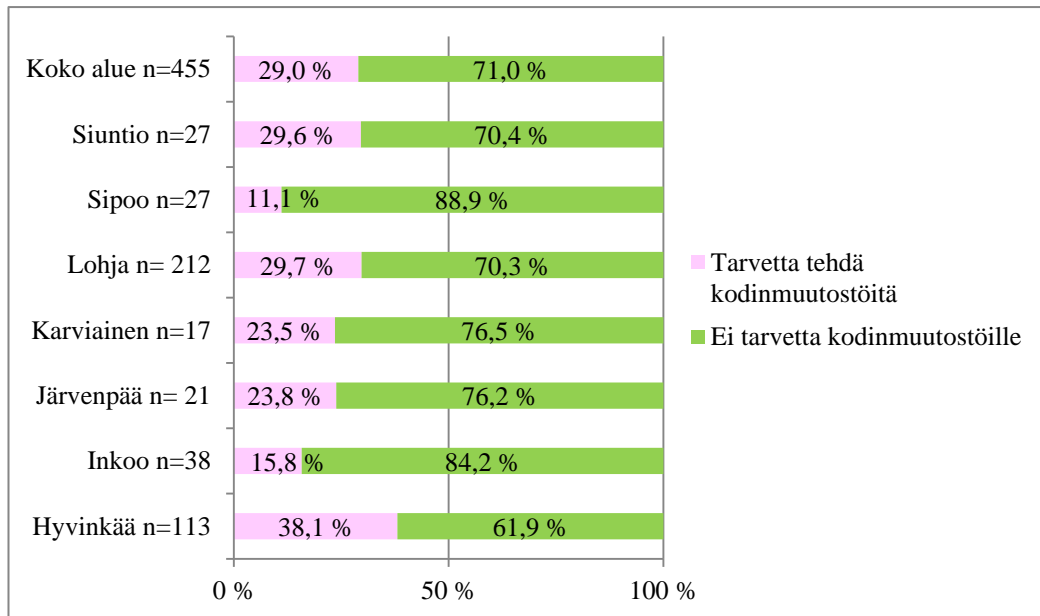
Lohjan kotihoidon alueen kappalemääräiset tarpeet ovat yleensä suurimmat, koska Lohjalta oli suurimmat asiakasmäärät. Poikkeuksina kaatumisvahti, moottoroitu sänky ja lääkemuistuttaja, joissa määrällisesti eniten tarvetta oli Hyvinkään kotihoidon asiakkailta (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Apuvälineet tai palvelut, joista asiakkaat hyötyisivät kuntakohtaisesti (%:ia apuvälineitä tai palveluita tarvitsevista / per apuväline)

Apuväline tai palvelu	Hyvinkää (N=81)	Inkoo (N=11)	Järvenpää (N=10)	Karviainen (N=5)	Lohja (N=111)	Sipoo (N=7)	Siuntio (N=8)
Turvapuhelin (n=92)	37,0 % (n=30)	54,5 % (n=6)	60,0 % (n=6)	0,0 %	39,6 % (n=44)	42,9 % (n=3)	37,5 % (n=3)
Liesihälytin (n=74)	39,5 % (n=32)	0,0 %	0,0 %	20,0 % (n=1)	29,7 % (n=33)	14,3 % (n=1)	87,5 % (n=8)
Kaatumisvahti (n=59)	43,2 % (n=35)	18,2 % (n=2)	10,0 % (n=1)	20,0 % (n=1)	17,1 % (n=19)	14,3 % (n=1)	0,0 %
Moottoroitu sänky (n= 55)	50,6 % (n=41)	9,1 % (n=1)	0,0 %	0,0 %	10,8 % (n=12)	14,3 % (n=1)	0,0 %
Lääkemuistuttaja (n=51)	29,6 % (n=24)	18,2 % (n=2)	0,0 %	20,0 % (n=1)	20,7 % (n=23)	14,3 % (n=1)	0,0 %
Liiketunnistimella varustetut valot (n=50)	25,9 % (n=21)	0,0 %	10,0 % (n=1)	40,0 % (n=2)	22,5 % (n=25)	0,0 %	12,5 % (n=1)
Ateria-automaatti (n=39)	11,1 % (n=9)	9,1 % (n=1)	0,0 %	20,0 % (n=1)	18,9 % (n=21)	0,0 %	87,5 % (n=8)

8.4.2 Asiakkaiden tarpeet kodinmuutostöiden tekemiseksi

Vastuuhoitajat arvioivat, että noin kolmella kymmenestä (n=132) kartoitetuista asiakkaista oli tarvetta kodinmuutostöiden tekemiselle. Kaikkein eniten kodinmuutostöiden tarvetta oli Hyvinkään kotihoidon asiakkailta, siellä todettiin kodinmuutostöiden tarpeita lähes neljällä kymmenestä. Vähiten lisäys tarpeita, hieman yli kymmenyksellä, oli Sipoossa (kuviokuva 23).



KUVIO 23. Asiakkaiden kodinmuutostyö tarpeet (% , N=455)

Vastuuhoitajat kirjasivat yhteensä 197 kodinmuutostyötarvetta 132 asiakkaalle. Keskimäärin 1,5 kodinmuutostyötarvetta asiakasta kohden, vaihteluväli oli 1–4. Neljä tarvetta tarkoittaa tukikahvojen, kynnyksen ylityksiä, liuskoja ja jotain muuta kodinmuutostyötä (taulukko 5).

Tukikahvojen asentaminen oli eniten tarvittu kodinmuutostyö. Suurin osa niistä, joilla oli tarvetta kodinmuutostöille, hyötyisivät tukikahvojen asentamisesta. Yli kolmannes hyötyisi kynnyksen ylityksistä ja reilu viidennekselle olisi hyötyä luiskien rakentamisesta. Lähes yhdelle kymmenesosalle kirjattiin muita kodinmuutostyö tarpeita. Näistä yleisin oli kylpyammeen poisto ja seuraavana pesutiloihin ja ulkoportaisiin liittyvät kodinmuutostyöt (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Kodinmuutostyöt, joista asiakkaat hyötyisivät (% , N= 132)

Kodinmuutostyö	%
Tukikahvoja (n=111)	84,1 %
Kynnyksen ylityksiä (n=46)	34,8 %
Luiskia (n=29)	22,0 %
Muita kodinmuutostöitä (n=13)	8,3 %

Kaikilla kotihoidon alueilla oli tukikahvojen asentaminen kaikkein eniten tarvittu kodinmuutostyö. Hyvinkään kotihoidon asiakkaiden vastuuhoidattajien arvion mukaan lähes

kaikki kodinmuutostöitä tarvitsevat hyötyisivät juuri tukikahvojen asentamisesta. Myös muilla alueilla enemmistön uskottiin hyötyvän niistä (taulukko 6).

Kynnysten ylitysten asentaminen oli seuraavaksi tarpeellisin kodinmuutostyö kaikilla muilla alueilla paitsi Siuntiossa. Siuntion kotihoidon asiakkaiden vastuuhoidajat uskoivat, että puolet muutostöitä tarvitsevista hyötyisivät luiskien asentamisesta (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Kodinmuutostyöt, joista asiakkaat hyötyisivät kuntakohtaisesti (%:ia muutostöitä tarvitsevista per muutostyö)

Kodinmuutostyö	Hyvinkää (N=43)	Inkoo (N=6)	Järvenpää (N=5)	Karviainen (N=4)	Lohja (N=62)	Sipoo (N=3)	Siuntio (N=8)
Tukikahvoja (n=111)	93,0 % n=40	83,3 % n=5	80,0 % n=4	75,0 % n=3	80,6 % n=50	66,7 % n=2	87,5 % n=7
Kynnysten ylityksiä (n=46)	37,2 % n=16	0 %	60,0 % n=3	25,0 % n=1	35,5 % n=22	33,3 % n=1	37,5 % n=3
Luiskia (n=29)	30,2 % n=13	0 %	40,0 % n=2	25,0 % n=1	14,5 % n=9	0 %	50,0 % n=4
Muita kodinmuutostöitä (n=11)	13,9 % n=6	16,7 % n=1	20,0 % n=1	0 %	4,8 % n=3	0 %	0 %

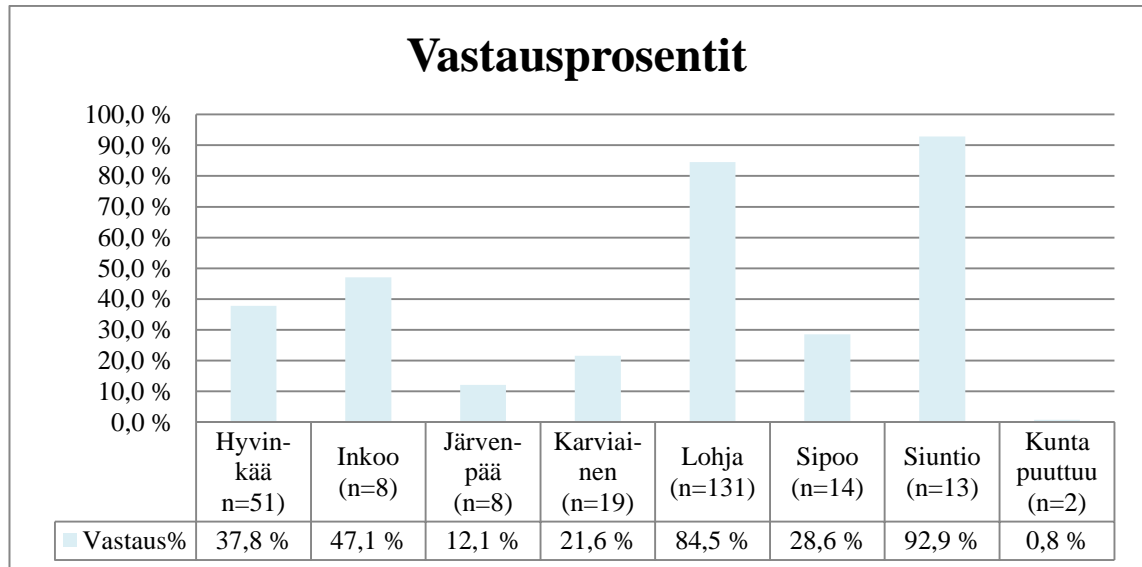
8.5 Henkilökuntaa koskevan kyselyn vastausmäärät ja vastaajien taustamuuttajat

Kotona kokonainen elämä -kehittämishjelman kunnista kyselyyn vastasivat kaikki muut paitsi Hanko. Surveypal-ohjelma näyttää vastaamiseen käytetyn ajan. Vastauksiin käytetyn ajan keskiarvo oli 1 minuuttia 15 sekuntia ja aikojen vaihteluväli oli 13 sekunnista–6 minuuttiin 22 sekuntiin. Vastausprosentin laskennassa on käytetty Sosiaalitaidon keräämiä lukuja, jotka on saatu osallistuneista kunnista. Kyselyn saatekirjeessä (liite 4) ohjeistettiin sähköpostin vastaanottajia lähettämään kyselyn B-osion linkki kotihoidon henkilökunnalle.

8.5.1 Vastausten määrät kunnittain

Vastauksia saatiin yhteensä 246 hoitajalta, joista kaksi ei ollut maininnut kuntaa. Sosiaalitaidon saamien tietojen mukaan alueiden kotihoidoissa oli töissä yhteensä 542 henkilöä. Koko alueen vastausprosentiksi saatiin 46,9. Vastausprosentit vaihtelivat runsaasti. Siuntion kotihoidosta vastasi lähes koko henkilökunta ja Lohjan henkilökunnasta

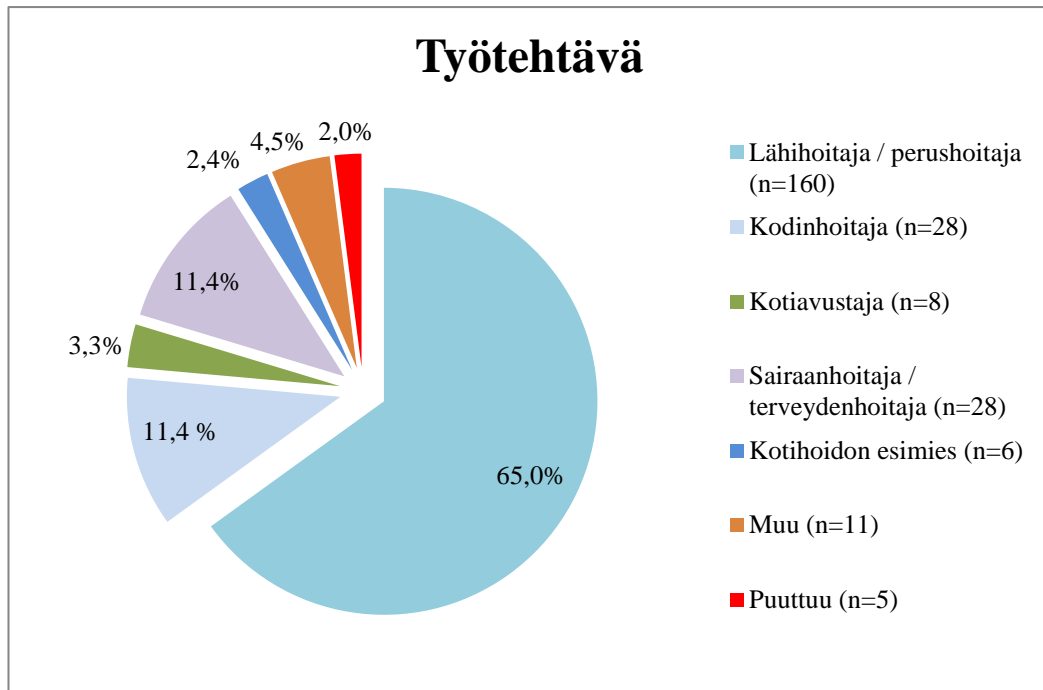
vastauksia tuli useammalta kuin kahdeksalta kymmenestä. Järvenpään kotihoidon henkilökunnasta vastaajia oli vähiten, hieman enemmän kuin kymmenesosa osallistui kyselyyn (kuvio 24).



KUVIO 24. Vastausprosentit kunnittain (% , N=246)

8.5.2 Vastaajien taustatiedot

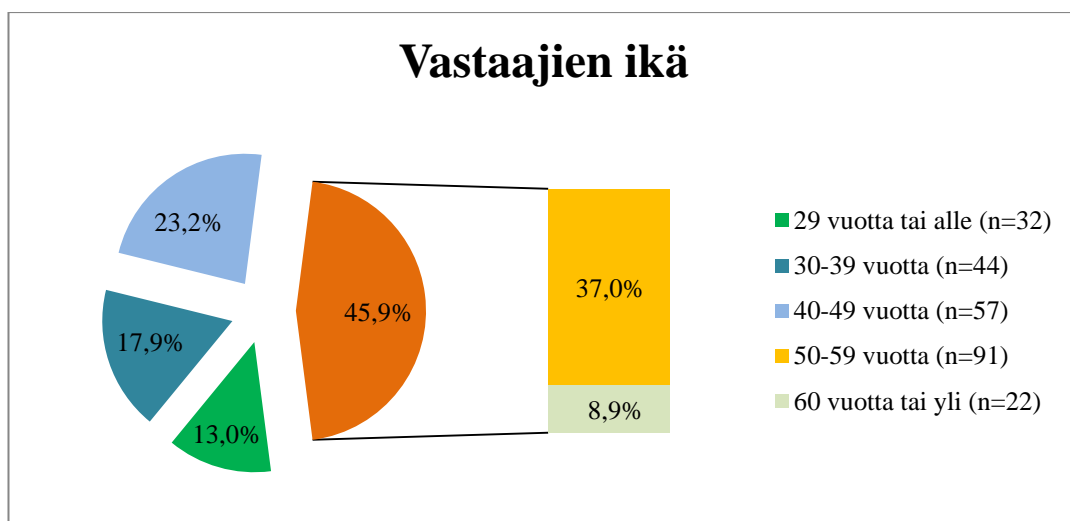
Enemmistö, melkein kaksi kolmasosaa, vastaajista oli lähi- tai perushoitajia. Hieman enemmän kuin yksi yhdeksästä oli kodinhoitajia ja saman verran oli sairaanhoitajia /terveydenhoitajia. Kotiavustajia ja kotihoidon esimiehiä oli muutamia. Alle 5 % kuului ryhmään: muu, jossa oli muutamia fysio- tai toimintaterapeutteja ja opiskelijoita. Lisäksi oli jotain yksittäisiä ammattinimikkeitä sekä viisi henkilöä, jotka eivät olleet vastanneet tähän kohtaan (kuvio 25).



KUVIO 25. Vastaajien työtehtävät (% , N=246)

8.5.3 Vastaajien ikä

Vastaajien ikää kysyttiin ikäryhmittäin. Lähes neljä kymmenestä oli 50–59-vuotiaita ja melkein neljäsosa kuului ikäryhmään: 40–49 vuotta. Yli 50-vuotiaita oli lähes puolet vastanneista ja alle 30-vuotiaita hieman yli kolme kymmenestä (kuvio 26).

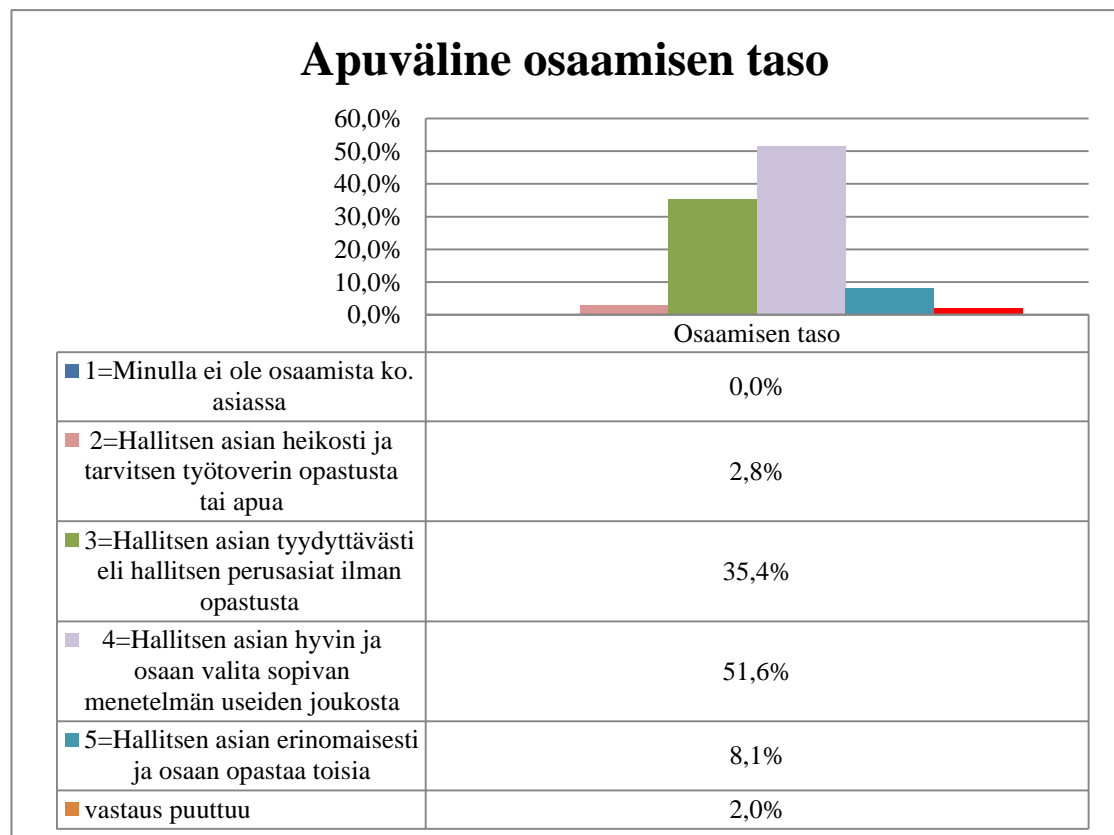


KUVIO 26. Vastaajien ikä (% , N=246)

Vastanneiden iän suhteen oli kuntien välisiä eroja. Koska joissain kunnissa oli muutamia vastaajia per ikäluokka, ei vastauksia eritellä tarkemmin. Hyvinkäällä, Karviaisissa ja Lohjalla oli eniten vastaajia 50–59 -vuotiaiden ikäluokasta. Sipoon ja Siuntion vastaajista enemmistö kuului 30–39 -vuotiaiden ikäluokkaan. Järvenpäässä oli eniten vastaajia ikäluokassa: 29 vuotta ja alle. Inkoon vastaajat jakautuivat tasaisesti neljään nuorimpien ikäluokkaan.

8.6 Henkilökunnan arvio omasta apuväline osaamisestaan

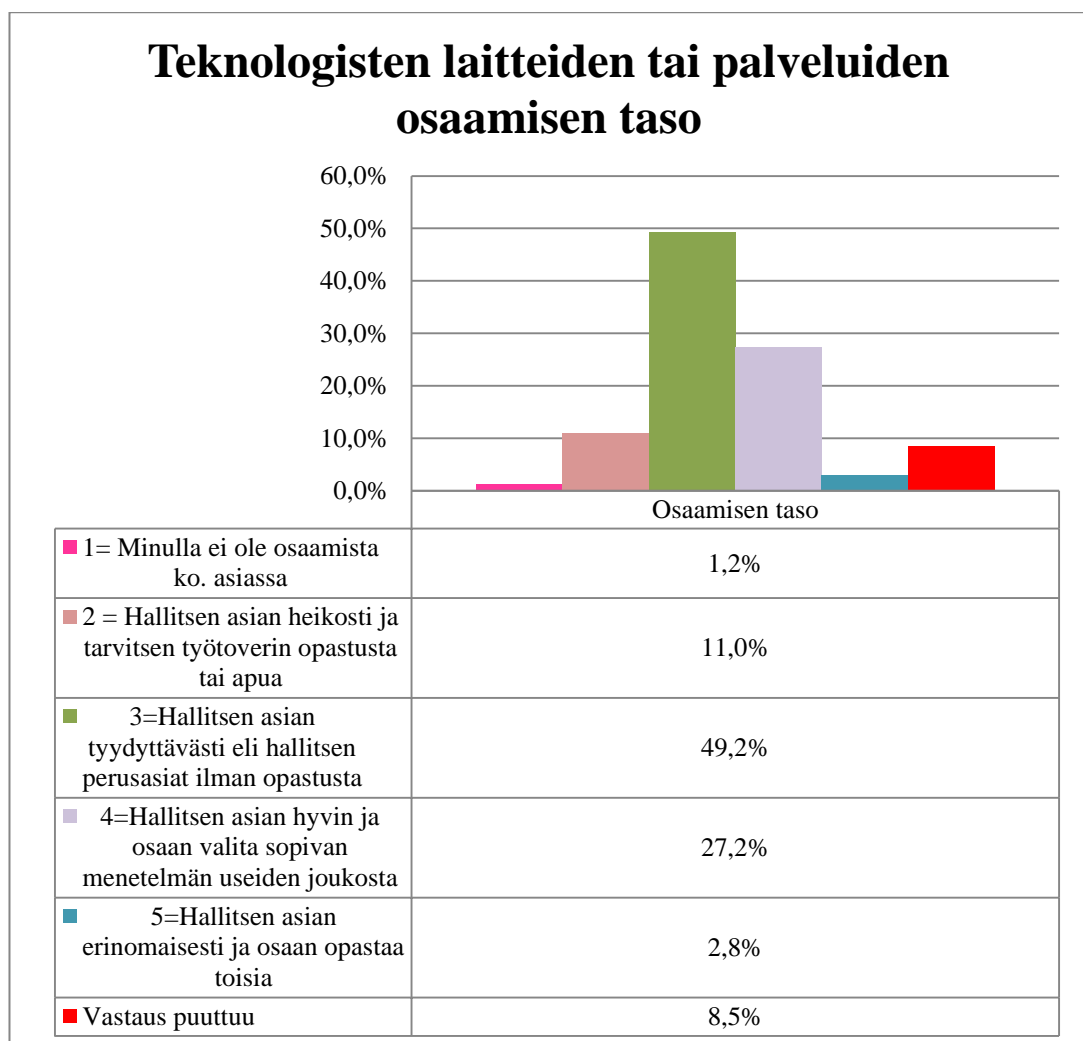
Hieman yli puolet vastaajista arvioi oman osaamisensa arvosanalla neljä asteikon ollessa 1–5. Asteikossa 1 tarkoitti, että osaamista ei ole ja 5 tarkoitti sitä, että hallitsee asian erinomaisesti. Yli kolmannes arvioi hallitsevansa perusasiat eli numero 3. Erinomaisesti osaamisensa arvioi alle kymmenesosa vastaajista. Heikolla tasolla osaaminen oli muutamalla ja kukaan ei arvioinut osaamistaan tasolle 1 (kuvio 27).



KUVIO 27. Apuväline osaamisen taso (% , N=246)

8.7 Henkilökunnan arvio teknologisten laitteiden tai palveluiden osaamisesta

Lähes puolet vastaajista arvioi osaavansa perusasiat eli osaamistaso oli 3. Reilusti yli neljännes arvioi hallitsevansa teknologisten laitteiden tai palveluiden osaamisen tasolle 4. Hieman yli yksi kymmenesosa arvioi hallitsevansa heikosti ja tarvitsevansa työtoverin opastusta tai apua teknologisten laitteiden tai palveluiden kanssa. Vain muutamat arvioivat osaamisensa olevan erinomaista ja vielä harvempi arvioi, ettei heillä ole osaamista tältä alueelta. Puuttuvia vastauksia oli neljä kertaa enemmän kuin apuväline osaamista koskevassa kysymyksessä (kuvio 28).



KUVIO 28. Teknologisten laitteiden ja palveluiden osaamisen taso (% , N=246)

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hyvinvointiteknologiaan liittyvät mahdollisuudet kotihoidon palveluprosesseja uudistettaessa Kotona kokonainen elämä - kehittämishankkeessa mukana olevissa kunnissa. Tässä opinnäytetyössä käytetty hyvinvointiteknologian käsite kuvattiin luvussa 5.1. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksien avulla saatiin selville nykytila eli minkä verran hyvinvointiteknologiaa on käytössä kohdealueella, asiakkaiden tyytyväisyys käytössään olevaan hyvinvointiteknologiaan ja kartoitettujen asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja keväällä 2013. Lisäksi selvitettiin kohdealueen henkilökunnan omaa käsitystä hyvinvointiteknologia osaamisestaan.

9.1 Asiakkaita koskevan kyselyn tulosten tarkastelua

Kotona kokonainen elämä -kehittämishankkeeseen on iso kokonaisuus ja käynnistynyt keväällä 2013. Tällä opinnäytetyöllä etsittiin vastauksia kehittämishankkeeseen mukana olevien Keski- ja Länsi-Uudenmaan kuntien kotihoitoalueiden nykytilan kartoitukseen hyvinvointiteknologian käytön osalta. Lisäksi haluttiin tietää kohderyhmänä olleiden asiakkaiden tyytyväisyys käytössään oleviin apuvälineisiin ja teknologisiin palveluihin vastuuhoidajien näkökulmasta.

Kokonaisvastausprosenttia 37,3 voidaan pitää hyvänä. Hangon kunnan kotihoidon osallistumattomuus on harmillista, mutta syytä voi olla monia ja niitä ei ole tarkoitus pohtia tässä opinnäytetyössä. Koko perusjoukon valitseminen kartoituksen kohteeksi oli suuri haaste vastuuhoidajille, mutta opinnäytetyön kannalta vastuuhoidajat suoriutuivat tehtävästä hyvin. Inkoon ja Siuntion osalta kartoitusta voidaan pitää täydellisenä, kun kyseisten kuntien kotihoidon asiakkaista kartoitettiin lähes kaikki. Lohjan kaupungin kotihoidon osalta kartoitus on erittäin kattava, kun asiakkaiden tilanne saatiin kartoitettua 75 prosenttisesti. Myös Hyvinkään tilanne on erittäin suuntaa antava, koska lähes neljän kymmenestä asiakkaan tilanne kartoitettiin. Sipoon kunnan kotihoidon kannalta opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää hyvin suuntaa antavina. Karviaisen ja Järvenpään osalta opinnäytetyö antaa hieman suuntaa antavaa tietoa asiakkaiden tilanteesta. Ja on syytä

muistaa, että kaikkien kartoitettujen kohdalta tieto kertoo juuri näiden asiakkaiden tilanteesta vastuuhoidajan arvioimana.

Kartoituksessa mukana olleiden asiakkaiden keski-ikä oli 85 vuotta ja suuri enemmistö vastaajista oli naisia. Yksin asuvien osuus oli keskimäärin 80 %, vaihteluväli 66,7–85,2. Tässä on huomattava ero kuntien kaikkiin yli 75-vuotiaisiin, jolloin vaihteluväli on 39,5–51,9. Esimerkiksi Lohjalla, jossa kartoitukseen kerättiin lähes 75 % säännöllisen kotihoidon asiakkaista, oli yksiasuvia 81,1 %. Ja vastaavasti kaikista yli 75-vuotiaista lohjalaisista asuu tilastojen mukaan 47,2 % yksin, eroa voidaan pitää suurena. (Sotkanet 2013.)

Toimintakyvyn arviointi on oleellinen osa, kun kotihoito miettii asiakkaan palvelutarvetta. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 31–32) painottaakin kattavaa ja oikea-aikaista palvelutarpeen arviointia ja nopeaa reagointia asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin. Myös Vanhuspalvelulain (980/2012), joka astuu voimaan 1.7.2013, mukaan palvelujen lähtökohtana ovat asiakkaan toimintakyky ja tarpeet. Tässä opinnäytetyössä kysyttiin toimintakykyyn liittyen näkö ja kuulo arviointeja sekä yleisesti käytettyä Rava-toimintakykyarviota että MMSE-arviointia.

Asiakkaiden toimintakykyä koskevissa arvioinneissa jäi puuttumaan näkökyvyn arviointeja noin 30 %:lla kartoitetuista. Positiivisena voidaan pitää sitä, että enemmistön näkö ja kuulo arvioitiin hyväksi. Jyrkämän (2008, 199) toimijuus -käsitteen mukaisesti vastuuhoidajan tulee tuntee asiakkaansa. Aistitoiminnot ovat merkittävässä osassa, kun mietitään apuvälineiden valintaa ja käytön opettelua. On mahdollista, että opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymys oli epäselvästi laadittu ja arviointeja jäi puuttumaan sen vuoksi. Vastuuhoidajan tulee kiinnittää huomioita aistitoimintojen arviointiin tehdessään asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.

RavaTM-mittarin käyttö oli laajempaa kuin MMSE:n käyttö. Lähes 75 %:lle asiakkaista oli tehty Rava. Yllättävää oli se, että Rava-luokkaan 1 eli satunnainen avun tarve, kuului neljännes asiakkaista, kun kartoitus koski säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Varsinkin Siuntiossa oli runsaasti Rava-luokkaan 1 kuuluvia, 48 %. Tämä voi selittyä myös sillä, että usein pienillä paikkakunnilla ei ole tarjolla yksityisiä kotihoidon palveluja. Rava-

indeksi ei tietenkään kerro kaikkea ja se ei huomioi esimerkiksi sairaanhoidollista avun tarvetta. MMSE-arviointeja oli tehty vain 56 %:lle kartoitetuista asiakkaista. Koko alueen keskiarvo oli 21,82 tarkoittaen lievää dementiaa. Lähes neljän asiakkaan kymmenestä MMSE-pisteet olivat luokkaa 24–30 tarkoittaen normaalia tai lievästi heikentynyttä kognitiivista toimintakykyä. Tätä voidaan pitää hyvänä asiana oppimisen kannalta, kun suunnitellaan uusien apuvälineiden, teknologisten laitteiden ja palvelujen käyttöönottoa. Tässä opinnäytetyössä ei kysytty, että käyttävätkö kunnat joitain muita mittareita, kuin edellä mainitut, toimintakyvyn arviointiin. Jos kunnilla ei ole käytössä toimintakyvyn arviointiin mittareita, on erittäin toivottavaa, että kunnat ottavat valitsemansa mittarit käyttöönsä. Asiakkaan toimintakyvyn arviointi luotettavan mittarin avulla on asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman kannalta tärkeää ja myös suositusten mukaista.

9.1.1 Asiakkaiden nykytilannetta koskevien vastausten tarkastelua

Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys oli selvittää säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden käytössä olevat apuvälineet ja teknologiset laitteet / palvelut. Reilulla kahdella kolmasosalla oli vielä käytössään lankapuhelin. Matkapuhelimia oli melkein puolella ja ainoastaan Hyvinkäällä matkapuhelin oli yleisempi kuin lankapuhelin. Lisäksi vastaajista oli lähes 10 % sellaisia, joilla ei ollut lanka - tai matkapuhelinta. Intosalmen ym. (2013) tekemässä kartoituksessa, jossa oli koko Suomen kattava satunnaisotos, matkapuhelimia oli 84 %:lla 75–89-vuotiaista. Tämän opinnäytetyön mukaan kotihoidon asiakkailla on jonkin verran vähemmän matkapuhelimia ja tämä on merkittävä tieto alueen kuntien päättäjille suunniteltaessa kotihoidon palveluja. Tietokoneita tai internet yhteyksiä ei ollut kuin muutamalla asiakkaalla koko laajalla alueella. Intosalmen ym. (2013) raportin mukaan tietokoneita oli 23 %:lla ja 19 %:lla on internet yhteys. On oletettavaa, että iäkkäämpien kotitalouksiin tulee tietokoneita koko ajan lisää sekä valtakunnallisesti että opinnäytetyön kohdealueella. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella siihen saattaa mennä vuosia, koska tällä hetkellä tietokoneiden ja internetyhteyksien määrä oli niin vähäinen. Näin ollen vielä lähivuosina tarvitaan myös vaihtoehtoja niille, joilla ei ole tarvittavaa teknologiaa, kun suunnitellaan uusia ICT-pohjaisia palveluja.

Koko alueella yleisin puhtaasti hyvinvointiteknologinen palvelu oli turvapuhelin. Intosalmen ym. (2013) raportin mukaan turvapuhelimia oli ainoastaan 9 %:lla, joten tämän opinnäytetyön kohdealueen tilanne on hyvin erilainen. Tulosta ei voida pitää yllättävänä, koska kohteena olivat säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Kuntien välisiä eroja oli ja opinnäytetyössä ei selvitetty esimerkiksi kuntien turvapuhelinpalvelun myöntämisperiaatteita, jotka mahdollisesti voivat selvittää eroja. Toisaalta kaikkien palvelujen tulisi perustua tarpeen arviointiin, jolloin asiakkaan maksukyvyttömyyden ei pitäisi vaikuttaa palvelun olemassa oloon. Turvapuhelin on myös todettu Ruotsissa kuntien yleisimmin käytetyksi hyvinvointiteknologiseksi apuvälineeksi (Modig 2012).

Turvapuhelinten lisäksi käytössä oli melko vähän teknologisia apuvälineitä tai palveluita. Tulos on samansuuntainen kuin Ruotsissa tehty kattava kuntakohtainen kartoitus (Modig 2012). Vain ainoastaan VirikeTv, moottoroitu sänky, ateria-automaatti ja liesihälytin olivat sellaisia teknologisia apuvälineitä tai palveluita, joita oli koko alueella enemmän kuin 10. Määrällisesti koko aineistoon nähden määrät ovat pieniä. Tämän opinnäytetyön kohdealueen kunnista vain kolmessa ilmoitettiin olevan liesihälyttimiä, kun esimerkiksi Ruotsissa tehdyssä kartoituksessa 90 %:ia kunnista ilmoitti käyttävänsä liesihälyttimiä (Modig 2012). Hieman hämmentävänä voidaan pitää muu-osioon tulleita vastauksia, joissa mainittiin tavallinen televisio 14 kertaa. Suomessa ja myös muissa Pohjoismaissa on ollut paljon erilaisia hyvinvointiteknologiaan liittyviä kokeiluja, mutta siitä huolimatta käytössä ei juuri ole muita kuin turvapuhelimia. Opinnäytetyön kohdealueen ikääntymispoliittisissa ohjelmissa oli esillä teknologian hyödyntäminen, mutta tämän kartoituksen perusteella voidaan sanoa, että sen suhteen alueen kunnat ovat vielä alkutekijöissä (Hyvinkää 2011, Ikääntyvä Lost 2018, Sipoo 2008).

Liikkumisen apuvälineitä oli käytössä runsaasti, enemmän kuin kolme neljästä käytti jotain liikkumisen apuvälinettä. Pyörätuoleja oli käytössä 50, mukana sekä manuaaliset että sähkökäyttöiset. Apuvälineiden kanssa liikkuminen asettaa vaatimuksia ympäristölle. Kuten Topo (2007) mainitsi apuväline saattaa jäädä käyttämättä, jos ympäristö on esteellinen. Opinnäytetyön toisena kysymyksenä oli selvittää tehdyt kodinmuutostyöt kotona asumisen mahdollistamiseksi. Runsaasta liikkumisen apuvälineistä huolimatta enemmistön luona ei ollut tehty kodinmuutostöitä kotona asumisen helpottamiseksi. Kynnysten ylityksiä oli tehty vain reilulle 8 %:lle kartoitetuista asiakkaista, tämä vaikuttaa vähäiseltä määrältä käytössä oleviin liikkumisen apuvälineisiin nähden.

Kysyttäessä vastuuhoidajien kokemuksia asiakkaiden tyytyväisyydestä apuvälineisiin ja palveluihin, jäi vastauksia puuttumaan tai vastuuhoidajat valitsivat ”en osaa sanoa”-vaihtoehdon 40 %:n kohdalla asiakkaista. Tätä voidaan pitää yllättävänä, koska kyselyyn vastasivat säännöllisen kotihoidon asiakkaiden vastuuhoidajat, joiden tulisi tuntea asiakkaansa. Näin ollen näissä asiakkaissa voi olla paljon sellaisia, jotka saattavat tarvita lisäopetusta apuvälineiden ja palveluiden käytössä. Tieto olisi tärkeää, jotta asiakkaat saavat riittävän opastuksen palveluiden ja laitteiden käyttöön, kuten kuuluukin tuotettaessa laadukkaita palveluita (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013).

9.1.2 Tulevaisuuden tarpeita koskevien vastausten tarkastelua

Opinnäytetyön kolmas tutkimuskysymys oli selvittää millaisia tarpeita asiakkailla oli lisätä apuvälineitä ja teknologisia laitteita / palveluja sekä kodinmuutostöitä. Vastuuhoidajat arvioivat, että yli puolella kartoitetuista asiakkaista oli tarvetta lisätä apuvälineitä ja teknologisia laitteita / palveluja, tätä voidaan pitää merkittävänä lisäyksenä. Alueen kuntien onkin syytä miettiä mistä näin suuri tarve johtuu. Opinnäytetyntulosten perusteella tulee kuntien miettiä apuvälinepalvelujen toimivuutta. Apuvälineprosessien toimivuuden arviointi soveltuu hyvin vanhuspalvelulain toimeenpanon yhteyteen.

Yllättävää on se, että vastuuhoidajien arvion mukaan eniten tarvetta oli turvapuhelimille. Kohdealueen kuntien kannattaa miettiä miksi lähes 40 %:lla turvapuhelimesta hyötyvällä ei ole tätä palvelua käytössään. Opinnäytetyössä ei selvitetty sitä, olisiko turvapuhelimia tarvitsevilla edellytykset saada palvelu kunnallisena tukipalveluna vai pitäisikö palvelu hankkia yksityisesti. Turvapuhelin kattavuus olisi opinnäytetyössä kartoitettujen asiakkaiden kohdalla koko kohdealueella 67,3 %, jos kaikki niistä hyötyvät saisivat turvapuhelimet.

Myös kaksi seuraavaksi eniten mainittua laitetta / palveluja liittyvät turvallisuuteen. Niistä asiakkaista, joilla oli lisästarpeita, hyötyisi liesihälyttimistä yli 30 % ja lähes neljännes hyötyisi kaatumisvahdista. Kaatumisvahteja ei ollut aiemmin käytössä kenelläkään ja liesihälyttimiäkin vain reilulla 2 %:lla kartoitetuista asiakkaista. Jos alueen

kunnat hankkisivat liesiin liitettäviä turvalaitteita vastuuhoidajien arvioiden mukaan, olisi niitä käytössä yhtä kuntaa lukuun ottamatta kaikissa kunnissa.

Moottoroituja sänkyjä oli käytössä 4 %:lla ja lisästarpeita peräti 22,8 %:lla. Hyvinkään kotihoidon vastuuhoidajat arvioivat, että alueen kotihoidon asiakkaista puolet hyötyisi moottoroidusta sängystä. Hyvinkään kotihoidon asiakkaiden Rava-indeksien keskiarvo oli hieman alhaisempi kuin koko alueella ja enemmistö kuului luokkaan 2, joten pelkkä asiakkaan toimintakyky ei selittäne tarvetta. Tulos on sen verran poikkeava muihin kuntiin verrattuna ja vaatinee tarkempaa jatkoselvittelyä.

Moottoroitu (=sähköstätöinen) sänky voidaan ajatella joko itsenäistä selviytymistä tukevaksi apuvälineeksi tai avustajan toimintaa helpottavaksi välineeksi. Jos oletettaisiin, että vastuuhoidajat ovat miettineet moottoroitua sänkyä hoitotyötä helpottavasta näkökulmasta, erosi tämän opinnäytetyön tulos täysin Seppälän (2010) tutkimuksessa tarkastelluista strategioista geroteknologian merkityksien suhteen. Asiaa on syytä pohtia tarkemmin, kun kunnat tekevät päätöksiä moottoroitujen sänkyjen hankkimiseksi. Ajatuksellisesti ei voida väheksyä hoitotyötä helpottavaa näkökulmaa, jos moottoroitu sänky vähentää esimerkiksi huonosta työergonomiasta johtuvia sairaslomia tai lisää henkilökunnan työviihtyvyyttä.

Vastuuhoidajien arvioiden mukaan asiakkaat hyötyisivät edellä mainittujen neljän palvelun tai teknologisen laitteen lisäksi monista jopa uudehkoistakin palveluista ja laitteista. Ateria-automaatit ovat yleistyneet vuoden 2010 jälkeen ja niitä oli käytössä yhtä poikkeusta lukuun ottamatta vain Lohjalla. Siuntion kotihoidon, joka kuului aiemmin Lost-alueeseen, vastuuhoidajista arvioi, että suurin osa alueen lisäpalveluja tarvitsevista asiakkaista hyötyisi ateria-automaatista. Toisin sanoen vastuuhoidajilla on tietämystä kyseisestä palvelusta ja he osaavat arvioida asiakkaidensa hyötyvän siitä, vastaavasti kuten Modigin (2012) kartoituksessa juuri henkilökunnan tiedonpuute nähtiin esteenä hyvinvointiteknologian käytön yleistymiselle. Uutisoinnin merkitys henkilökunnan tietämyksen lisääjänä on tullut esille robottihylkeen kohdalla.

Lääkemuistuttajista arvioitiin hyötyvän koko alueella yli 20 %:in lisäpalveluita tarvitsevista. Vastaavaan tulokseen päätyivät myös Ruotsin kunnat Modigin (2012) kartoituksessa, kun arvioitiin tulevaisuuden tarpeita. Kuvapuhelimille arvioitiin olevan tarvetta,

mutta huomattavasti maltillisemmin kuin Modigin (2012) kartoituksessa. Ruotsin kunnat arvioivat, että internet-yhteyksillä olevien tietokoneiden tarve lisääntyy, mutta opinnäytetyön kohdealueiden kotihoitojen vastuuhoidajat arvioivat, että niistä ei hyötyisi juuri monikaan. Internetin ja tietokoneiden yleistymistä on syytä seurata koko ajan ja varsinkin ns. suurten ikäluokkien vanhetessa tilanne voi olla huomattavan erilainen, kuten geriatrian ylilääkäri Viramo totesi (Ronkainen 2013).

Liikkumisen apuvälineiden osalta tuli esille lisätarvetta melko vähän, voidaankin olettaa, että liikkumiseen liittyvät toiminnan vajaukset ovat tuttuja henkilökunnalle. Suurimmalla osalla asiakkaista oli käytössään liikkumisen apuväline ja kaatumisvahdeista katsottiin hyötyvän lähes neljänneksen. Nämä tekijät voivat olla yhteydessä toisiinsa turvallisuutta lisäävinä tekijöinä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella lähes kolme kymmenestä kartoitetusta asiakkaasta hyötyisi uusista kodinmuutostöistä. Vastuuhoidajat arvioivat kodinmuutostöiden olevan selkeästi vähäisempää kuin apuvälineiden, teknologisten laitteiden tai palveluiden lisäys tarpeen. Hyvin yllättävänä tuloksissa voidaan pitää tukikahvojen asentamisen tarvetta, joka tuli esille tätä opinnäytetyötä tehtäessä. Tukikahvojen asentamista ei voida pitää suurena ja vaikeana kodinmuutostyönä, joten vaikuttaa siltä, että kuntien on syytä miettiä kuinka havaittu tarve saadaan toteutettua. Oikein asennetulla tukikahvalla voi olla ratkaiseva merkitys iäkkään ihmisen kotona selviytymiselle. Myös kynnysten ylitykset voivat olla asiakkaan selviytymisen kannalta ensi arvoisen tärkeitä, varsinkin kun yli kolmella neljästä kartoitetusta asiakkaasta oli liikkumisen apuväline käytössään.

Kotihoidon ja vastuuhoidajan rooli on merkittävä suunniteltaessa asiakkaan tarvitsemaa hoitoa. Kattavan palvelutarpeen arvioinnin merkitystä ei voida korostaa liikaa. Vastuuhoidajan rooliin kuuluu asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn tunteminen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2003.) Tässä opinnäytetyössä tuli esille kohtalaisen paljon apuvälineiden, teknologisten laitteiden ja palveluiden sekä kodinmuutostöiden lisäyksiä. Tulivatko tarpeet esille niitä kysyttäessä ja olisivatko ne tulleet esille jollain muulla tavalla ja milloin? Toivottavasti olisivat, mutta kotihoidon prosessien kehittämisessä on syytä paneutua esille tulleisiin asioihin. Opinnäytetyön tulosten perusteella olisi hyvä, jos kotihoidon prosessit kehittyisivät niin, että lisäystarpeisiin reagoidaan välittömästi. Tähän tähtää myös uusi laatusuositus, jossa

sanotaan, että ”terveydentilan ja toimintakyvyn muutokset kirjataan asiakkaan palvelusuunnitelmaan ja tehdään muutosten edellyttämät päätökset palveluiden lisäämisestä tai vähentämisestä ” (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2003, 47.) Kotona kokonainen elämä -kehittämishojelman aikana tämän kehittämislle on hyvät mahdollisuudet.

9.2 Henkilökuntaa koskevan kyselyn tarkastelua

Koko alueen vastausprosenttia 46,9 voidaan pitää hyvänä. Puhakan (2005) mukaan kyselytutkimusten vastausprosentti jää 20–30 prosenttiin. Kuntien välinen vastausprosenttien vaihtelu oli suurta ja eniten vastauksia tuli Siuntiosta ja Lohjalta. Vaikka kysymyksiä oli vain neljä ja vastauksiin käytetty keskimääräinen aika on yllättävän matala, 75 sekuntia. Toisaalta voidaan ajatella, että kyselyssä oli saatekirje, jossa kerrottiin mistä on kysymys ja henkilökunta oli miettinyt osaamisensa valmiiksi ennakkoon.

Opinnäytetyön tulosten perusteella yli puolet henkilökunnasta arvioi apuväline osaamisensa numerolla 4. Ja joukosta löytyy myös erinomaisesti apuvälineet tuntevia henkilöitä noin 8 %. Teknologisten laitteiden ja palveluiden osalta tulos oli hieman heikompi. Hieman vajaa puolet vastaajista arvioi osaamisensa tasolle kolme. Ja hyvin tai erinomaisesti osaavia oli yhteensä 30 %.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan sanoa, että kohdealueen henkilökunnalla on apuväline- ja hyvinvointiteknologian osaamista. Uuden henkilökunnan perehdyttämisessä ovatkin nämä hyvin tai erinomaisesti osaavat henkilöt tärkeässä roolissa. Samoin osaamista voidaan hyödyntää niiden opastamisessa, jotka kokevat tarvitsevansa lisä opastusta. Kotona kokonainen elämä -kehittämishojelman puitteissa voisi miettiä hyvinvointiteknologia-vastaavajärjestelmän luomista ja kehittämistä.

9.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tekemisestä tehtiin kirjallinen sopimus, jonka osapuolina olivat Sosiaali- taito, Tampereen ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä. Opinnäytetyö liittyi Kotona kokonainen elämä -kehittämishjelmaan ja erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu.

Sekundääriaineistona käytetyt tilastot on muokattu kuvaamaan kohdealueen kuntien tilannetta. Hangon kaupungin tiedot on säilytetty teoriaosuudessa, vaikka sieltä ei tullut vastauksia kyselyihin. Tämä sen vuoksi, koska Hanko kuuluu Kotona kokonainen elämä -kehittämishjelmasa mukana oleviin kuntiin.

Molempien kohderyhmien osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kyselylomakkeissa ja saatekirjeessä (liitteet 2–4) kerrottiin, että kyselyihin vastataan nimettömänä, jotta asiakkaiden tai henkilökunnan anonymiteetti varmistetaan. Samalla korostettiin opinnäytetyön raportoinnin osalta sitä, että yksittäisiä vastauksia ei voida tunnistaa aineistosta. Henkilökunnan osaamista koskevassa kyselyssä tähän törmättiin enemmänkin, koska osasta kotihoidon alueita vastauksia tai johonkin ammattikuntaan kuuluvia oli niin vähän. Sen vuoksi henkilökunnan osaamiseen liittyvät tiedot raportoitiin kokonaisuutena.

Kysymysten asettelulla on suuri merkitys opinnäytetyön luotettavuudelle. Olivatko monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot kattavat? Tässä opinnäytetyössä näyttää siltä, että vastausvaihtoehdot oli riittävästi. Nykytilannetta ja tulevaisuuden tarpeita koskevissa osuuksissa oli yhteensä 28 apuvälinettä, teknologista laitetta tai palvelua mainituina ja lisäksi kohdat jokin muu. Nykytilanteessa oli kahdeksan kohtaa, joita kenelläkään ei ollut käytössä. Mutta kun vastuuhoidaja miettivät mistä heidän asiakkaansa mahdollisesti hyötyisivät, jäi enää jäljelle yksi apuväline, jota ei mainittu. Tämän perusteella voidaan sanoa, että kysymysten asettelu oli onnistunut ja kohderyhmänä olleiden asiakkaiden tilanteesta ja tarpeista saatiin hyvä kuvaus.

Henkilökunnan osaamista koskevaan kyselyn vastausprosentti oli hyvä. Kysely oli lyhyt ja se on voinut edesauttaa vastaushalukkuutta. Henkilökunnan osaamista koskeva kysely olisi voinut olla sisällöltään laajempi, jolloin siitä olisi saanut enemmän hyötyä koh-

dealueen kotihoitoihin. Nyt opinnäytetyön perusteella voidaan vain todeta henkilökunnan osaamisen taso.

10 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Opinnäytetyön kartoituksella saatiin kattava kuva vastuuhoitajien arvioimana Inkoon, Siuntion ja Lohjan kuntien säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotaiden asiakkaiden nykytilanteesta ja tulevista tarpeista käytössä olevien apuvälineiden, teknologisten välineiden/ palveluiden ja kodinmuutostöiden osalta. Hyvinkään ja Sipoon osalta tulosta voidaan pitää hyvin suuntaa antavana. Karviaisen ja Järvenpään osalta vastausprosentit jäivät alhaisiksi ja Hangon tilanne jäi kartoittamatta. Henkilökunnan osaamisen kartoituksen tulokset olivat melko kattavat Siuntion ja Lohjan osalta. Muiden osallistuneiden kuntien osalta saatiin suuntaa antavaa tietoa.

Opinnäytetyön perusteella voidaan sanoa, että keväällä 2013 oli asiakkaiden käytössä lähinnä turvapuhelimia ja liikkumisen apuvälineitä. Vastuuhoitajien mukaan asiakkaat hyötyisivät uusista apuvälineistä, teknologisista laitteista/palveluista ja kodinmuutostöistä. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että asiakkailla on jo tällä hetkellä tarvetta uusille, laajemmille palveluille, joita useimmissa kunnissa ei ole käytössä. Näistä esimerkkinä ovat liesihälytin, kaatumisvahti, moottoroitu sänky, lääkemuistuttaja, liiketunnistimilla varustetut valot ja ateria-automaatti. Kohdealueen kuntien päättäjät voisivat käyttää opinnäytetyön tuloksia apunaan suunnitellessaan kuinka kunnat vastaavat ja järjestävät palvelut asiakkaiden yksilöllisiin palvelutarpeisiin uuden vanhuspalvelulain mukaisesti. Lisäksi on hyvä muistaa, että uusia palveluja tulee lisää koko ajan ja se vaatii kunnilta jatkuvaa tilanteen seuraamista. Osa uusista palveluista pohjautuu nopeasti kehittyvään tietotekniikkaan. Opinnäytetyön kohdealueen asiakkailla ei keväällä 2013 ollut käytössään juurikaan tietokoneita eikä internet-liittymiä, joten se tulee muistaa, jotta myös he saavat vaihtoehtoiset palvelut käyttöönsä. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 19) kehottaa kuntia myös huomiomaan iäkkäiden tarvitseman ohjauksen merkityksen, kun asiointipalveluja siirretään viestintäverkkoihin.

Kotona kokonainen elämä -kehittämishojelman puitteissa voidaan hyödyntää opinnäytetyön kartoitusosiota vielä tarkemmin kunnittain, mikäli kotihoidon alueet sitä toivovat. Opinnäytetyön tekijä on myös käytettävissä esimerkiksi työpajoissa, joita voitaisiin järjestää kehittämissuojelman sisällä. Yksi esimerkki työpajasta voisi olla hyvinvointiteknoogia vastaava- järjestelmän luominen kotihoidon alueille. Toisena esimerkkinä voisi

olla asiakkaan kodin esteettömyyden arviointiin kehitettävä nopea menetelmä, jota voitaisiin hyödyntää asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa.

Opinnäytetyön tulokset ovat hyödynnettävissä vain kohdealueen kunnissa. Muut vastaavan kokoiset kunnat voivat peilata tuloksia oman kuntansa tilanteeseen ja käytäntöihin. Hyvinvointiteknologiaa oli alueella toistaiseksi vielä vähän käytössä. Kuntien ikääntymispoliittisissa ohjelmissa teknologian hyödyntäminen, esteettömyyden huomiointi ja henkilökunnan osaaminen on mainittuna, joten olemme hyvällä tiellä. On oletettavaa, että tulevaisuuden kotihoidossa hyvinvointiteknologian hyödyntäminen tulee lisääntymään. Tämä opinnäytetyö liittyy hyvinvointiteknologian ylempään ammatikorkeakoulututkintoon johtaviin opintoihin. Joten tähän loppuun sopii presidentti Barack Obaman lause, jota hän käytti Terveyspalveluiden uudistamispuheessaan. Obama sanoi, että emme tulleet tänne pelkäämään tulevaisuutta, vaan tulimme muokkaamaan sitä.

” We did not come to fear the future. We came here to shape it.”

(Obama 2009).

LÄHTEET

Ahtiainen, M. & Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologian määrittely ja yleisesittely. Teoksessa Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? Lahden Ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muut ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 9–20.

Apuvälineasetus 19.12.2011/1363.

Bouma, H., Taipale, V., Fozard, J.L., Bouwhuis, D.G. & van. Bronswijk, J.E.M.H. 2008. Concepts and significance of gerontechnology: past, present, future (symposium). *Gerontechnology* 2008, 7(2), 77.

Eduskunta 2009. Välikysymys 3/2009 vp. Vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaaminen.

Eduskunta. Asiakirjat. Luettu 10.4.2013. <http://eduskunta.fi>

Etene 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.

Etene-julkaisuja 1. Luettu 21.4.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Etene 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Etene-julkaisuja 30. Helsinki: Yliopistopaino.

Euroopan komissio. Väestöryhmät. Luettu 5.4.2013.

http://ec.europa.eu/health/population_groups/policy/index_fi.htm

Groop, J. 2012. Theory of Constraints in Field Service. Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Department of Industrial Engineering and Management. Helsinki: Aalto University. Doctoral dissertation.

Haikarainen, R. 2013. Robotista tulee lähimmäinen. Luettu 20.5.2013.

<http://www.hs.fi/tiede/Robotista+tulee+l%C3%A4himm%C3%A4inen/a1362731706918>

Hallituksen esitys 160/2012. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2012/20120160.pdf>

Halonen, J. 2012. Demografinen ja taloudellinen huoltosuhde. Luettu 5.4.2013.

<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/indikaatori/Lists/links/Attachments/40/Demografinen%20ja%20taloudellinen%20huoltosuhde.pdf> Ikäihmisten 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelut.

Hankesuunnitelma 2012. Kotona kokonainen elämä. Ikäihmisten palvelujen kehittämissuunnitelma Etelä-Suomessa 2013–2015. Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuus.

Hemsjukvården. Sveriges kommuner och landsting. Luettu 20.4.2013.

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/ao_aldrefragor/hemsjukvard

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyvinkää 2011. Ikääntymis- ja vammaispoliittinen ohjelma vuosille 2011–2018. Luettu 19.4.2013. <http://www.hyvinkaa.fi/>

Ikäihmiset. Luettu 10.4.2013. <http://www.stm.fi>

Ikäihmistien palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.

Ikääntyvä Lost 2018. Lohjan sosiaali- j terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen ikääntymispoliittinen ohjelma 2011 -2018. Luettu 19.4.2013. <http://www.lohja.fi>

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis- metodologiseksi viitekehykseksi. Gerontologia 4/2008, 190 – 203.

Järvenpää 2012. Toteuttamisohjelmat 2013. Luettu 19.4.2013. <http://www.jarvenpaa.fi>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karviainen. Luettu 19.4.2013. <http://www.karviainen.fi/>

Kaste 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kuusi, O. 2001. Tulevaisuusvaliokunta Teknologian arviointeja 9. Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Eduskunnan kanslian julkaisu 7/2001. Helsinki: Edita Oyj.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013/11. Luettu 2.9.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Lehdistötiedote. Teknologiaa ikäihmistien tarpeisiin. Luettu 20.5.2013. <http://www.ikateknologia.fi/ajankohtaista/uutiset/lehdistotiedote-teknologiaa-ikaihmissien-tarpeisiin.html>

Leikas, J. 2009. Life-Based Design. A holistic approach to designing human-technology interaction. Vtt publications 726. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leikas, J. & Saariluoma, P. 2008. ‘Worth’ and mental contents in designing for ageing citizens’ form of life. Gerontechnology 2008, 7(3), 305–318.

Livindhome. 2011. Living independently at home - Reforms in home care in 9 European countries. SFI – The Danish National Centre for Social Research. Copenhagen. Luettu 5.4.2013. <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/LIVINDHOME/LIVINDHOME.pdf>

Lohja. Kaupunkitietoa. Luettu 19.4.2013. <http://www.lohja.fi/>

Modig, A. 2012. Välfärdsteknologi inom äldreomsorgen. En kartläggning av samtliga Sveriges kommuner. Hjälpmedelsinstitutet. Luettu 21.4.2013.

<http://www.hi.se/Global/pdf/2012/12321-varldfardsteknologi-aldreomsorgen.pdf>

Mäki, O. 2011. Ikäteknologian kokeilut Suomessa. Käkäte-raportteja 1/2011. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Nironen, S. 2013. Hyljerobottia kokeillaan vanhustenkeskuksessa Vantaalla. Luettu 20.5.2013.

http://yle.fi/uutiset/hyljerobottia_kokeillaan_vanhustenkeskuksessa_vantaalla/6471774

Nou 2011. Innovasjon i omsorg. Norges offentlige utredninger 2011:11. Luettu 1.6.2013. <http://www.regjeringen.no>

Obama, B. 2009. Obama's health reform speech 9.9.2009. Luettu 30.8.2013.

http://www.pbs.org/newshour/updates/politics/july-dec09/speechtext_09-09.html

Pajunen, A. & Ruotsalainen, K. 2012. Hyvinvointikatsaus 1/2012.

http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka01_12.pdf

Puhakka, V. 2005. Tutkimusmenetelmät. Luento 19.9.2005. Oulun yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Oulu. Luettu 10.5.2013.

http://www.tol.oulu.fi/kurssit/tutkimusmenetelmat/Tutkimusmenetelmat19_9.pdf

Pöllänen, M. 2009. Geronteknologia tukemaan omatoimista selviytymistä. Vanhusten huollon uudet tuulet 6/2009, 10 - 11. Luettu 21.4.2013.

http://www.valli.fi/pdf/Uudet_tuulet_62009.pdf

Ravamittari. Mikä on Rava-mittari. Luettu 28.4.2013.

<http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>

Ronkainen, K. 2013. Älykäs kävelykeppi johdattaa eksyneen kotiin. Luettu 28.4.2013.

http://yle.fi/uutiset/alykas_kavelykeppi_johdattaa_eksyneen_kotiin/6486117

Ruotsalainen, K. 2013. Väestö vanhenee – heikkeneekö huoltosuhte? Luettu 4.4.2013.

http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html

Seppälä, M. 2010. Geronteknologia Suomen 2010-luvun ikäpoliittisissa strategioissa.

Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikka. Helsinki: Helsingin yliopisto. Pro gradu.

Sipoo 2008. Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma vuoteen 2012. Luettu 19.4.2013.

<http://www.sipoo.fi>

Sipoo 2013. Ikääntyneiden palvelut. Luettu 19.4.2013. <http://www.sipoo.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:12. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.

Sotkanet 2013. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Luettu 4.4.2013 ja 19.8.2013. <http://uusi.sotkanet.fi>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Suomen virallinen tilasto, SVT 1: Väestöennuste 2012. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). Helsinki: Tilastokeskus Luettu 11.4.2013. http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto, SVT 2: Väestörakenne 2012. Helsinki: Tilastokeskus. Luettu 11.4.2013. http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/vaerak_2012_2013-03-22_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto, SVT 3: Väestöennuste 2012. Liitekuvio 1. Väestöllinen huoltosuhte 1865–2060. Luettu 11.4.2013. http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_kuv_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto, SVT4: Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2011. Internetiyhteydet ja internetin käyttö. Helsinki: Tilastokeskus. Luettu 28.4.2013. http://tilastokeskus.fi/til/sutivi/2011/sutivi_2011_2011-11-02_kat_001_fi.html

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Mini Mental Stake-asteikko. Luettu 28.4.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>

Tiedote 141 /2012. Työryhmä: Uusi sosiaalihuoltolaki vahvistaa asiakkaan oikeutta saada palveluja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 8.4.2012. <http://www.stm.fi/tiedotteet>

Tiitola, N.2011. Ikäihmisten kotihoito ja asumispalvelut, kunnan ja yksilön vastuun jakautuminen. Johtamiskorkeakoulu. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Tilastokeskus. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. Luettu 4.4.2013. <http://www.stat.fi>

Topo, P. 2007. Hyvinvointitekniologiaa ikääntyville käyttäjille – eettisiä pohdintoja. Teoksessa Suhonen, L. & Siikanen, 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, 32–40.

Valtioneuvosto 2012. Valtioneuvoston tiedote 27.12.2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedotteet. Luettu 10.4.2013. <http://valtioneuvosto.fi>

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/ 980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (voimassa 1.7.2013 alkaen).

Verma, I. 2009. Kätevä-hanke esiselvitys. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Ympäristöministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2013. Kotihoidon laskenta 30.11.2013. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti 17/2013. Luettu 2.8.2013.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=1

Winblad, I. 2007. Koko hoitoko koneella. 6. Geroteknologiapäivät.5.5.2007. Luettu 20.4.2013. <http://www.pdfio.com/k-2966846.html#>

LIITTEET

Liite 1. Vuosina 1993–2010 toteutuneet hankkeet

1993–1995 DEME Turvahälytysjärjestelmä dementoituneen kotona asumisen tukena
 1997–1999 TASC Telematics Applications Supporting Cognition
 1997–1999 TED Teknologia, etiikka ja dementia
 1998–2000 Ajan aalloilla – kehittämissuunnitelma ja tutkimus äänipalveluohjelmasta
 1998–2001 MmHACS – Multimedia Home Aid Communication System eli kodin kommunikointijärjestelmä ikääntyneille
 2001–2004 ENABLE – Enabling Technologies for People with Dementia .
 2003–2004 Kuusiokuntien eKoti-hanke
 2004 Hyvinvointiranneke – kotona asuvien vanhusten ja heidän omaistensa näkökulma
 2004 Virike Virkistystä ja palveluja – ikäihmiset kohtaavat netissä
 2004–2006 EEVA Yksilöllinen turvaverkko dementoituneelle
 2004–2006 IKÄTEK – teknologiaa ikääntyneiden asiakkaiden turvaksi
 2004–2007 Hoitoteknologiaprojekti ja Hyvinvointikaupunkiprojekti
 2004–2007 HylLa – Hyvinvointitekniikalla laatua kotihoitoon
 2005 Palvelu-TV:n käyttäjätutkimus ja terveys-TV-pilotit
 2005–2006 Lääkelogistiikkahanke osana Innovaatioista käytäntöihin (IKÄ) -hanketta
 2005–2007 EEVA-hankkeen hyvinvointi-tv
 2005–2007 EVA-hanke: oviavainsäilö- ja Vivago-kotilaitekokeilut
 2006–2007 DISKO – dementoituneen itsenäisen selviäminen kotona -hankekokonaisuus
 2006–2007 ESANTRA eli sosiaalisen kommunikoinnin pilotointi
 2006–2007 HyväTek – Ikäihmisten hyvinvointia edistävä teknologiahanke
 2006–2007 InnoELLI Senior -ohjelma
 2006–2007 HILDUR – vaikuttavat teknologiset innovaatiot käyttöön vanhuspalveluissa
 2006–2007 KOTIIN-hanke
 2006–2008 Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa
 2006–2008 DIGAME – Digitaaliset palvelut kotona asumisen tukena
 2006–2008 Hyvinvointitekniikka hoitotyössä. Määritte kotona –Itsenäistä ja turvallista elämää. Forssan seudun vanhustenhuollon kehittämishanke
 2006–2008 KATE-hanke – Kotihoitoa tukevat etäpalvelut
 2006–2008 MARA – teknologia dementoituvan ja omaishoitajan tukena-hanke
 2006–2008 Ikääntyvät kaupunkilaiset 2020
 2006–2008 TAAS Teknologia-avusteisia asumissovelluksia senioreille
 2006–2008 TAAS-Aapinen Avustavan automaation pilotointi
 2006–2008 TAAS-IKU Ikäihmisten kuntoutumista tukevat toimintaympäristöt
 2006–2008 TAAS-LITE Life quality improvement through technology
 2006–2008 TAAS-Socom Asumistekniikalla tukea ikääntyneiden henkilöiden asuinympäristöön
 2006–2008 Saimaa-ELLI: Moottoroidut polkulaitteet
 2007–2008 ÄLLI Älykkäitä liikkumisen apuvälineitä ikääntyville
 2007–2008 Tieto- ja viestintätekniikka ikääntyvien toimintakyvyn tukemisessa
 2007–2009 AmIE Oulun kaupunki – Ambient Intelligence for the Elderly
 2008 Moottoroitu kauppakassi
 2008 InnoELLI Seniorhaavi 1 ja 2
 2008–2010 SOMEDI Sosiaalinen media ja ikäihmiset
 2008–2010 Kulkurin valssi
 2008–2010 Mobiilihoiva turvallisen kotihoidon tukena
 2008–2010 T-Seniorit
 2008–2011 IITA-projekti – Interaktiivisuudesta itsenäisyyttä ja toimintakykyä arkeen
 2008–2011 Turvallinen koti -hanke sekä sen osahankkeet OMANA ja EHYENÄ
 2008–2013 AAL Ambient Assisted Living
 2009–2011 Hyvinvointialan Living Lab -hanke

2009–2012 Virtuaalikymppi – Ikäihmisten kognitiivinen ja sosiaalinen aktivointi teknologiavälitteisten palvelujen avulla
2010 Hyvinvointi-tv:n tekninen kehittäminen
2010 Menukat-ateria-automaatin käyttökokemuksia
2010–2013 VIRTU Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands

Liite 2. Kyselylomake A

KARTOITUS: KOTIHOIDON ASIAKKAAN KÄYTÖSSÄ OLEVISTA APUVÄLINEISTÄ JA TULEVAISUUDEN TARPEISTA HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA.

Lomake täytetään kaikista jatkuvan palvelun asiakkaista, jotka ovat yli 75-vuotiaita. Tiedot ovat luottamuksellisia ja niitä käytetään Kotona kokonainen elämäkehittämishjelmassa (KASTE) ja siihen liittyvässä opinnäytetyössä. Yksittäisen vastaajan antamia tietoja ei voi tunnistaa tutkimusaineistosta.

1. ASIAKKAAN NYKYTILANNE

1. Asiakas:nainen __ mies __ikä:___
2. Asuminen: yksin__ puolison kanssa__ muun henkilön kanssa__
3. Aistitoiminnot
Näkö: hyvä__ heikko__ sokea__ silmälasit__
Kuulo:hyvä__ heikko__ kuuro__ kuulolaite__
4. Rava-indeksi:___ei arvioitu__ MMSE:___ei arvioitu__
5. Mitä teknologisia laitteita / palveluita asiakkaalla on tällä hetkellä käytössään:
turvapuhelin__ ovihälytín__ liesihälytín__ liikehälytín__ hälytín matto__ sänkyvahti__ kaatumisvahti__ sähkölukko__
lankapuhelin__ matkapuhelin__ kuvapuhelin__ Internet-yhteys__ tietokone__ tablet-tietokone__
VirikeTv__ television kuvansuurentaja__ robottihylje__
lääkemuistuttaja__ automaattinen lääkeannostelija__ elektroninen kalenteri__
puhuva kello__
hyvinvointikello__ ateria-automaatti__ liiketunnistimella varustetut valot__ robotti-imuri__
porraskiipijä__ sähköinen nostolaite__ moottoroitu sänky__ muu, mikä _____
- asiakkaalla ei ole käytössä mitään teknologisia laitteita / palveluja ____
6. Mitä muita apuvälineitä asiakkaalla on tällä hetkellä käytössään:
rollaattori__ pyörätuoli__ sähkökäyttöinen pyörätuoli__ muu liikkumisen apuväline, mikä _____ muu, mikä _____

asiakkaalla ei ole käytössä mitään muita apuvälineitä__

7. Onko asiakkaan nykyisessä asunnossa tehty kodinmuutostöitä kotona asumisen helpottamiseksi?

tukikahvoja__ kynnyksen ylityksiä__ luiskia__ muita kodinmuutostöitä, mitä_____

kodinmuutostöitä ei ole tehty__

8. Millaisia kokemuksia kotihoitolla on apuvälineistä tai teknologisista palveluista asiakkaan kohdalla?

- ne on koettu hyväksi, asiakas osaa käyttää hyvin erilaisia palveluja/laitteita_____ ei ole koettu tarpeeksi hyväksi, miksi:

- asiakas tarvitsisi lisäopetusta laitteiden/palvelujen käytössä_____

- en osaa sanoa__

2. ARVIO MISTÄ ASIAKAS HYÖTYISI

Arvioi onko asiakkaan kotona tarvetta tehdä kodinmuutostöitä ja / tai lisätä apuvälineitä, teknologisia laitteita /palveluja ja valitse mistä hän hyötyisi.

tukikahvoja__ kynnyksen ylityksiä__ luiskia__ muita kodinmuutostöitä, mitä_____

turvapuhelin__ ovihälytin__ liesihälytin__ liikehälytin__ hälytin matto__ sänkyvahti__ kaatumisvahti__ sähkölukko__

lankapuhelin__ matkapuhelin__ kuvapuhelin__ Internet-yhteys__ tietokone__ tablet-tietokone__

VirikeTv__ television kuvansuurentaja__ robottihylje__

lääkemuistuttaja__ automaattinen lääkeannostelija__ elektroninen kalenteri__ puhuva kello__

hyvinvointikello__ ateria-automaatti__ liiketunnistimella varustetut valot__ robotti-imuri__

porraskiipijä__ sähköinen nostolaite__ moottoroitu sänky__

rollaattori__ pyörätuoli__ sähkökäyttöinen pyörätuoli__ muu liikkumisen apuväline, mikä_____

muu, mikä_____

Asiakkaalla ei ole tällä hetkellä tarvetta lisätä em. laitteita / palveluja __

ALUE

1. Hanko
2. Hyvinkää
3. Inkoo
4. Järvenpää
5. Karviainen
6. Lohja
7. Sipoo
8. Siuntio

KIITOS!

Liite 3. Kyselylomake B

KARTOITUS KOTIHOIDON HENKILÖKUNNAN APUVÄLINE- JA TEKNOLOGISTEN LAITTEIDEN JA PALVELUJEN OSAAMISESTA

Vastaajina koko kotihoidon henkilökunta. Yksittäisen vastaajan antamia tietoja ei voi tunnistaa tutkimusaineistosta.

ARVIOI OMAA APUVÄLINE- JA TEKNOLOGIA OSAAMISTASI

VASTAAJAN TYÖTEHTÄVÄ	
Lähihoitaja / perushoitaja	
Sairaanhoitaja / terveydenhoitaja	
Kotihoidon esimies	
Muu, mikä: _____	

Vastaajan ikä: 29 v tai alle

30 – 39 v

40 – 49 v

50 – 59 v

60 v tai yli

OSAAMISALUE	osaamiseni taso				
	1	2	3	4	5
apuväline osaaminen					
teknologisten laitteiden / palveluiden osaaminen					

Arviointiasteikko

1. Minulla ei ole osaamista ko. asiassa.
2. Hallitsen asian heikosti ja tarvitsen työtoverin opastusta tai apua.
3. Hallitsen asian tyydyttävästi eli hallitsen perusasiat ilman opastusta.
4. Hallitsen asian hyvin ja osaan valita sopivan menetelmän useiden joukosta.
5. Hallitsen asian erinomaisesti ja osaan opastaa toisia.

ALUE (ympyröi)

1. Hanko
2. Hyvinkää
3. Inkoo
4. Järvenpää
5. Karviainen
6. Lohja
7. Sipoo
8. Siuntio

KIITOS!

Liite 4. Saate

Hyvä kotihoidon ammattilainen,

kuntasi on kehittämässä ikäihmisten kotiin annettavia palveluja osana Kotona kokonainen elämä kehittämisohjelmaa. Kotona kokonainen elämä- kehittämisohjelman päätavoite on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen asiakaslähtöisesti. Kehittämisohjelmassa tarkastellaan ikääntyneen henkilön kotihoidon ja kotiin vietävien palveluiden kokonaisuutta ennakoivasti ja hyvinvoinnin näkökulmaa korostaen. Sen pohjalta kehitetään sekä toimintatapoja että palvelujen sisältöjä.

Yhtenä Kotona kokonainen elämä kehittämisohjelman osatavoitteena on gero-tekniologiaan liittyvien mahdollisuuksien selvittäminen palveluprosesseja uudistettaessa, vaikka niiden käyttöönotto ei ole tämän projektin päätavoite. Ikäihmiselle suunnatulla teknologialla voidaan parantaa vanhusten esteettömyyttä ja turvallisuutta niin kodin sisä- kuin ulkotiloissa.

Tässä sähköpostissa on linkit kahteen kyselyyn, joiden tavoitteena on selvittää ikäihmisten käytössä olevia apuvälineitä ja teknologisia laitteita. Tiedot ovat arvokas lisä Kotona kokonainen elämä -kehittämisohjelman toteuttamiseksi. Kyselyihin vastaamalla olet siis osaltasi kehittämässä alueesi ikääntyneiden palveluja. Kyselyyn vastataan nimettömänä, jotta asiakkaiden ja henkilökunnan anonymiteetti toteutuu. Yksittäisen vastaajan antamia tietoja ei voi tunnistaa tutkimusaineistosta. Yhden lomakkeen täyttäminen vie aikaa noin 15 minuuttia.

Kyselyjen tavoitteet ja vastaajien kohderyhmät ovat seuraavat:

Kysely A: Tavoitteena on selvittää ”Kotona kokonainen elämä” kehittämisohjelman kuntien kotihoidon alueiden kaikkien säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden asiakkaiden käytössä olevat apuvälineet ja teknologiset laitteet / palvelut sekä tehdyt kodinmuutostyöt ja näihin asioihin liittyvät kehittämistarpeet. **Vastaajina** ovat näiden asiakkaiden vastuuhoidajat.

Kysely B: Tavoitteena on selvittää alueenhenkilökunnan apuväline- ja teknologisten laitteiden / palveluiden osaamista. **Vastaajina** ovat kaikki kotihoidon työntekijät.

Tämä kysely on samalla osa Tampereen ammattikorkeakoulun Hyvinvointitekniologia- koulutusohjelman ylemmän AMK –tutkinnon opinnäytetyötä.

Linkit ovat auki 26.4.2013 saakka.