



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Teemu Kivinen

Hoitohenkilökunnan kokemuksia etä- kuntoutusvastaanottotyöstä

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-
ohjelma sosiaali- ja terveysalalla
(YAMK)
Opinnäytetyö
31.5-2019

Tekijä(t) Otsikko	Teemu Kivinen Hoitohenkilökunnan kokemuksia etäkuntoutusvastaanotto- työstä.
Sivumäärä Aika	51 sivua + 2 liitettä 31.5.2019
Tutkinto	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveys- alalla (YAMK)
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Lehtori Antti Niemi
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millä tavoin HUS Psykoosipoliklinikan hoitohenkilökunta kokee etäkuntoutusvastaanottotyön. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millainen tuo käyttökokemus on ollut, ja millainen se on ollut verrattuna perinteiseen, kasvokkain tapahtuvaan vastaanottoon.</p> <p>Opinnäytetyö on laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin yksilohaastatteluilta, jotka olivat muodoltaan puoliavoimia teemahaastatteluja. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Psykoosisairaus on voimakkaasti ihmisen elämään vaikuttava asia, se aiheuttaa kärsimystä ja laskee toimintakykyä. Siihen liittyy somaattisia sairauksia sekä riski syrjäytymiseen. HUS sairaanhoitoalueeseen kohdistuu tällä hetkellä voimakas muuttoliike, kaupungistuminen muuttaa asukaslukuja Uudellamaalla. Kuitenkin resurssit ovat rajalliset, työhuoneiden määrä ja henkilökunnan määrät eivät välttämättä lisäänty, suhteessa potilasmäärän kasvuun per hoitaja.</p> <p>Etävastaanotto saattaa tarjota mahdollisuuden tavata potilaita enemmän, ilman että resursseja tai hoitokontaktiin kuluva aikaa tarvitsee lisätä. Etäyhteyden avulla voidaan saavuttaa useita erilaisia potilasryhmiä psykoosi-nimikkeen alla, ja pitää heitä hoidon piirissä. Etävastaanotolla hoitaja pääsee potilaan kotiin ja arkeen, ilman että tarvitsee tehdä kotikäyntiä, joka on ajallisesti iso panostus. Etäkuntoutuksella on mahdollista parantaa potilaan toimintakykyä, mutta sillä on myös mahdollista kohdentaa hoitoa ja vaikuttaa omalta osalta hoitohenkilökunnan työssäjaksamiseen. Tässä opinnäytetyössä vastaajat kokivat etäkuntoutuksen hyvin intensiivisenä, mutta sen ei koeta pystyvän korvaamaan perinteistä potilasvastaanottoa. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää vähentääkö etävastaanottotyö hoitohenkilökunnan kuormitusta, ja voiko sen avulla vaikuttaa potilaan elinajanodotteen kasvuun. Lisäksi olisi hyvä selvittää etävastaanoton käyttöä kasvavien potilasvirtojen hallinnassa.</p>	

Avainsanat	Hoitotyö, etäkuntoutus, psykoosi, digitalisaatio
------------	--

Author(s) Title	Teemu Kivinen Nursing staff's experience of teleworking
Number of Pages Date	51 pages + 2 appendices 31.5.2019
Degree	Clinical expertise in social and health care
Degree Programme	Upgrading of higher education in social and health care
Specialisation option	
Instructor(s)	Lecturer Antti Niemi
<p>The purpose of the thesis is to find out how the HUS Psychosis Outpatient Clinic is experiencing remote rehabilitation work. The goal is to provide information about what that user experience has been and how it has been compared to traditional face-to-face reception. In addition, the thesis has a development dimension, one of the aims of the research is to produce suggestions on how to develop remote reception in the future?</p> <p>The thesis is qualitative, ie ualitative research. The material was collected through individual interviews, which were semi-open form interviews. The material was analyzed by material-based content analysis.</p> <p>Psychotic illness is a powerful factor in human life, it causes suffering and decreases the ability to function. It involves somatic diseases and the risk of exclusion. Some patients also find it difficult to help because their commitment to treatment is periodically or completely weak. At present, the HUS hospital area is under severe migration, urbanization changes population in Uusimaa. However, the resources are limited, the number of rooms and staff numbers may not increase, in relation to the increase in the number of patients per caregiver.</p> <p>Remote reception may offer the opportunity to meet more patients without the need to increase resources or the time spent on care contact. The remote connection allows smokers to be smoked poorly in the treatment co-operation, and is kept in the care. With remote reception, the caregiver can in some way access the patient's home and everyday life without having to make a home visit, which is a big batch of time. Remote rehabilitation can improve the patient's ability to function, but it also makes it possible to target the treatment and affect the workforce of the nursing staff. In this thesis, respondents felt that intensive rehabilitation was very intensive, but it was not seen to be able to replace traditional patient reception. As a follow-up study, it would be possible to determine whether the remote reception work would reduce the burden on nursing staff, and whether it could help to increase the patient's life expectancy. In addition, it would be useful to investigate the use of remote reception in the management of growing patient flows.</p>	

Keywords	Nursing, distance rehabilitation, psychosis, digitalisation
----------	---

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Digitalisaatio sosiaali- ja terveysalalla	3
2.2	Terveydenhuollon etäpalvelut hoitotyössä	4
2.3	Terveys	7
2.3.1	Hoitotyö ja terveydenhuolto	8
2.3.2	Mielenterveys	9
2.3.3	Skitsofrenia ja psykoosi	12
2.4	Mielenterveystyön ulottuvuuksia	13
2.5	Kuntoutus	15
3	Helsingin- ja Uudenmaan läänin sairaanhoitopiiri HUS	19
3.1	HUS Psykiatria	20
3.2	HUS Psykoosipoliklinikan työryhmät	20
3.3	Käytetyt etäkuntoutussovellukset HUS Psykoosipoliklinikalla	21
4	Aiemmat tutkimukset ja kehittämishankkeet etäkuntoutuksesta	22
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	26
6	Työn menetelmälliset valinnat	26
6.1	Metodologiset lähtökohdat	26
6.2	Aineiston keruu	27
6.3	Aineiston analyysi	29
7	Tulokset	32
7.1	Etävastaanotto kokemuksena	32
7.2	Etävastaanoton erot perinteiseen vastaanottoon nähden	33
7.3	Etävastaanoton kehittäminen	34
8	Pohdinta	35
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	40
	Lähteet	42

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Haastattelurunko

1 Johdanto

Työelämän vaatimukset ovat alkaneet lisääntyä voimakkaasti 1990-luvulta alkaen. Sairaanhoidajilta odotetaan moniammatillista yhteistyötä, kykyä hankkia uusia tietoja ja toimia oman alansa asiantuntijana. Sairaanhoidajalta odotetaan myös kykyä kehittää omaa työtään ja tietotekniikan hallintaa. Erityisen tärkeää on pystyä vastaamaan työn vaatimuksiin muuttuvassa yhteiskunnassa. (Lauri 2007: 9.) Megatrendit ovat tällä hetkellä työelämän markkinoita muokkaavia tekijöitä. Näitä megatrendejä ovat esimerkiksi kaupungistuminen, ilmastonmuutos, globalisaatio sekä digitalisaatio. (Duffa – Halonen – Kari 2017: 7.) Digitalisaation tarpeellisuus on huomattu voimakkaasti kansallisella tasolla. Eräs Sipilän Hallituksen kärkihankkeista on palveluiden digitalisoiminen. Tavoitteena on sitouttaa julkinen sektori uudistamaan toimintatapansa. (Valtiovarainministeriö 2015.) Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan digitalisaatiolinjausten toteuttaminen lisää tuottavuutta ja palveluiden laatua. Samalla se parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta, terveyttä ja hyvinvointia. Digitalisaatio parantaa myös yritysten toimintamahdollisuuksia, lisää ihmisten osallisuutta ja sosiaalista hyvinvointia. (STM 2016: 8.) Muuttoliike Uudellemaalle on suurta. 2000-luvun aikana maakunnan väestö on kasvanut noin 260 000 henkilöllä ja vuosittainen kasvuvauhti on luokkaa 1 prosentti. (Uudenmaan liitto 2018.)

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestämässä tapahtuva rakenne- sekä palveluiden uudistamisessa asiakaslähtöisyys on keskeinen päämäärä. Tavoitteena on tuottaa omatoimisuutta terveydenhuoltoon ja esimerkkinä tästä mainitaan digitaalisten palveluiden potilaslähtöinen kehittäminen. (Salminen – Stolt - Suhonen 2017: 22.) Terveydenhuollon asiakkaan oikeudet on määritelty tarkasti laissa potilaan oikeuksista. Siinä katsotaan, että potilaalla on Suomessa oikeus laadultaan hyvään terveydenhuoltoon sekä sairaanhoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Julkisen terveydenhuollon potilas ei pysty paljonkaan vaikuttamaan siihen, missä häntä hoidetaan ja kuka hoitaa. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on jossain määrin ”oman kulttuurihistoriansa vanki.” Haasteena on pystyä tarjoamaan kaikille kansalaisille saman tasoiset ja tasavertaiset terveyspalvelut. Laitosmainen terveydenhuolto kattaa koko maan, mutta jättää potilaalle hyvin vähän valinnanvaraa mitä tulee hoitopaikkaan ja hoitohenkilöstöön. (Alkio 2011: 57-58.)

Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimintaympäristö on muuttumassa haasteellisempaan suuntaan. Väestön ikääntyminen, heikkenevä huoltosuhde sekä pula osaajista liitettyinä talouden uhkakuviin suorastaan pakottavat muutoksiin. Asiakaskunnan uudet vaatimukset paremmasta palvelusta niin ikään pakottavat etsimään uusia toiminnan muotoja. Kestävän kehityksen varmistaminen on julkisen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen elinehto. (Perttunen – Korhonen – Jokela 2018: 4.) Yhtenä esimerkkinä digitaalisaation mahdollisuuksista terveydenhuollosta on etäkuntoutus, jolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä videovälitteistä kommunikaatiota potilaan ja työntekijän välillä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia etäkuntoutuksesta potilastyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, miten hoitohenkilökunta kokee etäkuntoutuksen työtapana psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä HUS-psykiatrian kanssa.

HUS organisaatio on siirtymässä digitaaliseen maailmaan voimakkaasti. Terveyskylä on yhdessä potilaiden kanssa kehitetty erikoissairaanhoidon verkkopalvelu. Se tarjoaa tietoa ja tukea kansalaisille, hoitoa potilaille ja työkaluja ammattilaisille. Terveyskylä on asiantuntijoiden suunnittelema palvelu, joka on kytköksissä yliopistotasoiseen tutkimukseen. Terveyskylä on HUS:in koordinoima projektikonaisuus. (Terveyskylä.fi.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä psykiatrian ja tietohallinnon yhteistyönä syntyneessä digitaalisessa alustassa (www.mielenterveystalo.fi) on uusinta tietoa aikuisten ja nuorten mielenterveysongelmista sekä alueellisista ja valtakunnallisista palveluista, jotka antavat tukea ja hoitoa. Palvelu tarjoaa monipuolisia ja luotettavia asiantuntijoiden luomia sisältöjä, joita tehdään jatkuvasti lisää. Mielenterveystalo.fi pitää sisällään myös ammattilaisille suunnatun osion ja HUS Nettiterapiat. Mielenterveystalo.fi on osa Terveyskylä.fi -palveluportaalia. (Hussote 2017.) Lisäksi saman osoitteen kautta voi kirjautua nettipohjaisiin psykoterapiaohjelmiin, johon tarvitaan asianmukainen lähete esimerkiksi terveyskeskuslääkäriltä. Nettiterapiaan pystyy hakeutumaan tällä hetkellä Vantaan terveyskeskusten ja YTHS:n Helsingin toimiston kautta. (Hussote 2013.) Henkilöstön ja potilaan turvallisuus sekä talous ohjaavat myös etäkuntoutuksen suuntaan. Lisäksi terveydenhuoltolaki kertoo tavoitteenaan, että niissä korostuvat terveyspalveluiden asiakaslähtöisyys, perusterveydenhuollon vahvistaminen, terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen, terveydenhuollon laatu sekä potilasturvallisuus, että kustannusten kasvun hillitseminen. (HUS 2012: 6.) On tärkeää, että mielenterveyttä edistäviä toimia toteutetaan. Hyvä mielenterveys on yhteiskunnan pääomaa, joka pitää sisällään inhimillistä ja taloudellista pääomaa. Mielenterveysongelmien taakka yhteiskunnalle on suuri. (Lavikainen – Lahtinen – Lehtinen 2004:16.)

Hoitotyönkin pitää muuttua ja ajan muutosten mukana eihän me voida tehdä hoitotyötä samalla tavalla, kun vaikka 50-luvulla tehtiin, kyl meidänkin on pakko olla valmiina muutokseen. (Haastattelun materiaalia.)

2 Työn teoreettiset lähtökohdat

2.1 Digitalisaatio sosiaali- ja terveysalalla

Digitalisaatio on toimintatapojen uudistamista, sisäisten prosessien digitalisointia sekä palveluiden muuttamista sähköiseen muotoon. Olennainen osa sitä on käyttäjälähtöisyys. (STM 2016: 5.)

Digitalisaatiossa digiteknologia integroidaan elämään ja toimintaan. Digiteknologia käsittää kuvan, äänen tai dokumenttien singnaalin muuttamista biteiksi sekä tavuiksi. Digitalisaatio on globaali ilmiö. Sen tuomaa muutosta voidaan peilata aiempiin, uuden teknologisten keksintöjen ilmaantumiseen, kuten tulen keksiminen, maanviljelyn ja höyrykoneen tuleminen teollisuuteen. Koko yhteiskunnan läpituokevaa digitaalisuutta ei olla vielä koettu. Digitalisaation eteneminen on väistämätöntä, eikä sitä voi pysäyttää tai siitä ei voi poistua. Digitalisaation vaikutukset ovat pääosin myönteisiä. (Heinesmäki 2015.)

Terveyspalvelut ovat Suomessa muutosten kohteena. Palveluiden kohdennus ja tuottaminen tulee muuttumaan digitalisaation myötä, ja siihen vaikuttaa teknologian huima kehitys. Tällä muutoksella tavoitellaan parempaa palvelutasoa sekä kustannustehokkuutta sekä talousmenojen laskua. (Lillsjö – Turtiainen 2018: 2.) Digimurros tulee koskettamaan toimialaa tavalla tai toisella, olipa itse asiasta mitä mieltä tahansa. Keskiöön tulisi asettaa asiakkaan tarpeisiin pohjautuva hyvä strategia, ja siihen kuuluva kannustava kulttuuri. Teknologia voidaan nähdä strategian toteuttamista tukevana asiana, mutta teknologia ei ole strategia, vaikka olemmekin digiajassa. (Hämäläinen – Maula – Suominen 2016: 228-229.)

2.2 Terveydenhuollon etäpalvelut hoitotyössä

Terveydenhuollon yksikössä käytettiin hyväksi kirjekyyhkyjen toimintaa jo keskiajalla. Keskeiset kehitysvaiheet ovat lennätin ja puhelin vuosina 1840 – 1920, radio 1920-luvulta 1950-luvulle saakka, televisio 1950-luvulta 1980-luvulle sekä digitaalitekniologia 1990-luvulta lähtien. Läpimurto etäkontaktissa tapahtui 1980-luvun lopulla, kun alettiin siirtyä analogisuudesta digitaaliseen maailmaan. Matkapuhelimet ja tietokoneet yleistyivät, sekä videoneuvottelulaitteet. Ensimmäinen vuorovaikutuksellinen konsultaatio kahden psykiatrisen keskuksen välillä tehtiin onnistuneesti Yhdysvalloissa vuonna 1964. Yhdysvalloissa Loganin lentokentän terveysaseman ja Massachusetin yleisen sairaalan välille rakennettiin yhteys vuonna 1967, joka antoi mahdollisuuden tarjota terveydenhuollon palveluita lentoaseman henkilökunnalle sekä ensiapua matkustajille. Suomessa etäyhteyttä hyödynnettiin ensimmäistä kertaa vuonna 1993 Utsjoen terveyskeskuksen ja Helsingin välillä. Jatkuva yhteys saatiin toimimaan Oulun yliopistollisen sairaalan ja Kuusamon terveysaseman välille vuonna 1994. (Timonen 2004: 21-22.)

Teknologian nopean kehittymisen myötä erilaisten teknisten sovellusten ja etäteknologian käyttö on lisääntynyt selvästi viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä kuntoutuksessa. Teknologian etuna on se, että sillä tavoitetaan suuria ihmismääriä. Lisäksi sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluiden kohdentaminen väestöryhmiin, jotka ovat vaikeasti tavoitettavissa esimerkiksi kaukaisen asuinpaikkansa tai syrjäytymisvaaransa vuoksi – onnistuu. (Rintala -Hakala - Sjögren 2017: 12.) Käyttäjälähtöisyys on merkittävä osa digitalisaatiota. Hallintoa tulisi kehittää asiakkaan näkökulmasta, oli sitten kyse ulkoisesta tai sisäisestä asiakkaasta. Käyttäjälähtöiset digitaaliset julkiset palvelut ovat myös Suomen kilpailukyvyn edellytys. (STM 2016: 5.)

Terveydenhuollossa etäpalvelu käsittää potilaan tutkimisen, diagnostiikan, tarkkailun, seurannan, hoitamisen ja erilaisten päätösten tekemisen verkossa videovälitteisesti. (Valvira 2015.) Tutkimuksissa todetaan, että etäteknologian vaikuttavuutta kuntoutuksessa tulisi arvioida tarkemmin ennen kuin etäteknologiaan perustuvia toiminnan muotoja voidaan luotettavammin suositella käytettäväksi osana kuntoutusta, terveydenhuoltoa tai harrastetoimintaa. Lisäksi tutkijat arvioivat, että tulevaisuudessa kustannustehokkuuden arvioinnin tulisi olla selkeämmin osa tutkimusten vaikuttavuutta. (Rintala - Hakala-Sjögren 2017: 15.) Erilaiset mielenterveyden häiriöiden hoitoon ja mielenterveyden tukemiseen tarkoitettut etäkuntoutusmenetelmät, kuten reaaliaikaiset etäpsykoterapiat, ajasta ja paikasta riippumaton nettiterapia tai vapaasti käytettävät omahoito-ohjelmat,

ovat oikein käytettyinä hyviä lisiä nykyiseen tilanteeseen. Niitä voi turvallisesti ottaa käyttöön ainakin silloin, kun niistä löytyy tutkittua tietoa ja että tulokset näyttävät sen, että etäkuntoutus toimii kokonaan tai osana hoitoa niissä mielenterveyden häiriöissä ja tilanteissa, joissa tavanomainenkin kuntoutus tutkitusti toimii. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät eivät yleisesti ryhmätasolla tee eroja eri kuntoutusmuotojen välillä ja teknologiaavusteisen ja etäkuntoutuksen menetelmät ovat käyttäjien näkökulmasta ryhmätasolla hyväksytyjä ja niitä voidaan potilaille suositella. (Stenberg 2016.) STM toteaa vuonna 2015 antamassaan kirjeessä, että etäpalvelut ovat palveluiden sisällön kannalta pääpiirteissään rinnastettavissa vastaanottokäynteihin. Potilasturvallisuus ja tietosuoja tulee huomioida kuten muussakin palvelutoiminnassa. (STM 2015: 1.)

Etäkuntoutus on eräs keino digitalisoida palveluja. Terminä etäkuntoutus ei ole vielä vakiintunut etäkuntoutusta kuvaavaksi yleiskäsitteeksi, vaan siitä puhutaan monin eri termein, kuten nettiterapia, virtuaalikuntoutus tai mobiilikuntoutus, jotka kaikki ovat käsitteinä tarpeettoman kapeita kuvaamaan yleisellä tasolla laajaa etäkuntoutuksessa hyödynnettävän teknologian tapoja. Ymmärrettävyyden lisäämiseksi tarvitaan ns. ”sateenvarjokäsite”, joka kokoaa näitä erilaisia etähoidon elementtejä sisältävät käsitteet piiriinsä. Etäkuntoutus on hyvä, ja selkeä, sekä riittävän laajasti asiaa kuvaava käsite. (Salminen – Hiekkala – Stenberg 2016: 11.) Etäkuntoutus on erilaisten etäteknologiaa hyödyntävien sovellusten tavoitteellista käyttöä hoidossa ja kuntoutuksessa. Etäkuntoutus jaetaan kahteen kategoriaan, reaaliaikaisiin menetelmiin, sekä ajasta riippumattomiin menetelmiin (taulukko 1.) Ensimmäiseksi mainittu tarkoittaa, että kuntoutuja ja palveluntuottaja ovat reaaliajassa yhteydessä toisiinsa etäteknologiaa hyödyntävät sovelluksen avulla. (Salminen – Hiekkala – Stenberg 2016: 12.)

Reaaliaikaiset etäterapiat ovat kustannustehokkaampia kuin tavanomaiset. Hoidon saaja sekä antaja ovat samanaikaisessa yhteydessä toisiinsa etäyhteyden avulla. (Stenberg – Sequeiros – Holi 2016.) Etäkuntoutus on ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa ja sillä on selkeä tavoite sekä alku ja loppu, kuten muullakin hoidolla ja kuntoutuksella. Etäkuntoutuksen välineitä ovat muun muassa matkapuhelin, tietokone sekä tabletti. (Salminen – Hiekkala – Stenberg 2016: 11.) Etäkuntoutuksen kokemus potilaalle on samanlainen kuin kasvokkain tapahtuva tapaaminen. (Stenberg 2016.) Etänä tapahtuvaan hoitamiseen tulee olla potilaan tietoinen suostumus. Terveystieteiden ammattilaisen tulee huolellisesti arvioida, soveltuuko annettava palvelu etänä toteutettavaksi. Ammattihenkilön tulee myös arvioida yksilöllisesti, soveltuuko potilas hoidettavaksi etänä? Potilaan tunnistautuminen on tärkeää. Tunnistamiseen käytetty menetelmä tulee olla sellainen,

että se on todennettavissa jälkikäteen. (Valvira 2015.) Etäpalveluiden antajan tulee täyttää toimintaa koskevan lainsäädännön lisäksi muun ohella henkilötietolaissa (523/1999) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007) asetetut kriteerit. Etäpalveluiden tarjoajan tulee laatia tai päivittää niin sanottu omavalvontasuunnitelma. (Valvira 2015.)

Etäkuntoutuksen hyötyjä ovat muun muassa matkustustarpeen väheneminen harvaan asutuilla alueilla, parantunut kliininen tuki ja helpompi pääsy specialistien palveluihin, terveydenhuollon saaminen maalaiskuntiin, kasvanut etäkonsultoinnin, palveluiden tasavertaisuuden lisääntyminen, palvelun saatavuuden parantuminen ja vakaus ilman henkilökunnan lisäämistä sekä mahdollisuus monisuuntaiseen kommunikointiin. (Rönkö 2013: 8.)

Etäkuntoutuksen käyttöön liittyvät myös taloudelliset tarpeet. Teollisuusmaita koskeva arvio kertoo, että mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten määrä on väestöstä noin 10-15 prosenttia. HYKS psykiatrian palveluissa hoitoon hakeutuvien potilaiden määrän lisääntyminen näkyy selvästi. Etäkuntoutuksella on tavoitteena tuottaa säästöä terveysmenoissa. Etäkuntoutuksella pyritään parantamaan palveluiden saatavuutta, esimerkiksi harvaan asutuilla alueilla. (Lillsjö -Turtiainen 2018: 2.) Suomessa mielenterveysongelmat ovat kallein hoidettava sairauksien ryhmä. Mielenterveysongelmien hoitoon kuluu vuodessa kuusi miljardia euroa. (Kortela 2018.) Palveluiden kysyntä lisääntyy, mutta kysyntään joudutaan julkisella puolella vastaamaan vähenevillä taloudellisilla resursseilla. Kysymys on tuottavuudesta, vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta. Digitalisaation rooli näihin haasteisiin vastaamisessa on keskeinen. (STM 2016: 4.) Palvelujen saatavuutta sähköisessä muodossa pidetään tulevaisuudessa tärkeänä. Ammatillaisen tärkeä rooli on havaita ne potilaat jotka tarvitsevat erityistukea sähköisten palveluiden käytössä. (Hyppönen 2016.)

Digitalisaatio	Yläkäsite toimintojen muuttamisesta toisenlaisiksi tietotekniikan avulla. Älykkäiden ratkaisujen ja teknologian integroitumista arkeen.
Etäkuntoutus	Erilaisten etäteknologiaa (puhelinta, matkapuhelinta, tietokonetta ml. tabletti-tietokoneet, puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttöä ja televisiosovelluksia) hyödyntävien sovellusten tavoitteellinen käyttö kuntoutuksessa. Etäkuntoutus on ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa. Etäkuntoutuksella on selkeä tavoite, alku ja loppu.
Reaaliaikainen etäkuntoutus	Kuntoutuja ja palveluntuottaja ovat reaaliaikaisessa yhteydessä toisiinsa etäteknologiaa hyödyntävien sovellusten avulla.
Ajasta riippumaton etäkuntoutus	Asiakkaan omatoimisesti etäteknologian avulla toteuttama ammattilaisen suosittelema kuntoutus, joka on ajasta ja paikasta riippumatonta.
Etäkuntoutuksen sekamallit	Yhdistävät reaaliaikaista ja/tai ajasta riippumatonta etäkuntoutusta ja/tai kasvokkaista kuntoutusta.
Mobiiliteknologia	Teknologiaa, jota käytetään kuntoutuksessa ja jossa vuorovaikutus tapahtuu matkapuhelimen, älypuhelimien, tabletin, minitabletin tms. ja siihen yhdistettyjen laitteiden avulla. Mobiiliteknologiaa on helppo kuljettaa mukana ja käyttää missä tahansa.
Virtuaalinen kuntoutus	Kuntoutusta, jossa hyödynnetään erilaisia virtuaaliympäristöä hyödyntäviä teknologioita. Virtuaalista kuntoutusta voidaan hyödyntää sekä kasvokkaisessa kuntoutuksessa että etäkuntoutuksessa.
Nettikuntoutus Verkkokuntoutus	Tietokoneavusteinen, internetvälitteinen, ajasta ja paikasta riippumaton kuntoutusmuoto, jossa voi olla lisätukena yhteys palvelua tuottavaan ammattilaiseen esim. verkkokeskustelun (chatin) kautta.
Kasvokkainen kuntoutus	Kuntoutus, jossa terapeutti ja kuntoutuja ovat samassa tilassa.

Taulukko1. Etäkuntoutukseen liittyvien käsitteiden määritelmät. (Salminen – Hiekkala - Stenberg 2016: 17.)

2.3 Terveys

Terveyden määrittäminen on yksilöllistä. Ihminen saattaa tuntea olevansa terve, vaikka hänellä olisi vammoja tai sairauksia. Omat tavoitteet, sekä ympäristö vaikuttavat arvioprosessiin voimakkaasti. Terveyden voidaan katsoa olevan myös muuttuva tila, johon erinäiset sairaudet, sekä ihmisen kokemukset vaikuttavat. Mitä paremmin ihminen hallitsee omaa elämäänsä, sitä parempi on hänen kokemuksensa omasta terveydestään. (Huttunen 2018.) Terveyden edistämällä on tarkoitus vaikuttaa terveyteen ja toimintaan kuuluviin taustatekijöihin, esimerkiksi mielenterveyteen tai päihteisiin. Terveyden edistäminen on tavoitteellista toimintaa, jolla on tarkoitus aikaansaada hyvinvointia ja ennalta ehkäistä sairauksia. (Holmberg 2016: 8.) Kansanterveyttä pystytään nostamaan tehok-

kaasti, kun saadaan parannettua niiden ryhmien terveyttä, joissa esiintyy eniten terveysongelmia. Terveyserot aiheuttavat paljon kustannuksia yhteiskunnalle, mutta terveyserojen kaventuminen auttaa turvaamaan palvelut niitä tarvitseville. (THL 2017.)

2.3.1 Hoitotyö ja terveydenhuolto

Hoitamisen käsite voidaan jakaa kahteen osaan. Nämä osat ovat ammatillinen ja luonnollinen hoitaminen. Ammatillisen hoitamisen ydin on vahvasti kytköksissä luonnolliseen hoitamiseen. Luonnollinen hoitaminen on ihmisyyhteisössä vallitsevaa humanisuutta, johon kuuluu perusvälittäminen itsestä ja muista. Ammatillinen hoitaminen pitää sisässään luonnollisen hoitamisen elementtejä, mutta siinä on omia erityispiirteitään, joita ei esiinny luonnollisessa hoitamisessa, johtuen siitä, että sen asiayhteys on hoitotyön asiayhteys. Hoitotyön humanissa taustassa korostuvat kohtaamisen ja ihmisen ainutkertaisuus, inhimillisyys ja potilaslähtöisyys. Hoitaminen on jotain millä on oma tietoperustansa sekä aatteensa. Se ilmenee hoitotyössä ammatillisena toimintana. (Haho 2006: 23-25.)

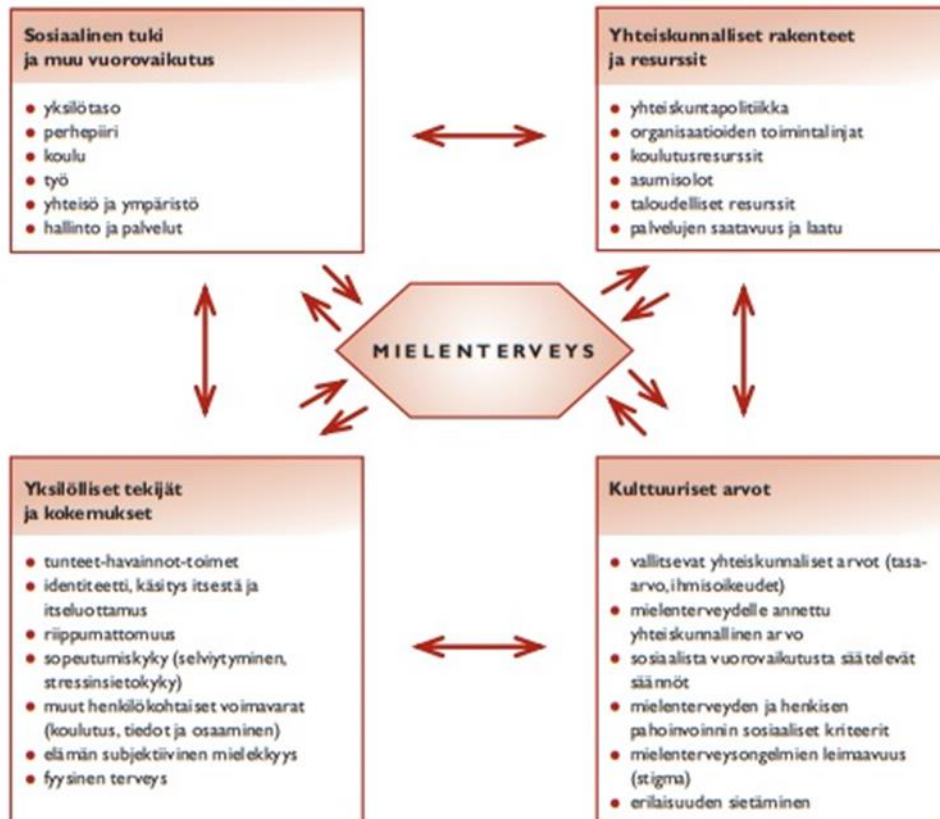
Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Terveydenhuoltolaki, pykälä 8.) Hoitotyön tärkein tehtävä on hoitaa potilasta. Lisäksi on tärkeää määrittää hoidon tarvetta, sekä suunnitella hoitotyötä. Hoitotyön tavoite on edistää potilaan ja hänen lähipiirinsä terveyttä, sekä antaa hoitoa ja auttaa kuntoutumisessa. Hoitotyön toteuttamisessa tulee huomioida jatkuva tietotason päivitys sekä luova ja innovatiivinen työote. (HUS 2017.) Potilaan asema muuttuu isommaksi siinä, miten omaa terveyttään voi edistää ja ylläpitää. Väestön osaamisen lisääntyminen, telelääketiede ja teknologian kehittyminen vahvistavat potilaan omaa roolia. (Eriksson – Korhonen - Merasto ym. 2015: 16.) Hoitotyön määritellään olevan tutkittuun tietoon näyttöön, sekä työstä saatuun kokemukseen tai parhaisiin käytäntöihin perustuvaa ammattimaista toimintaa. Näyttöön perustuva hoitotyö sekä toiminta ovat ihmisen hoitamisesta siten että käytössä on paras ajankohtainen tutkimustieto. Tavoitteena on kohdata hoidon tarve käyttämällä vaikuttavia työmenetelmiä sekä hoitamisen käytäntöjä. (Holmberg 2016: 50.)

2.3.2 Mielenterveys

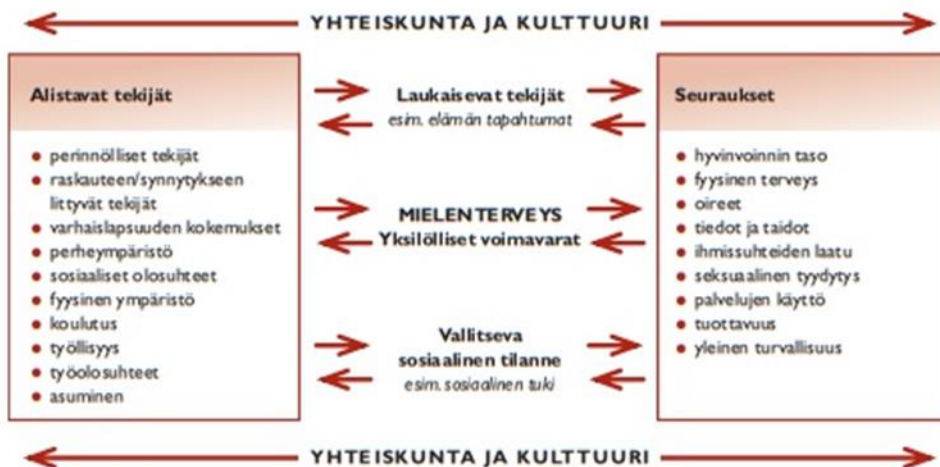
Itävaltalaisen lääkärin ja tutkijan, Sigmund Freudin mukaan mielenterveys määritellään kyvyksi tehdä työtä sekä rakastaa. Nykyisen ajattelun valossa voidaan todeta, että ihminen on mieleltään terve, kun hänellä on pystyvyys selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan. Näihin toimintoihin kuuluvat esimerkiksi ihmissuhteet, työ sekä vapaa-aika. Selviytymisen edellä manituista asioista tulee onnistua niin että suoriutuja eivätkä toiset ihmiset koe kärsimystä. Mielenterveys on myös elämän aikana muuttuva tila, ja johon vaikuttavat monet tekijät, ja siksi sitä on melko vaikea määritellä. (Hietaharju - Nuutila 2010: 12.) Arviolta 20 prosenttia EU-alueen aikuisväestöstä potee jonkinlaista mielenterveysongelmaa, jonain ajanhetkenä. Ongelman esiintyminen nuoruusiässä, on arvioitu saman suuruiseksi. Tämän lisäksi 1-2 prosenttia kärsii vakavammista mielenterveyden ongelmista, kuten skitsofreniasta. On siis todennäköistä, että mielenterveydenongelmiin tullaan törmäämään tavalla tai toisella useammin kuin ennen. (Lavikainen – Lahtinen - Lehtinen 2004: 28.) Mielenterveys käsitteenä on laaja, sekä sen määrittely hankalaa. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa yksilölliset tekijät, kuten perimä. Sosiaaliset vuorovaikutukselliset asiat ovat tärkeitä, kuten perhe sekä ystävät. Yhteiskunnan rakenteelliset tekijät vaikuttavat myös, kuten koulutus sekä työelämä. Lisäksi vaikuttavat kulttuuriset arvot, se miten mielenterveyteen missäkin kulttuurissa suhtaudutaan. (Heiskanen - Salonen - Sassi 2007: 17.) Mielenterveyden voidaan katsoa olevan elämän kivi-jalka, joka auttaa arjessa jaksamisessa, sekä auttaa olemaan joustava sekä kestävä vastoinikäymiä. Mielenterveys on voimavaraksi katsottava käsite, joka pitää yllä psyykkisiä toimintoja jonka avulla ihminen pystyy ohjaamaan omaa elämäänsä. (Heiskanen-Salonen - Sassi 2007: 19.)

Mielenterveyttä suojaavat tekijät pystytään jakamaan kahteen ryhmään (taulukko 2.) Niitä ovat sisäiset suojaavat tekijät, että ulkoiset suojaavat tekijät. Ensimmäisenä mainittuun ryhmään kuuluvat muun muassa hyvä fyysinen terveys, varhaiset myönteiset ihmissuhdekokemukset, hyvä itsetunto, tunne että tulee hyväksytyksi, taidot ratkaista ongelmia, ristiriitojen käsittelytaidot, vuorovaikutustaidot sekä huumori. Ulkoisiin tekijöihin lasketaan muun muassa ruoka ja suoja, sosiaalinen tuki, kuten perhe, suvaitsevaisuus, myönteiset mallit, toimeentulo, kuulluksi tuleminen sekä toimiva yhteiskuntarakente. Myös mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä on olemassa. Ne heikentävät yksilön terveyttä sekä nostavat sairastumisen riskiä. Haavoittavat tekijät jaetaan myös kahteen ryhmään: Sisäisiin sekä ulkoisiin. Sisäisiin riskeihin kuuluvat sairaudet, haavoittunut itse-

tunto, tunne avuttomuudesta, huonot ihmissuhteet, huono sosiaalinen asema sekä vieraantuminen. Ulkoisia riskitekijöitä ovat muun muassa kodittomuus, menetykset ihmissuhteissa, väkivalta ja hyväksikäyttö, työttömyys, päihteiden käyttö sekä epäsosiaalinen elinympäristö. (Hietaharju-Nuutila 2010: 14-15.) Mielenterveysongelmien puhkeaminen on yleisintä nuoruusiässä, ja ne aiheuttavat yhteiskunnalle taloudellista taakkaa. Niiden hoitamisesta johtuvat kustannukset ovat 3-4 prosenttia bruttokansantuotteesta, mielenterveysongelmat ovat suurin yksittäinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiseen. Mielenterveyden ongelmat ovat yhteydessä kohonneisiin kuolemanriskilukuihin, tässä ryhmässä yleisin kuolinsyy on itsemurha ja muut väkivaltaiset kuolemat. EU alueella tehdään vuosittain 40 000 itsemurhaa, yrityksiä on kymmenen kertaa enemmän. Kuolleisuuden lisääntyminen johtuu myös moniongelmaisuudesta, huono mielenterveys voi heikentää fyysistä kuntoa ja myös päinvastoin. Mielenterveysongelmat johtavat usein syrjintään. Eurooppalaisissa yhteiskunnissa tämä ryhmä on kaikista syrjäytynein joukko. Lisänä mielenterveyden ongelmiin liittyvät köyhyys, asunnottomuus, rikollisuus sekä päihdeongelmat jota laskevat vielä lisää elämänlaatua. (Lavikainen – Lahtinen - Lehtinen 2004: 28.) Psykiatrisella hoitopuolella ajatellaan usein, että potilaiden somaattiset vaivat kuuluvat terveyskeskuksen omalääkärille. Nämä potilaat juurikaan eivät kuitenkaan asioi terveyskeskuksissa, koska monet eivät kykene olemaan itse aktiivisia, eivätkä tunnista hoidon tarvetta. (Mediauutiset 2011.)



Kuvio 1. Mielenterveyttä määrittävät tekijät



Taulukko 2. Mielenterveys prosessina. (Lavikainen – Lehtinen – Lahtinen 2004: 33.)

2.3.3 Skitsofrenia ja psykoosi

Psykoosin kuuluvia oireita ovat muun muassa ajattelun sekavuus, erilaiset aistiharhat, tunne-elämän muutokset, aloitekyvyttömyys sekä energian vähyys. Lisäksi ihmisen käytös saattaa muuttua, osa saattaa puhua tai nauraa itsekseen. Negatiiviset puutosoireet kuuluvat myös psykoosiin, tahdottomuus ja puheen köyhtyminen. Psykoosi on mielen häiriö, jossa ihmisen kyky arvioida todellisuutta on voimakkaasti huonontunut. Oman pään sisäisten mielikuvien erottaminen ympäröivästä todellisuudesta on ajoittain hankalaa. Psykoosi voi olla lyhytkestoinen tai pitkäkestoinen. Lyhyitä psykoosioireita saattaa liittyä myös muihin mielenterveyden ongelmiin. (Mielenterveystalo.fi) Yleisin psykoosi on skitsofrenia, erilaisine alatyyppeineen. Kyseessä on monimuotoinen sairaus, jossa ihmisen käsitys suhteessa todellisuuteen on vääristynyt, ja toimintakyky laskenut. Skitsofreniaan liittyy usein päihteiden käyttöä. On myös esitetty, että sairauden taustalla sikiöaikana tai varhaisessa kehitysvaiheessa on tapahtunut muutoksia aivojen rakenteessa sekä niiden toiminnassa. (Hietaharju - Nuutila 2010: 59.)

Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö. 1 % ihmisistä sairastuu siihen elinaikanaan. Se on yleisin psykooseiksi luokitelluista sairaustiloista. Nykymääritelmän mukaan skitsofrenian diagnoosi edellyttää, että henkilöllä on ilmennyt vähintään kuukauden ajan kaksi sairaudelle ominaista viidestä oireityypistä. (Huttunen 2016.) Psykoosissa ihmisen kyky arvioida todellisuutta on heikentynyt, todellisuuden erottaminen omista mielikuvista on välillä vaikeaa. Moniin muihinkin mielenterveydenhäiriöihin saattaa liittyä psykoosioireita. (HUS 2018: 5.) Psykoosi on yleisluonteinen nimitys mielenterveyshäiriölle missä todellisuudentaju on muuttunut. Yleisimmät psykoottiset tilat ovat lyhyitä harhaluuloisuushäiriöitä ja akuutteja psykooseja, esimerkkinä päihdepsykoosit. Skitsofreniaa ilmenee noin yhdellä prosentilla väestöstä. Psykoottiseksi häiriöksi lasketaan myös maanis-depressiivisyys ja psykoottinen masennus. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta 2008: 158.)

Tutkimuksissa ei ole löydetty yhtä ainoaa syytä mikä aiheuttaa skitsofreniaa. Mutta on osoitettu, että kyseessä on aivojen sairaus. Perinnölliset tekijät ovat osittainen syy ja joissain suvuissa, sitä esiintyy enemmän kuin toisissa. Jos vanhemmalla on skitsofrenia, lasten todennäköisyys sairastua on kymmenen prosenttia. Stressi ei yksinään aiheuta skitsofreniaa, mutta jos on alttius olemassa, niin liiallinen stressi voi laukaista skitsofrenistyyppisen psykoosin. Alkoholi ja huumeet voivat laukaista psykoosin tai pahentaa sitä. (Catalyst 2015: 9.) Skitsofrenian oireistoon kuuluu lähes poikkeuksetta todellisuudenta-

jun häiriöitä. Tavallisimpia aistiharhoja ovat kuuloharhat, myös näkö- ja hajuharhoja esiintyy. Keskittyminen on myös vaikeaa ja skitsofreniaa sairastavalla on ”veto poissa” eikä hän kykene välttämättä huolehtimaan itsestään. Sairastunut saattaa vetäytyä pois sosiaalisista suhteista ja tunteet vaikuttavat turtuneen. (Heiskanen – Salonen – Sassi 2007: 148.) Akuutin ja ohimenevän psykoosin vaikutus työkykyyn on merkittävä, mutta usein lyhytaikainen. Akuutista psykoosista toipuminen tapahtuu usein noin kolmessa kuukaudessa. Työkykyyn vaikuttaa oleellisesti, millaiseen työhön potilas on palaamassa. Psykoosiin sairastunut ja toipumassa oleva ihminen kohtaa sairautensa aiheuttamaa stigmaa, työhön palaaminen on itsetunnon kannalta hyvin tärkeää. (Vähäkylä 2009: 18-19.) Skitsofreniaan ja psykoottisuuteen liittyy lähes poikkeuksetta somaattisen terveyden haittoja. Näitä ovat muun muassa metabolinen oireyhtymä sekä aikuistyyppin diabetes. Skitsofreniaan liittyy riski kuolla ennenaikaisesti, 20-vuotiaan skitsofreenikon odotetavissa oleva elinikä on muuhun väestöön verrattuna 25 vuotta vähemmän. (Suuronen 2016: 6.)

2.4 Mielenterveystyön ulottuvuuksia

Mielenterveystyön katsotaan tarkoittavan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden positiivisen kehittymisen tukemista. Lisäksi määritelmä pitää sisällään mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä ja parantamista. Mielenterveystyön toimintamuodot ovat luonteeltaan joko rakentavia, ehkäiseviä tai korjaavia. Rakentavan työn tavoitteena on suotuisan kehityksen käynnistyminen tai ylläpitäminen. Ehkäisevän työn katsotaan olevan puolustautumista riskejä vastaan. Korjaava työ on jo tapahtuneen vaurion korjaamista tai rajaamista. (Hietaharju-Nuutila 2010: 16 – 17.)

Mielenterveyden edistäminen on pyrkimystä aikaansaada yksilöille ja yhteisöille olosuhteita, jotka edistävät hyvinvointia. Mielenterveys on prosessi, joka jatkuu koko elämän. Tavoitteena on luoda ympäristöolosuhteet siten että ne tukevat suotuisan henkisen ja fyysisen kasvun ja tätä kautta mielenterveysongelmien vähenemisen. (Lavikainen – Lehtinen - Lehtinen 2004: 20.)

Mielenterveystyön toimijoina ovat moniammatilliset työryhmät. Työryhmiin kuuluu hoitajia, lääkäreitä, psykologeja, toiminta- ja fysioterapeutteja sekä sosiaalityöntekijöitä. Ensimmäinen paikka avun saamiseen mielenterveysasioissa on terveyskeskus. Tämä pitää sisällään myös äitiysneuvolan. Sosiaalitoimen puolella seurataan asiakkaita esimerkiksi päivähoiton ja kotipalvelun myötävaikutuksella. Kouluterveydenhoidossa kiinnitetään

huomiota koululaisten mielenterveyteen esimerkiksi kouluterveydenhoitajan vastaanotoilla. Armeijassa alokkaille suoritetaan tutkimuksia ja heidän terveydentilaansa seurataan koko palveluksen ajan. Kolmas sektori osallistuu psykiatristen potilaiden kuntouttamiseen. Kolmatta sektoria ovat muun muassa Punainen risti ja asuntolatoiminnat. Potilas on keskiössä, yhdessä perheensä ja muun yhteisön kanssa. Erikoissairaanhoidon ohjataan perusterveydenhuollosta, ja tällöin hoitoa toteuttavat psykiatriset poliklinikat. (Hietaharju - Nuutila 2010: 17-18.) Hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa potilaan hoitamista. Valvira korostaa, että potilasturvallisuuden takia on tärkeää, että ammattihenkilöllä pitää olla tehtävän edellyttämä osaaminen ja koulutus. Työnantajan tehtävänä on huolehtia tehtävät edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Valvira 2014.)

Hoitosuhteen lähtökohtana on halu auttaa potilasta. Tätä halua voidaan pitää tärkeänä lähtökohtana hoitosuhteen syntymiselle. Hoitotyön periaatteet perustuvat ammattieettiin lähtökohtiin, näitä periaatteita tulisi tarkastella riittävän usein, jotta ollaan varmoja, että ne ohjaavat käytäntöjä. Hoitajan on oltava ehdottoman luotettava, ja hänen tulee pitää antamansa lupaukset sekä sopimukset. (Hietaharju-Nuutila 2010: 84-85.)

Omahoitaja on potilaalle nimetty ammattilainen, joka kulkee potilaan rinnalla hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. (Hietaharju-Nuutila 2010: 86.) Hyvässä hoitosuhteessa keskeiset piirteet ovat asiallisuus, arvonnanto sekä suvaitsevaisuus. Näille arvoille pystytään rakentamaan positiivinen yhteistyösuhde, jossa hoidon kohteena oleva ihminen kokee kunnioitusta hoitajaansa asiantuntijana. Ilman hoitosuhdetta hyvätkin neuvot ja ohjeistus jäävät usein teholtaan vajaaksi. (Salminen – Hanses 1994.) Asiantuntijuus edellyttää osaamisen monipuolisuutta, oman osaamisen kehittämistä, sekä jatkuvassa muutoksessa olemisen hallintaa. (Tuomivaara – Hynninen – Leppänen ym 2005: 10.) Hoidon toteutuksen, arvioinnin ja suunnittelun lähtökohtina ovat potilaskeskeisyys sekä moniammatillinen työtapo. Hoidon tarvetta arvioidessa potilas nähdään biopsykososiaalisena kokonaisuutena. (Niuvaniemen sairaala 2017.) Potilaan ja hoitajan välillä vaikuttaa ammatillinen vuorovaikutussuhde. Vuorovaikutussuhteen tavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan elämänhallinta sekä pärjäämään arjessaan. Hoitajan ammatillisuus on tietoisien hoidollisten ratkaisujen tekeminen siten että ne kyetään perustelemaan potilaalle, vuorovaikutuksessa hänen kanssaan. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa - Virta 2008: 79.)

2.5 Kuntoutus

Kuntoutukselle on tyypillistä sen tavoitteellisuus. Tavoitteena on aina ihmisen elämäntilanteen muutos ja parempi selviytyminen arkielämässä ja omassa toimintaympäristössä. Usein tavoitteena on myös kohentaa työ- ja opiskelukykyä. Muutos merkitsee yksilön ja hänen toimintaympäristönsä suhteen muutosta. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 23.)

Kuntoutus saattaa auttaa, kun vamma tai sairaus tekee selviytymisestä vaikeaa. Kuntoutus perustuu yksilölliseen suunnitelmaan. Kuntoutuksen tavoitteet ja siihen kuluva aika määräytyvät potilaan tarpeiden mukaan. Kuntoutusta on sekä lyhyt- että pitkäkestoisia. (KELA 2017.)

2.7 Psykoosipotilaan hoito ja kuntoutus

Psykiatrisessa hoidossa avohoito (polikliiniset menetelmät, päiväyksikköhoito, kuntoutuspoliklinikan toiminnot ja kotiin suuntautuva psykiatrinen kuntoutus) on ensisijaista. Psykiatrinen sairaalahoito on tarkoitettu tukemaan avohoitoa. Perusterveydenhuollon, yksityissektorin ja työterveyshuollon lähettämät potilaat ohjautuvat lähetejärjestelmän kautta avohoidon ylilääkärinä toimivalle erikoislääkärille ja avohoidon jonohoitajalle. Läheteiden tietosisältö on korostunut ja tietosisällön perusteella potilaan pyritään jakamaan jo ennen ensimmäistä käyntiä heille parhaiten sopivaan tutkimus- tai hoitomuotoon tai hoitomuotoihin. Erikoissairaanhoidon läheteet käännetään tarvittaessa kyseisen erikoisalan yksikköön. Avohoito käsittää useita eri sairausryhmäkohtaisia hoitoprosesseja ja menetelmäportaikkoja. (Saloheimo 2016: 17-18.) Akuutissa psykoosissa olevan ihmisen hoitaminen on kriisihoitoa. Psykoosi on saattanut puhjeta stressin seurauksena, ja arvio akuutin hoidon tarpeesta tehdään perusterveydenhuollossa, yleensä terveyskeskuksessa. (Peltonen – Innamaa - Virta 2008: 162.)

Kuntoutus on mielenterveydenhäiriössä erittäin tärkeää. Sairaus johtaa usein työkyvyttömyyteen, eristäytymiseen ja elämänlaadun huonontumiseen. Vielä joitain vuosikymmeniä sitten skitsofrenia johti usein krooniseen tilaan ja monien vuosien hoitajaksoihin sairaalassa. Nyt aktiivisella ja kuntouttavalla työotteella saadaan moni potilas palaamaan työelämään. Mielenterveydenhäiriöstä kärsivälle hoitaminen painottuu voimakkaasti avohoitoon, ja laitosjaksot pyritään minimoimaan. (Lammi – Taskula 2011: 116.) Kaikki kuntoutustyö psykiatriassa tähtää muutoksen potilaan elämässä. Kuntoutujan tukeminen

elämäntilanteessaan saattaa olla haastavaa, mutta usein myös hyvin palkitsevaa. (Narumo 2006: 9.) Kuntoutumisprosessin ohjaaminen voidaan nähdä terapian ja keskustelun välimaastoon sijoittuvana toimintana. Sen tärkein lähtökohta on muutosnäkökulma, ohjaamisella on tärkeä rooli myös kuntoutumisen hahmottamisen ja kuntouttamisen edellytysten luomiseen. Perimmiltään ohjaaminen on neuvotteluprosessi, jossa ohjaaja ja ohjattava, ammattilainen ja potilas, hyödyntävät kummankin asiantuntemusta jotta asiat selkiytyisivät. (Narumo 2006: 17.) Kuntoutustyön tukena käytetään erilaisia mittareita, joilla kartoitetaan oireita sekä selvitetään diagnostiikkaa. Yleisimmät mittarit psykoosipotilaan kuntoutuksessa ovat BPRS – Brief psychiatric scale, 15 D – terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake, AUDIT – alkoholinkäytön riskit, BDI – masennuskysely. Lisäksi tutkimuksiin kuuluu MRI-kuvaus, laboratoriotestit, sosiaalisen tilanteen kartoitus, fysio- ja toimintaterapian tutkimus sekä psykologin tutkimukset. Potilaan vastuu omasta hoidostaan on merkittävä ja tämä on huomioitava myös lähetettä laadittaessa; motivoitumattomat potilaat eivät hyödy psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta erityisesti ahdistuneisuus- ja masennushäiriöiden tautiluokissa. Työ- ja toimintakykykyselyt tehdään valtaosaltaan psykiatrian alan lääkärin vastaanotolla, jossa mahdollisesti sosiaalityöntekijän, sairaanhoitajan ja psykologin jatko-selvittelyt ovat tarpeen, monipuolisempi tapa on päiväyksikössä suoritettu työkykykysely toimintakyvyn arviointineen. (Saloheimo 2016: 17-18.)

Valtakunnallisen Käypä Hoito – suosituksen mukaan vuodelta 2015, potilaan hoitamisen tavoitteena on kohentaa elämänlaatua sekä toimintakykyä. Poistaa tai lievittää oireita, Estää relapsin (sairauden uusiminen) tuleminen tai minimoida niiden määrä ja vaikeus. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa laaditaan Hoito ja kuntoutussuunnitelma. Siinä määritellään konkreettiset tavoitteet ja keinot tavoitteiden suhteen. (HUS 2018: 9.)

Mieleltään sairaan ihmisen auttaminen edellyttää lähes poikkeuksetta, että auttaja on ammattilainen. Potilaan usein puuttuva sairautentunto heikentää hoitomyönteisyyttä. Skitsofreniapotilaan hoidon keskeinen tavoite on lieventää tai poistaa oireita, estää relapsi tai ainakin minimoida niiden määrä. Lisäksi tavoitteena on parantaa tai ylläpitää potilaan toimintakykyä sekä elämänlaatua. Hoitamattomalla psykoosilla on taipumus kroonistua. Hoidon perustana on potilaan yksilölliset tarpeet huomioiva hoitosuunnitelma, joka tehdään yhteistyönä hoitavan tahon, potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Heiskanen – Salonen - Sassi 2007: 149.) Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö, joka aiheuttaa merkittävää toiminta- ja työkyvyn muutosta heikentyneeseen suun-

taan. Sairauden vakavuudesta johtuen, vain pieni osa paranee tai saavuttaa sen toimintatason mikä hänellä oli ennen sairastumista psykoosisairauteen. (Karvonen – Peltola – Isohanni 2008: 9.)

Psykoedukaatio on skitsofrenian nykyaikaiseen hoitamiseen oleellisesti kuuluva elementti. Tutkimukset näyttävät että lääkehoidon ja psykoedukaation yhdistelmällä saadaan optimaaliset tulokset. Psykoedukaation tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisuus ja kykyjä hallita sairauttaan ja kääntää vointiaan parempaan suuntaan. Psykoedukaatio on tiedon ja psykoterapiaelementtien yhdistelmä. Tavoitteena on, että potilas selviytyy sairautensa kanssa. (Catalyst 0 2013: 3.) Psykoedukaatio on koulutuksellinen menetelmä, joka on kehitetty psykoosiin sairastuneen ihmisen auttamiseksi. Psykoedukaatiota käyttämällä voidaan oppia ja tuntemaan sekä hallitsemaan psykoosisairautta. Selviytyminen arkipäivässä paranee sairaudesta huolimatta. Psykoedukaatiota suunnitellaan yksilöllisesti potilaalle ja hänen lähipiirilleen hoitosuunnitelman osana. (HUS 2018: 15.)

Psykoosipotilaan hoidon toteuttajana ovat potilas perheineen, sekä moniammatillinen työryhmä. Hoitoon pyritään integroimaan sosiaalitoimi, päihdepalvelut sekä erilaiset yhdistykset palveluineen. Myös opiskelu- ja työtahot ovat joskus mukana. Psykoosipotilaan hoito- ja tutkimus on tarpeenmukainen ja psykoterapeuttisesti painottunut. Hoitamisen alussa pyritään muodostamaan hoitosuhde, sekä tapaamiset potilaan ja hänen perheensä kanssa. Hoidossa korostuvia seikkoja ovat luottamus, yksinäisyys sekä dialogia. Dialogiseen kohtaamiseen kuuluu kuulluksi, nähdyksi ja arvostetuksi tuleminen. (HUS 2018: 7.)

Lääkkeillä on myös tärkeä rooli skitsofreniapotilaan kuntoutuksessa. (Catalyst 5 2013: 3.) Psykoosilääkkeet ovat ensisijainen hoitomuoto skitsofrenian hoidossa. Lisäksi voidaan käyttää muita lääkkeitä, ahdistustilojen, unettomuuden sekä masennuksen hoitamiseen. Psykoosilääkkeitä voidaan ottaa injektiona tai suun kautta. Pitkäaikaishoitoa on saatavilla myös depot-valmisteena tai lihakseen pistettävänä injektiona. Injektiossa lääkeaine annetaan useita viikkoja riittävänä annoksena olkavarteen tai pakaralihakseen. (Catalyst 5 2013: 11.) Nykytietämyksen mukaan skitsofrenia liitetään aivojen hermoston välittäjäaineiden epätasapainoon. Näitä välittäjäaineita ovat muun muassa dopamiini ja serotoniini. Kaikki psykoosilääkkeet estävät dopamiinia siirtämästä impulssia seuraavaan soluun estämällä dopamiinireseptoreita. Estämällä dopamiini-impulssien liian suurta määrää, psykoosilääkkeet auttavat vähentämään positiivisia oireita, esimerkkinä

harhaäänten vaientuminen, tai loppuminen kokonaan. Nykytiedon mukaan positiiviset oireet kuten hallusinaatiot liittyvät aivojen synapsien liian vilkkaaseen dopamiinitoimintaan. Hermoimpulssin välittyminen tapahtuu hermosolujen välisen raon, eli synapsin kautta. (Catalyst 5 2013: 12-13.) Lääkitykseen liittyy aina riskejä ja mahdollisia sivuvaikutuksia, joista potilaan ja hoitajan on syytä olla tietoisia. Lääkityksestä vastaa aina lääkäri. Antipsykoottisen lääkeyhdistyksen on havaittu olevan tärkeä keino vähentää sairastumisaikaa sekä uudelleen sairastumista. Sivuvaikutuksina lääkkeillä saattaa esiintyä esimerkiksi lääkeparkinsonismia, jossa potilaan olemus on jäykkä ja ilmeeton. Silmäoireita saattaa esiintyä myös, puhutaan ”veto-oireista”, jossa silmien liike suuntautuu ylöspäin tahdosta riippumatta. (Hietaharju – Nuutila 2010: 177, 184.) Lääkehoidossa pyritään yksilöllisesti valittuun lääkkeeseen, sekä mahdollisimman pieneen vaikuttavan aineen määrään. Lääkityksen kesto arvioidaan säännöllisesti, hoitosuhteen kuluessa. Lääketurvallisuutta pidetään yllä laboratorioarvojen säännöllisellä seurannalla. (HUS 2018: 21.)

Työn luonne vaikuttaa väkivallan esiintymiseen psykiatrisessa hoitotyössä. Työssä tulee tilanteita, joissa hoitaja joutuu rajaamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Psykiatrisella potilaalla saattaa olla jo valmiiksi sairauteen liittyen, lisääntynyt väkivallan riski. Lisäksi on pantu merkille, että päihteiden käyttö lisää väkivallan riskiä. (Pitkänen 2003: 1.) Heikko lääkemyönteisyys haittaa usein skitsofrenian hoitoa. Sairaalassa olevista potilaista 30 prosenttia ja avohoidossa olevista potilaista 40-65 prosenttia jättää ainakin ajoittain noudattamatta lääkitysohjeitaan. (Duodecim 2015.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on myös havaittu, että joka neljäs skitsofreniapotilas on alkoholiongelmainen tai kannabiksen väärinkäyttäjä. Suomessa luku on ollut pienempi. (Holmberg 2016: 33.) Kognitiiviset eli tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat ovat vaikeista psykoottisista häiriöistä kärsivillä potilailla hyvin yleisiä. Skitsofreniaan liittyy yleistynyt kognitiivisen toimintakyvyn häiriö, joka on suhteellisen pysyvä. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kognition kuntouttaminen edistää myös heidän toimintakykynsä tulemista paremmaksi. (Tuulio – Henriksson 2014: 237.)

3 Helsingin- ja Uudenmaanläänin sairaanhoitopiiri HUS

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS on jaettu sairaanhoitoalueisiin. Suurin niistä on HYKS-sairaanhoitoalue. Lisäksi HUS:iin kuuluvat Hyvinkään, Lohjan, Raaseporin ja Porvoon sairaanhoitoalue. HUS on kansainvälisesti korkeatasoinen, uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaan tutkimus ja hoito on laadukasta, oikea aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. HUSin arvot ovat ihmisen yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. (HUS Terveyskylä.) HUS-organisaatio itse on osa toimintaympäristöä. HUS on rakennettu siten, että on yhdistetty Helsingin kaupungin erikoissairaanhoito, Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntien liitto. HUS on ollut toiminnassa vuodesta 2000 eteenpäin. HUS on maamme suurin sairaanhoitopiiri. HUS on kaksikielinen kuntayhtymä, jonka alueella puhuu ruotsia äidinkielenään enemmän ihmisiä kuin minkään muun sairaanhoitopiirin alueella. HUS-alueella kuntien erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti ovat kasvaneet hitaammin kuin muualla Suomessa. Toiminnan tuottavuus on parantunut. Palveluiden laatu on säilynyt hyvänä ja saatavuus on tullut paremmaksi. Väestö HUS-alueella on terveempää ja nuorempaa kuin muualla maassa. (HUS 2012: 9.) Hoitotyön tuloksellisuutta seurataan säännöllisesti ja avoimesti tunnuslukujen avulla, jotka liittyvät hoitotyön johtamiseen, hoidonlaatuun ja turvallisuuteen, talouteen, potilas-tyytyväisyyteen ja henkilöresurssien käyttöön sekä hoito- ja terveystieteellisen tutkimuksen tuloksellisuuteen. (HUS: Terveyskylä.)

HUS:n henkilöstöstrategiassa tavoitteena on asiakaslähtöinen palvelukulttuuri, joka on sujuvaa sekä yhteistyö muiden toimijoiden kanssa mahdollisimman saumattomasti. Yhteydenoton tulisi olla helppoa ja sähköisen asiainnin mahdollisuuksia hyödyntäviä. Työn hallinnan mahdollisuuksia lisätään, sekä tuetaan innovointia sekä toteutetaan muutoksia. Yhteistyökyky nähdään myös arvokkaana. (HUS 2008: 2.) HUS:in strategiassa 2012 – 2016 linjataan, että informaatio ja kommunikaatioteknologiaa hyödyntävät ratkaisut ovat kriittisiä. Keskeistä on lisätä tietotekniikkavalintojen tuottavuutta ydintoiminnan näkökulmasta. Tuotannon eri tekijät, kuten henkilöstö, palvelut, tarvikkeet tilat ja laitteet kootaan potilasryhmien tarpeiden pohjalta ja organisoidaan sujuviksi hoitoprosesseiksi. (HUS 2012: 30.)

3.1 HUS Psykiatria

HUS Psykiatria vastaa pääkaupunkiseudun psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, aikuispsykiatrian osalta Helsinkiä lukuun ottamatta. Se tukee alueensa perusterveydenhuoltoa ja soveltuvien palveluketjujen osalta sosiaalipalveluita. Se koordinoi koko HUS-alueen psykiatria ja mielenterveystyötä. (HYKS: 2015.) Hyvän hoidon periaatteilla määritellään jokaisen potilaan hoidossa toteutuvat asiat. Niiden avulla varmistetaan hoidon tasalaatuisuus. Periaatteet pohjautuvat eri lakeihin, HUS:in arvoihin, kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin sekä tutkimustietoon. Ne ohjaavat kliinistä potilashoitoa, sen kehittämistä ja arviointia. (Ala-Nikkola - Ikonen – Joutsenniemi 2016: 1.) Vuoden 2019 alusta HUS psykiatriassa on siirrytty divisioonamalliin, jolloin koko HUS-alueen nuorisosekä aikuispsykiatria muodostavat HUS psykiatrian. Siihen kuuluu kymmenen linjaa ja jokaisella linjalla on oma linjajohtaja sekä ylihoitaja. Toimipisteitä on lukuisia ympäri Uuttamaata ja henkilökunnan määrä on 2450. Linjat ovat IT-psykiatria ja psykososiaaliset hoidot, Akuutti- ja konsultaatiopsykiatria, Mielialahäiriöt, Gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatria, Nuorisopsykiatria, Psykoosi ja oikeuspsykiatria, Länsi-Uusimaa, Porvoon alue, Hyvinkään alue ja Lohjan alue. (Viikkis 2018: 6.)

3.2 HUS Psykoosipoliklinikan työryhmät

HUS Psykiatria vastaa pääkaupunkiseudun psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, aikuispsykiatrian osalta Helsinkiä lukuun ottamatta. Se tukee alueensa perusterveydenhuoltoa ja soveltuvien palveluketjujen osalta sosiaalipalveluita. Psykoosipoliklinikka on jaettu neljään työryhmään. Myyrmäen poliklinikka huolehtii Länsi-Vantaan potilaista ja Tikkurilan poliklinikka vastaavasti Vantaan itäisen alueen potilaista. Poliklinikoiden sisällä toimivat lisäksi Tehostetun kotihoidon yksikkö Teko sekä Seurantatyöryhmä. Teko ja Seurantatyöryhmä tekevät myös liikkuvaa työtä. Keravalaisilla potilailla on mahdollisuus asioida Keravan toimipisteessä. Psykoosipoliklinikalla tehdään monipuolista kuntouttavaa ryhmätoimintaa, yksilötapaamisia, perhetyötä, verkostotapaamisia sekä kotikäyntejä. Toiminta perustuu kuntoutussuunnitelmaan. (HUS.)

Psykoosiklinikalla kuntouttavan jaksojen perustana on vastuuhoidtaja / omahoitajamalli. Omahoitajaa kutsutaan nimellä kuntoutusvastaava. Kuntoutusvastaava koordinoi hoidon kokonaisuutta yhteistyössä potilaan ja hoitavan lääkärin kanssa, sekä moniammatillisen tiimin avustuksella. Aktiivisen kuntoutuksen vaiheessa olevia kuntoutujia voi yhdellä

työntekijällä olla useita kymmeniä. Käyntisykli potilaalla on normaalisti noin kerran kuu-
kaudessa. Ensipsykoosiin sairastuneet tarvitsevat yleensä tiiviimpää kontaktia. Yksilö-
hoitosuhteissa toteutetaan sekä psykoedukatiivista että kognitiivista työotetta. Hoitotyön-
tekijöillä on hyvä olla valmius perhe- ja verkostotyöhön sekä ryhmien vetämiseen. (Nää-
tänen 2014: 17.)

3.3 Käytetyt etäkuntoutussovellukset HUS Psykoosipoliklinikalla

HUS Psykoosipoliklinikalla ovat olleet käytössä seuraavat sovellukset, joilla etävastaan-
ottoja on toteutettu.

Pieni piiri on sovellus, joka on kehitetty vuonna 2010. Sen kuvataan olevan yksinkertai-
nen keino pitää yhteyttä läheisiin. Pienen piirin tarkoitus on antaa mahdollisuus kuvapu-
heluihin heillekin, joille se on jostain syystä vaikeaa. Kyseessä on alun perin ikääntyneil-
le suunniteltu videopuhelusovellus. (Kervinen – Kropsu 2016: 9.)

Doxy me on suunniteltu Utahin yliopistolla Yhdysvalloissa. Kyseessä on ohjelma, joka
palvelee verkossa ympäri maailman. Dox me on ilmainen videopuheohjelma, jonka käyt-
täminen on havaittu helpoksi. (Glumerus 2016: 14.)

Skype for business on osa O 365 palvelua. Sitä voidaan käyttää video- ja äänipuhelui-
hin kokouksissa tai muunlaisessa kommunikaatiossa. Sillä voidaan ottaa yhteys myös
potilaan tietokoneelle. (HUS 2018.) Tällä hetkellä poliklinikalla on käytössä yksinomaan
Skype for business.

Aina ei ole välttämättä selvää, miten palveluntarjoaja huomioi salassapitoa tai yksityi-
syyttä. Etätapaamisessa voi tietoturvasta huolehtia kahdella tavalla. Ensimmäinen tapa
on käyttää tietoturvallista yhteyttä ja toinen salaamalla siirrettävä tieto. Lisäksi turvalli-
suustasoa voidaan nostaa käyttämällä vain tiettyä tietokonetta, palomuuria sekä salasa-
noja. (Salminen– Hiekkala– Stenberg 2016: 40.) Tietoturva on HUS:ssa tärkeä päivittäi-
sen toiminnan osatekijä. Potilaiden ja henkilökunnan yksityisyyden suoja turvataan siten
että sivullisten pääsy salassa pidettäviin tietoihin on estetty. Tietoturvapoliitikassa tähdä-
tään siihen, että tietojärjestelmät ja tietojenkäsittelymenetelmät täyttävät voimassa olevan lain-
säädännön määräykset. (HUS 2014: 1.)

4 Aiemmat tutkimukset ja kehittämishankkeet etäkuntoutuksesta

Ensimmäinen maininta etäkuntoutuksesta löytyy vuodelta 2008. Tutkimukseen perustuva ohjaus- ja neuvontapalvelukokonaisuus, jonka avulla voitiin tuottaa vanhusten kotiin suunnattuja hyvinvointipalveluita. Hankkeen nimi oli HyvinvointiTV. (Salminen– Hiekka– Stenberg 2016: 19.)

Professori Raimo Lappalaisen johdolla Jyväskylän Yliopiston psykologian laitoksella on kehitetty ja tutkittu internetissä tapahtuvia hoitoja ja se on maamme ensimmäisiä verkkohoitojen kehittämiseen ja tutkimiseen erikoistuneita laitoksia. Vuonna 2011 tutkimusryhmä laati verkkohoito-ohjelman masennuspotilaille. Hyvän Elämän Kompassi – projekti kesti 1,5 vuotta ja päättyi vuonna 2012. Sen tuloksena todettiin, että verkkohoidossa olevat potilaat kokivat voivansa paremmin ja saaneet apua ongelmiinsa, verrokiryhmään suhteutettuna, joka kohtasi henkilökunnan perinteisellä tavalla, kasvokkain. (Jyväskylän Yliopisto 2013.) Etäterveydenhuollon sovellusten onnistuneeseen käyttöön ottoon vaikuttavat monet tekijät. Keskeisin niitä on soveltuvuus, jota tulee katsoa yksilön, eli ammattilaisen ja potilaan, sekä prosessien ja organisaation näkökulmasta. Terveyskeskustyöntekijät kokevat, että etäterveydenhuollosta on monenlaista hyötyä potilaille, ja he suhtautuvat myönteisesti asiaan. (Vuononvirta 2011.)

Kaunialan sairaalassa toteutetaan ikääntyneille ihmisille suunnattua kelan rahoittamaa palvelua, nimeltään PalveluTV. Nimensä mukaisesti se perustuu television käyttöön. Potilas voi osallistua arkisiin erilaisiin keskusteluihin, joita hoitaja ohjaa ja vetää. Tulevaisuuden tavoitteena on Palvelu-TV lähetyksen sisällön kehittäminen yhä monipuolisemmaksi. Etäkuntoutuksen asemaa vahvistetaan asiakaskuntaa laajentamalla. Tavoitteena on myös vahvistaa näyttöä siitä, että etäpalvelun avulla on mahdollista lisätä asiakkaan sitoutumista kuntoutukseensa. Potilaat pystyvät palvelun avulla myös pitämään yhteyttä omaisiinsa sekä toisiin kuntoutujiin Kaunialassa. Palvelulla on havaittu olevan tärkeä rooli potilaan turvallisuudentunteen sekä sosiaalisen sekä fyysisen aktiivisuuden kannattelijana. Yhteistyökumppaneina on Sairas- Ja Veljeskodeista Kyyhkylän kuntoutuskeskus Mikkelistä ja Vetrea Terveys Oy Iisalmesta. Videoneuvotteluteknologian tuottaa Ebsolut Oy ja Arctic Connect Oy. (Kaunialan sairaala OY.)

2009 käynnistettiin Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma SAdE, joka loppui vuonna 2015. Kyseessä oli ensimmäinen valtakunnallisesti koordinoitu sähköisten palveluiden kehittämisohjelma. Tavoitteena oli tuottaa asiakaslähtöisiä ja yhteensopivia

julkisen sektorin tehokkuutta ja laatua vahvistavia sähköisiä palvelukokonaisuuksia kansalaisten, yritysten ja viranomaisten käyttöön. Asiakkaan näkökulmasta haetaan aiempaa sujuvampaa ja helpompaa asiointia sekä uusia osallistumisen ja vuorovaikutuksen muotoja. (Valtiovarainministeriö 2016: 22.)

KELA:n etäkuntoutushanke toteutettiin vuosien 2016-2018 aikana. Siinä on tarkoituksena Kelan kuntoutuspalveluiden kehittäminen niin, että tulevaisuudessa potilailla on mahdollisuus osallistua Kelan kuntoutuspalveluihin etäyhteyttä hyödyntäen. Hankkeessa kehitetään uudenlaisia etäkuntoutusta hyödyntäviä kuntoutuspalveluita, jotka ovat nykyistä käyttäjäystävällisempiä sekä kustannustehokkaampia. Kevään 2016 kehittämishankehaussa valittiin rahoitettavaksi 13 projektia, jotka toteutetaan pääosin vuosien 2016-2018 aikana. (Kela Etäkuntoutus-hanke.)

Psykiatriassa etäteknologiaa ei vielä hyödynnetä kliinisessä työssä kovinkaan runsaasti. Koulutuksissa sen käyttö on runsaampaa. Etäpsykiatria on havaittu kuitenkin toteuttamiskelpoiseksi toimintamuodoksi, jonka avulla voidaan saavuttaa samankaltaisia tuloksia kuin kasvokkain tapahtuvalla tapaamisella. Käytön lisääntymisen esteiksi on listattu muun muassa laitteiden ja muutosagenttien puute. Lisäksi haasteet vuorovaikutuksessa ja onnistumisen kokemisessa vaikuttavat esteiltä ottaa etäteknologiaa käyttöön. (Vuononvirta 2011.) Erilaisissa automatisoiduissa, hyvin toimivissa etäkuntoutuksen muodoissa ei ole mukana välttämättä perinteistä hoitosuhdetta, mutta silti toipuminen ja paranemisprosessi on yhtä hyvää kuin kasvokkain toteutetussa hoidossa. (Stenberg – Blanco Sequeiros – Holi 2016.)

Sähköisten kommunikaatiomuotojen kehittäminen on tärkeää psykoosipotilaiden hoidossa. Osalle potilaista liikkuminen kodin ulkopuolelle on vaikeaa ja on riski, että he jäävät kokonaan hoidon ulkopuolelle. Tämä eristäytymiskäytös saattaa johtaa syrjäytymiseen. HUS on kokeillut Vantaan alueella sekä Hyvinkään sairaanhoitopiirissä psykoosipotilaiden hoidon osana palvelua, jossa henkilökunta ja potilaat ovat kontaktissa etäyhteyden avulla, ajasta ja paikasta riippumatta. (Stenberg – Blanco Sequeiros – Holi 2016.) HUS Neurologian poliklinikka on kokeillut etäkuntoutusvastaanottoa Terveyskylän pilotissa vuonna 2018. Toive etävastaanottojen aloittamiseen on tullut myös potilailta. Etävastaanoton etuina koettiin ajan ja rahan säästyminen. Toiminta mukautettiin potilaan tarpeisiin, jossa ammattilainen luon potilaalle vastaanoton Terveyskylän ammattilaisen

Omapolulla, jonne potilas on luonut oman tilinsä. Potilas saa vastaanotosta muistutuksen vuorokautta ennen vastaanottoa, ja pankkitunnusten avulla hän voi kirjautua tapaamiseen Omapolkunsa kautta. (Hussote 2018.)

Yksilön näkökulmasta on huomionarvoista, että etäteknologian avulla saadaan riittävän hyvä vuorovaikutus, koska se on tärkeä tekijä terveydenhuollon palvelutuotannossa, koulutuksessa ja palavereissa. Etäpsykiatrian osa-alueella havaittiin, että vuorovaikutus jää selvästi heikommaksi kuin perinteisellä tavalla tapahtuvassa kontaktissa. (Vuononvirta 2011: 74.)

Voimaperheet, on Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksen toteuttama hanke, jossa tutkitaan uutta internetin ja puhelimen välityksellä tarjottavaa etähoito-ohjelmaa. Tieteelliseen näyttöön perustuva ohjelma on kehitetty lasten käytösongelmien ennalta ehkäisevään hoitoon. (Salminen – Hiekkala – Stenberg 2016: 23.)

Glumerus (2016) YAMK opinnäytetyössä on tarkasteltu käyttäjäkokemuksia videopuheluiden käyttämisestä nuorisopsykiatriassa. Työssä arvioitiin etäkuntoutuksen mahdollisuuksia ja hyötyjä lisääntyvien potilasmäärien hallinnassa. Tutkimustulosten perusteella käyttäjät kokivat videopuheluvälitteisen hoidon tuovan lisää hoitomenetelmiä ja mahdollisuuksia nuorisopsykiatriisiin hoitoihin. Tuloksissa tuli ilmi kokemus siitä, että videopuhelun avulla pystyttiin tiivistämään hoitoa, vastaamaan etäisyyksien tuomiin haasteisiin sekä nopeuttamaan avun saantia. Yleisesti videopuhelukontakti koettiin luontevana. Osa tutkimukseen osallistuneista kuitenkin tuo ilmi, ettei videopuhelun välityksellä saanut tuen ja aidon läsnäolon tunnetta. Osa taas huomasi, että kykeni videopuhelun välityksellä käymään läpi asioita, joista ei välttämättä perinteisellä vastaanotolla pystyisi kertomaan. Videopuheluvälitteisen hoidon koettiin asettuvan perinteisen vastaanoton ja hoitopuhelun väliin. Sen ei kuitenkaan koettu ylettyvän perinteisen vastaanoton tarjoamiin mahdollisuuksiin. (Glumerus 2016.)

Kanadassa on kehitetty etäsovellus, jonka avulla kuntoutus nivotaan osaksi perheen arkea. Teleroo-mobiilisovelluksella autistisen lapsen huoltajat pystyvät videoimaan arkipäivän haastavia tilanteita ja lähettämään ne suojatun yhteyden kautta kuntouttavalle taholle. Tapahtumia ja tilanteita käsitellään yhdessä perheen kanssa reaaliaikaisissa etätapaamisissa. (Naamanka 2016: 30.)

Apotin asiakasportaali Maisa tulee käyttöön HUS psykiatriassa. Se on digitaalinen kanava ammattilaisen ja potilaan välillä. Maisassa voidaan hoitaa potilaan tai hänen verkostonsa asioita ajasta ja paikasta riippumatta. Maisaa voidaan käyttää internetselaimen kautta, tai mobiilisti. Maisa-portaalissa potilas voi muun muassa katsoa ja täydentää sosiaali- ja terveystietojaan, tarkastella tutkimustuloksiaan, kysyä ammattilaiselta neuvoa tilaansa tai palveluihinsa liittyen, varata aikoja tapaamisiin, vastata kyselyihin ennen vastaanottoa, ilmoittautua vastaanotolle sähköisesti, täyttää oirekyselyitä, viestiä palvelutarpeestaan omalle työntekijälleen, tallentaa mittaustuloksiaan ja uusia reseptejä. Tämän opinnäytetyön kannalta merkitystä on myös sillä, että Maisan kautta potilas voi hyödyntää etävastaanottoa. (Maisa.fi-esite.)

Edellä mainittujen projektien lisäksi HUS käyttää tulkkipalveluissa etätulkkausta, joka on nopeaa, kätevää ja säästää kuluja. Tulkkaukset hoidetaan käytännössä puhelimitse tai videon välityksellä. Erityisesti tätä suositellaan lyhyissä asioimistulkkauksissa. Sovelluksena on Skype for business. Asiakas ottaa yhteyden palveluntarjoajan (A-tulkkaukset) etätulkkaustudioon. Tarvittaessa tilaisuuteen voi osallistua useampikin taho, ja se on täysin tietoturvallinen ratkaisu. Etätulkkaukset säästää aikaa ja rahaa. Etätulkkaukset on myös nopeasti järjestettävissä. Puhelintulkkaukset on mahdollista saada hyvinkin nopealla aikataululla. Suositus on, että etätulkkaukset käytettäisiin aina kun mahdollista. Vähitellen HUS:issa on tarkoitus siirtyä tilanteeseen, jossa lähitulkkaukset on poikkeus ja etätulkkaukset yleinen tapa toimia. (HUS intra 2018.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia HUS psykoosipoliklinikan hoitohenkilökunnan kokemuksia etäkuntoutuksesta. Opinnäytetyö tuottaa tietoa, miten hoitohenkilökunta kokee etäkuntoutuksen työtapana psykiatrisessa hoitotyössä. Työstä saatavaa tietoa voidaan hyödyntää etäkuntoutustyön kehittämisessä ja etäkuntoutustyön sekä hoitotyön kuormittavuuden arvioinnissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Millaista on etäkuntoutusvastaanottotyö hoitohenkilökunnan kokemana?
- Miten etäkuntoutusvastaanottotyö eroaa perinteisestä vastaanottotyöstä hoitohenkilökunnan kokemana?
- Miten etäkuntoutusvastaanottoa tulisi kehittää tulevaisuudessa?

6 Työn menetelmälliset valinnat

Tutkimuksella on monta määritelmää, se voidaan arvioida systemaattiseksi prosessiksi, tarkoituksenaan tuottaa ratkaisuja ongelmiin. (Paunonen –Vehviläinen -Julkunen 1998: 19.) Tutkimusmenetelmän valintaa määrittävät kysymykset siitä, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on sen teoreettinen maali? Kvalitatiivisen tutkimuksen erilaisten nyanssien yhteisenä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroavaisuuksia. (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2013: 66.)

6.1 Metodologiset lähtökohdat

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on toiminnassaan tietynlaista vapautta, joka antaa mahdollisuuden tehdä joustavaa tutkimusta ja sen suunnittelua. (Eskola – Suoranta 1998: 20.) Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein melko pieneen määrään tapauksia, mutta ne pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Tieteellinen kriteeri ei siis ole määrä, vaan laatu. (Eskola – Suoranta 1998: 18.) Aineistolähtöisessä

tutkimuksessa on tavoitteena saada luotua aineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 97.) Kyseessä on hoitotyön alue, josta ei tiedetä vielä kovinkaan paljon. Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on valottaa, mitä tutkittava ilmiö on tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta? Otokseen pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. (Vehviläinen-Julkunen - Kankkunen 2013: 67.) Tiedonantajien määrään vaikuttavat usein tutkimusresurssit, kuten käytettävissä oleva aika. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään luomaan ymmärrys tutkittavaa asiaa kohtaan, ja antamaan teorian valossa hyväksyttävä tulkinta tutkittavalle asialle. Tärkein asia ei ole otoksen koko vaan kestävä ja syvä tulkinnallisuus. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 87.)

6.2 Aineiston keruu

Aineiston keruumenetelmänä on puolistrukturoitu haastattelu, josta toisinaan kuulee käytettävän myös nimitystä teemahaastattelu. Puolistrukturoidussa haastattelussa sen keskeiset asiat on sovittu, mutta aineiston keruuseen liittyy myös vapauksia. Kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä, ja niiden järjestys voi vaihdella. Tässä haastattelutyypissä korostuvat haastateltavien asioille antamat tulkinnat sekä merkitykset. (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2013: 125.) Haastattelu on nopea ja kätevä tapa koota mittavankin kokoisia aineistoja suhteellisen vähällä työllä, ellei oteta huomion sen jälkikäsitelyä. Aineiston keruun apuna käytetään yleensä ääninauhoitusta ja / tai videointia sekä valokuvausta sekä tutkijan kenttämuistiinpanoja. Haastattelijan on hyvä tehdä muistiinpanoja ahkerasti sen lisäksi, että keskustelu tallentuu nauhalle, sillä tilanteessa on usein asioita ja tapahtumia, jotka eivät näy tai kuulu nauhalta. Monet kokeneemmat haastattelijat ovat huomanneet sen hyödyn, joka syntyy, kun omia muistiinpanoja alkaa tarkastella uudelleen ja vertaa muuhun aineistoon. (Anttila 2007.)

Puolistrukturoidun haastattelun käyttäminen perustuu muun muassa siihen, että vastausvapaus antaa oikeuden haastateltavien puheelle. Lisäksi teemoihin kohdennettua haastattelua on etukäteen ajateltuna melko helppoa ryhtyä analysoimaan teemoittain. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Yksilöhaastattelu on yleisimmin käytetty haastattelumuoto. Tämän tiedonhankkimismuodon etuina on muun muassa se, että vastausprosentti on suuri, ja vastaukset saadaan tarkasti, sekä halutussa järjestyksessä. Kuuntelemisen merkitys korostuu yksilöhaastattelussa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää ilmiötä, ei etsiä tilastollisia yhteyksiä. Tällöin tutkimusaineiston ei tarvitse olla kovin suuri. Puhutaan myös harkinnanvaraisesta otoksesta, tämä kuvaa tilannetta jossa aineisto tai tutkittavat valitaan tutkijan asettamien kriteerien perusteella. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Otokseen pyrittiin saamaan haastateltavaksi henkilöitä, jotka edustavat ja tuntevat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2013: 67.)

Aineisto kerättiin haastattelemalla HUS Psykoosipoliklinikan hoitohenkilökunnasta kahdeksaa hoitohenkilökunnan edustajaa (n=8), joilla on kokemusta etäkuntoutuksen tekemisestä psykoosipotilaiden kanssa. Haastattelut suoritettiin loppusyksystä 2018 ja ne litteroitiin tammikuun aikana 2019. Haastattelujen aikataulut oli sovittu etukäteen, ja merkitty kalenteriin. Allekirjoittanut ei kertonut haastateltaville ketkä muut haastatteluihin osallistuvat, haastateltavat saattoivat tietää silti keskenään ketkä osallistuvat. Haastateltaviin otettiin yhteys alun perin joko suoraan tapaamalla, tai lähettämällä sähköpostia tutkimuksesta. Kaikki ilmaisivat halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Ennen haastattelua haastateltavalle esiteltiin tutkimuslupa sekä infopaperi tutkimuksesta, anonymiteetti kerrattiin myös suullisesti ja pyydettiin allekirjoitus suostumuspaperiin, kun haastateltava oli siihen ensin tutustunut. Myös haastattelija laittoi suostumuspaperiin nimensä. Haastattelun kestoksi arvioitiin alun perin 1 tunti maksimissaan. Haastattelut tehtiin haastateltavan henkilön työhuoneessa. Haastattelijan puheet laitettiin litteroinnin yhteydessä lainausmerkkeihin, jolloin dialogin seuraaminen oli helpompaa varsinaisen analyysin vaiheessa. Haastattelut kestivät noin kahdestakymmenestä minuutista yli neljäänkymmenen minuuttiin. Haastattelut tallennettiin kahdella iphone-puhelimen sanelimella, toinen jätettiin kopioksi, jos alkuperäiselle äänitteelle tapahtuu esimerkiksi tekninen häiriö. Tämän jälkeen haastattelut siirrettiin muistitikulle. Siitä ne kuunneltiin Windows Media

Playerilla kuulokkeet päässä, siten että puheen nopeutta laskettiin 50 prosenttia. Aineiston kirjoittaminen sujui täten lähes reaaliajassa. Lyöntivirheet korjattiin mahdollisimman kattavasti myöhemmin, jos jostain ei saanut selvää, sekin merkittiin litterointiin. Litteroituja sivuja tuli kaiken kaikkiaan 81. Fonttikokona oli 12 ja rivivälinä 1,5.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi tarkoittaa perusanalyysimenetelmää jonka avulla voidaan analysoida eri aineistoja, niitä kuvaten. Sen tavoitteena on tutkittavan asian laaja, mutta tiivis esittäminen. Tämän tuloksena saadaan tuloksia käsitteistä. Sisällönanalyysi on tekniikka, jolla saadaan tuotetuksi yksinkertaistettuja kuvauksia aiheesta. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 133–134.) Analyysin tekninen osuus alkaa alkuperäisten ilmausten pelkistämällä, aineistolta kysytään tutkimustehtävään kuuluvia kysymyksiä. Aineistosta pyritään tunnistaman asioita, joista tässä nimenomaisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Kun ilmaukset on pelkistetty, ne ryhmitellään ilmaisujen joukoksi ja samantyyppiset ilmaukset laitetaan omiin luokkiin, näin muodostuvat kategoriat. Kategorioiden muodostuminen on tutkimuksessa kriittinen vaihe, jossa tutkija päättää millä perusteella mikä kuuluu mihinkin? (Tuomi – Sarajärvi 2002: 103.) Sisällön analyysin lähestymistavassa muodostetaan kategorioita, lasketaan ja tutkitaan tekstin merkityksiä ja esiintymiä tekstissä. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen. 2013: 72.) Aineiston ryhmittelyssä haetaan yhtäläisyyksiä sekä erilaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista. Samankaltaiset ilmaukset laitetaan samaan luokkaan ja luokalle määritellään nimi. (Janhonen – Nikkonen 2001: 28.)

Litteroinnin jälkeen etsittiin teemoja, sanoja sekä merkityksiä. Litteroidulta materiaalilta ”kysyttiin” tutkimuskysymykset uudelleen ja haettiin vastausta aina kulloiseenkin kysytyyn kohtaan. Lauseita muodostui 41 sivua, kolmeen luokkaan jotka olivat tutkimuskysymykset, yksittäisiä lauseita muodostui kaiken kaikkiaan 329 kappaletta, jotka jakautuivat tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä määrällisesti 126 kappaletta, 121 kappaletta sekä 82 kappaletta. Tässä vaiheessa pystyttiin erottamaan alustavasti kokemus ja toiveet toisistaan, johon tutkimuskysymyksetkin ohjaavat. Tämän jälkeen jokainen lause pelkistettiin ilmaisultaan. Pelkistämisen jälkeen alkoivat muodostua alaluokat alustavasti (taulukko 3), jokainen lause merkittiin sisällön mukaan tietyllä koodilla, joka oli merkki. Tuo merkki seurasi ilmausta aina lopulliseen maaliin saakka, tarvittaessa päinvastoin.

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Aineistolähtöinen, induktiivinen sisällön analyysi tarkoittaa sitä, että pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana tai lause. Analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. (Kankkunen – Vehviläinen 2013: 167.) Abstrahoinnilla tarkoitetaan tutkimuksesta saadun tiedon järjestämistä, siten että sen perusteella tehdyt havainnot kyetään vaiheittain siirtämään tapahtumista sekä lausumista yleiselle tasolle, käsitteellisesti sekä teoreettisesti. (Grönfors - Vilka (toim.) 2011: 85.)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTÄMINEN	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Aluksihan se tuntui kauheen uudelta, ehkä vähän vieraalta verrattuna tämmöiseen kasvokkain perinteiseen huoneessa, samassa huoneessa tapahtuvaan tapamiseen	Etäkuntoutus tuntuu uudelta ja vieraalta verrattuna perinteiseen kuntoutukseen	Etävastaanotto perinteisen käynnin korvaajana	Vuorovaikutus
Just se ettei oo niitä tarpeellisia ohjelmia, tai vaikois ohjelma asetettu niin mikrofoni ei toimi-kaan tai ei kuulu ääntä	Etäkuntoutuksen tekniikassa ja toiminnassa on monenlaisia ongelmia	Tekniikan yleinen epävarmuus	Tekniikan merkitys
Yleisesti ei hirveen syvällisiä asioita	Etäkuntoutuksessa tapaamisen teemat	Omaan työnkuvaan liittyvät näkemykset	Hoitohenkilökunnan ammattitaito

käsitelty et semmo- sii arjen asiota ja ai- katauluja ja lääki- tyksii ja näin	liittyvät arkeen, lää- kitykseen sekä ai- katauluihin		
Ku mä aattelen että mä lähen täältä vaik Peijakseen mul menee 3 tuntia se reissu on ihan älytöntä, mä saan siitä jonkun lisä- käynnin, ni onhan tää niinku huomata- tavasti kustannus- tehokkaampaa	Etäkäynti on kus- tannustehokas ja vähentää matkus- tamista	Etäkuntoutus ja ajankäyttö	Organisaation rooli etäkuntoutuksessa

Taulukko 3. Esimerkki analyysiprosessista

7 Tulokset

Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan suhteessa tutkimuskysymyksiin. Ohessa on sitaatteja hoitohenkilökunnan antamista vastauksista.

7.1 Etävastaanotto kokemuksena

Etävastaanotto hoitohenkilökunnan kokemana muodostui kahdesta yläluokasta: hoitohenkilökunnan ammattitaidosta sekä tekniikan merkityksestä. Hoitohenkilökunnan ammattitaito koostui etävastaanoton valmistelusta, omaan työnkuvaan liittyvistä näkemyksistä ja muutostoiveista, esiin nousevista potilasryhmistä sekä etävastaanotosta ammattilaisten välillä. Etävastaanoton valmistelu koettiin usein työläänä mutta itse etävastaanoton koettiin myös laajentavan työnkuvaa ja tuovan vaihtelevuutta työn sisältöön. Etäkuntoutuksella voidaan seurata lääkemuutoksia ja vointia mutta se herättää työtapana myös pelkoa ja vastustusta. Kokemuksen kautta nousi esiin potilasryhmiä, joille etäkuntoutuksen mietittiin nimenomaan sopivan.

Sit tämmösii ihmisii jotka on täysin ehdottomii siinä et he ei käy tääl poliklinikalla, et et tämmönen etävaihtoehto vois heille sit sopia, siinä tapauksessa sitten se hoitokontakti ei täysin katkee.(Haastattelun materiaalia.)

Jos aattelee vaik sellaset potilaat jotka käy harvoin, jotka on ikään kuin meiltä lähdössä niin sanotusti pois, ovat siirtymässä jonnekin muualle, niin tavallaan sellasille voisi ihan hyvin et se olis tavallaan niinku sääntö että et tapaamiset ois vaan videon välityksellä jälkipoliklinikka - tyyppisesti niinku. (Haastattelun materiaalia.)

Ammattilaisten välisessä kommunikaatiossa taas asiat sujuvat paremmin ja ammattilaisten väliset tapaamiset koettiin enemmän onnistuneina, kuin hoitohenkilökunnan ja potilaiden välinen kommunikaatio. Etävastaanotto ja ajankäyttö liittyvät oleellisesti myös henkilökunnan väliseen kommunikointiin, joka vähentää matkustamista ja säästää aikaa. Ongelmana tässä on, että kaikki yhteistyökumppanit eivät osaa vielä etäsovelluksia käyttää.

Toiseksi yläluokaksi muodostui Tekniikan merkitys, ja alaluokkina olivat tekniikan yleinen epävarmuus, sovelluksesta johtuvat ongelmat ja yhteydestä johtuvat ongelmat. Etäkuntoutukseen olennaisesti liittyvä tekniikka koettiin yleisesti vaikeana käyttää ja hahmottaa, sähköpostipohjainen toiminta sekä tietokone koettiin hankalina. Yhteyden ongelmat sekä sovellus koettiin osittain jopa huonoina. Etäkuntoutuksen tekniset asiat olivat myös osittain selkeitä kehittämistoiveita.

No jos ne laitteet toimii hyvin, niin mun mielestä se on hyvä mutta se että aika useesti mun mielestä on minulla ainakin käynyt sit se että se ei oo molemmin puolin toiminu se yhteys. (Haastattelun materiaalia.)

7.2 Etävastaanoton erot perinteiseen vastaanottoon nähden

Toisessa tutkimuskysymyksessä kysyttiin, miten etävastaanotto eroaa perinteisestä vastaanottotyöstä hoitohenkilökunnan kokemana? Yläluokaksi tuli vuorovaikutus. Alaluokiksi tulivat etäkuntoutuksen intensiivisyys, potilaan läsnäolo ja keskittyminen, potilaan havainnointi etävastaanotolla sekä etävastaanotto perinteisen käynnin korvaajana. Vastauksissa huomataan, että etävastaanotto koetaan voimakkaasti intensiivisenä ja keskittyminen on usein parempaa. Lisäksi havaittiin, että etävastaanotto jää havainnoitua puutteelliseksi verrattuna perinteiseen vastaanottoon, etävastaanotossa koettiin myös, että hiljaisuuden, tai taukojen sietäminen on vaikeaa.

Siinä jää pois niinku oon sanonuki monta kertaa semmonen kokonaisen ihmisen niinku et niinku miten se liikehtii ja kaikki ei siinä nää niin hyvin jos joku on tosi joku jännittänyt näin. (Haastattelun materiaalia.)

Vastausten perusteella etävastaanotto ei korvaa perinteistä käyntiä. Toisaalta etävastaanotolla pääsee ikään kuin potilaan kotiin. Vastausten perusteella etävastaanotto korvaa hoitopuhelun. Etävastaanotto on myös ajallisesti lyhyempi kuin perinteinen vastaanotto mutta sen valmistelu koettiin vaativampana kuin perinteisen tapaamisen.

On helpompaa havainnoida ja tarttua joihinkin asioihin kiinnittää huomiota johonkin semmoseenkin asiaan jotka ei välttämättä välity siinä videon välillä, tunnelmaan tai eleisiin, mihin ei välttämättä sit pystyis tarttumaan sen videon välityksellä. (Haastattelun materiaalia.)

7.3 Etävastaanoton kehittäminen

Kolmas tutkimuskysymys kuului miten etäkuntoutusvastaanottoa tulisi kehittää tulevaisuudessa? Yläluokkana on Organisaation rooli etäkuntoutuksessa, ja alaluokkina organisaation sisäinen viestintä, perehdytys ja markkinointi, etäkuntoutus ja ajankäyttö. Organisaatiolta toivotaan selkeitä ohjeita etäkuntoutustoimintaan, perehdytystä sekä koulutusta. Etäkuntoutusta pitäisi markkinoida enemmän henkilökunnalle ja potilaille. Etävastaanoton avulla voidaan myös hallita ajankäyttöä, säästää aikaa, ja sillä on myös taloudellista vaikutusta, potilaan ja henkilökunnan kannalta. Etävastaanotossa käytettävien laitteiden toivotaan olevan helppokäyttöisiä sekä tehokkaita. Puheohjaus toiminnassa nousi myös toiveena esiin, ja puhelin mainittiin välineenä ATK-laitteiden sijaan.

Semmonen toive mulla ois täs digihommassa tulevaisuudessa et nää meidänkin ohjelmat toimis puhumalla. (Haastattelun materiaalia.)

Etäkuntoutuksen käytäntöjen haluttaisiin tulevaisuudessa olevan yhdenmukaisia, ja toivottiin etätyön mahdollistavan etäpäivät. Tulevaisuudessa työnkuvaan toivotaan muutosta sekä vaihtelevuutta. Kehittämisenä voidaan nähdä myös toiveet siitä, kenelle etävastaanotto sopii erityisesti, ja kohdassa 1 olleet aiheet olivat osittain myös tulevaisuuden toiveita, miten voidaan segmentoida potilaista erityisesti etävastaanotosta hyötyvät? Käyttölaajuus tulee myös ilmi, etävastaanotto sopii vastausten perusteella sekä hyväettä huonompikuntoisille potilaille. Niille joiden on vaikea lähteä liikkeelle, sekä niille potilaille jotka ovat työelämässä ja eivät ehdi hyvin poliklinikalle aukioloaikojen puitteissa.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia HUS Psykoosiklinikan hoitohenkilökunnalla on etävastaanottotyöstä. Rintala – Hakala – Sjögrenin (2017) mukaan teknologian etuna on, että sen avulla tavoitetaan suuria ihmismääriä ja palveluita voidaan kohdentaa potilaille jotka ovat vaikeasti tavoitettavissa.

Tässä opinnäytetyössä vastaajat kokivat etäkuntoutuksen hyvin intensiivisenä, mutta sen ei koeta pystyvän korvaamaan perinteistä potilasvastaanottoa, potilaan rajaaminen koetaan helpompana mutta vuorovaikutus jää etänä tapahtuen vajaaksi. Vastauksissa havaittiin pelkona, että etävastaanotto korvaavaa perinteisen vastaanottokäynnin, se koetaan nyt ”hyvänä lisänä” hoitotyöhön. Fyysisen läsnäolon puute vaikuttaa siihen, että potilaan havainnointia ei koeta kokonaisvaltaiseksi, hygienian seuraaminen, ja eleiden huomaaminen jäävät vähemmälle huomiolle. Hoitopuhelun korvaajaksi etävastaanotto sen sijaan nousee, sekä tukimuodoksi perinteisten tapaamisten välissä. STM:n (2015) mukaan etäpalvelut voidaan sisällöllisesti rinnastaa perinteisiin vastaanottokäynteihin. Stenbergin (2016) mukaan potilaalle etäkuntoutustapahtuma on kokemuksena samanlainen kuin kasvokkain tapahtuva tapaaminen. Glumeruksen (2016) tutkimustulosten perusteella käyttäjät kokivat videopuheluvälitteisen hoidon tuovan lisää hoitomenetelmiä ja mahdollisuuksia nuorisopsykiatriisiin hoitoihin, mutta ei yltävän perinteisen vastaanoton tasolle.

Etävastaanotossa havaittiin hyväksi, että hoitaja pääsee tekniikan avulla katsomaan potilaan kotiin. Havainnot viittaavat, että potilas on kotioloissaan vapautuneemman oloinen, ja keskittyy paremmin vastaanottoon, lisäksi hoitaja pystyy arvioimaan potilaan kotioloja, ja sitä kautta potilaan vointia. Etävastaanottoa rajoitti hoitohenkilökunnan oman osaamisen epäileminen, sekä tekniikan toimimattomuus. Katsekontakti koettiin tutkimuksessa hyvin voimakkaana, jossain määrin kiusallisena. Hoitohenkilökunta koki myös, että etävastaanotolla on välillä ”kiireen tuntu” ja ”pakko edetä.” Etävastaanotto koettiin asiapitoisuudeltaan tiiviinä, vaikka se jäi lähes poikkeuksetta ajallisesti perinteistä vastaanottoa lyhyemmäksi. Havaittiin myös, että tekijä ”skarppaa” tapahtuman aikana, ja valmisteluun menee aikaa enemmän kuin perinteisen tapaamisen valmisteluun. Glumeruksen (2016) mukaan hoitohenkilökunta kokee etävastaanottotyön tuovan työhön lisää menetelmiä, sen avulla hoitoa voidaan tiivistää ja vastata etäisyyden tuomiin haasteisiin. Videopuhelu

koettiin luontevana mutta sen arvioitiin asettuvan hoitopuhelun ja perinteisen vastaanoton väliin, kuten tässäkin opinnäytetyössä. Vuononvirran (2011) mukaan etäpsykiatriassa vuorovaikutus jää etätapaamisessa huomattavasti heikommaksi kuin perinteisessä tapaamisessa.

Vastauksissa korostuivat tekniset ongelmat, vastaajat olivat kokeneet niitä paljon ja usein. Etäkuntoutuksen vaatima yhteys on heikko, yhteys katkeilee tai yhteyttä ei saada lainkaan, sovellus koettiin vaikeana käyttää, sähköpostin kautta sopiminen koettiin vanhanaikaisena ja tekniset vaikeudet väsyttävänä. Tekniset ongelmat laskivat motivaatiota aloittaa etäkuntoutusta potilaan kanssa, ja vaikka yhteys toimikin, sen laatu oli usein huono kuvan ja äänen suhteen. Etätapaamiset henkilökunnan välillä HUS-organisaatiossa sen sijaan havaittiin toimivan yleensä hyvin ja niiden arvo nousi esiin selvästi, oltiin myös tyytyväisiä, kun matkustamiseen kuluva aika organisaation sisällä vähenee. STM:n (2016) mukaan toimintatapojen uudistaminen digitalisaation kautta edellyttää käyttäjälähtöisyyttä. Lauri (2006) sanoo että työelämässä odotetaan kykyä hankkia uusia tietoja, sekä kehittää omaa työtään ja tietotekniikan hallintaa. HUS (2008) strategiassa 2012 – 2016 todetaan että sähköisen asiointin mahdollisuudet hyödynnetään ja kommunikatioteknologiaa tukevat ratkaisut ovat kriittisiä. Valviran (2014) mukaan Työnantajan tehtävänä on huolehtia tehtävät edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta.

Etävastaanotto Psykoosipoliklinikalla on ajallisesti lyhyempi kuin perinteinen vastaanotto, sen avulla säästetään aikaa ja se lisää työn joustavuutta. Lyhyemmässä ajassa hoidetaan sama määrä asioita kuin perinteisellä tapaamisella. Etävastaanotto liitettiin myös työturvallisuuteen ja se on ajasta ja paikasta vapaa toimintamuoto, jota organisaation toivottiin kehittävän esimerkiksi hoitohenkilökunnan etätöiden suuntaan tulevaisuudessa. Kokemuksen myötä havaittiin, että etävastaanotolla saadaan vaihtelevuutta työn sisältöön, sitä voidaan käyttää voimien seuraamiseen, lääkityksen seuraamiseen ja mitareiden täyttämiseen. Myös havainnointi tuntuu helpommalta, sitä mukaa mitä enemmän etävastaanottoja tekee. Avokonttori-työskentelyyn etävastaanotto ei vastausten perusteella sovi. Stenberg (2016) toteaa että etäpalvelua tarjoavan ammattihenkilön tulee arvioida huolellisesti etäkuntoutuksen soveltuvuutta potilaskohtaisesti.

Haastatteluissa nousivat etäkuntoutuksen kohderyhminä esiin heikosti hoitoyhteistyössä olevat potilaat, liikuntarajoitteiset potilaat, työssäkäyvät potilaat sekä asumispalveluissa asuvat potilaat. Organisaation tulisi kouluttaa ja motivoida henkilökuntaa käyttämään etäkuntoutusta enemmän. Rönkön (2013) mukaan etäkuntoutuksen hyöty on palveluiden

tasavertainen saatavuus, saatavuuden parantuminen sekä vakaus ilman henkilökunnan lisäämistä. Vuononvirran (2011) mukaan etäkuntoutusta ei vielä hyödynnetä psykiatriassa hoitotyössä kovinkaan runsaasti.

Etäkuntoutus on keino kaventaa terveyseroja, koska se on ajasta ja paikasta riippumattonta, ja sillä voidaan tavoittaa potilaita jotka eivät muuten perinteiselle vastaanotolle saavu. STM:n (2016) mukaan digitalisaatio parantaa yritysten toimintamahdollisuuksia sekä lisää ihmisten osallisuutta ja sosiaalista hyvinvointia. Valtiovarainministeriön (2015) mukaan Hallituksen yksi kärkihanke on palveluiden digitalisoiminen, ja erityisesti sitouttaa julkinen sektori uudistamaan toimintatapojaan. Etävastaanoton avulla on mahdollista pitää suurempi määrä ihmisiä hoidon piirissä, myös osa niistä jotka muuten katoavat pois hoidosta tai eivät koskaan saavu vastaanotolle. Etäkuntoutus on uusi työmuoto, sillä voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa potilaiden vointiin positiivisesti, tai auttaa pääsemään takaisin työelämään. Etäkuntoutusta voitaisiin käyttää myös somaattisten vaivojen seuraamiseen. Suuronen (2016) kertoo että skitsofreniaan liittyy lähes aina somaattisen terveyden haittoja ja odotettavissa olevan elinajan odote on vähemmän kuin muulla väestöllä.

Duffa – Halonen – Kari (2017) mukaan työelämää voimakkaasti muokkaavia megatrendejä ovat kaupungistuminen, ilmastonmuutos, globalisaatio sekä digitalisaatio. Muutto-liike Uudellemaalle on suurta. 2000-luvun aikana maakunnan väestö on kasvanut noin 260 000 henkilöllä ja vuosittainen kasvuvauhti on luokkaa 1 prosentti. (Uudenmaan liitto 2018.) Organisaation työhuonemäärät ja hoitohenkilökuntaresurssit ovat rajalliset. Etävastaanottoa tehostamalla saataisiin hallittua suurempia potilasmääriä, ilman että työaika kasvaa tai henkilökunnan määrää pitää lisätä. Lillsjö – Turtiaisen (2018) mukaan palveluiden kohdennus ja tuottaminen ovat muutoksessa, ja muutoksen tavoite on parempi palvelutaso sekä kustannustehokkuus. Stenberg - Serquieiros – Holin (2016) mukaan reaaliaikainen etäterapia on perinteistä tapaa kustannustehokkaampi. Kortelan (2018) mukaan mielenterveysongelmat ovat Suomessa kallein hoidettava sairauksien ryhmä. Huttusen (2016) mukaan skitsofreniaan sairastuu 1 prosentti ihmisistä elinaikanaan.

Muuttoaallossa on tilastojen mukaan 1 prosentti skitsofreniaa sairastavia, ja se vaikuttaa tätä kautta potilasmääriin HUS-alueella. Vaikka tässä opinnäytetyössä etävastaanotto koettiin selvästi intensiivisempänä kuin perinteinen vastaanottotyö, se saattaa ajan kanssa muuttua vähemmän keskittymistä vaativaksi, kuten osa vastaajista myös ilmaisi. Hyvän segmentoinnin ja kokemuksen myötä voitaisiin havaita ja valikoida potilasryhmät,

joille etäkuntoutusta nimenomaan suositellaan. Etävastaanottotekniikkaa tulee kehittää ja etäkuntoutuksen markkinointi on tärkeää. Kehittämällä työtapoja, työ saattaa muuttua vähemmän kuormittavaksi, mutta tehokkaammaksi. Psykoosisairaus on monimutkainen ja välillä vaikeasti hahmotettava asia, sitä voidaan lähestyä myös uusin työvälinein, potilaslähtöisesti, inhimillisesti mutta tehokkaasti. Hyppösen (2016) mukaan palveluiden saatavuutta sähköisessä muodossa pidetään tulevaisuudessa tärkeänä.

8.2 Työn eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua

Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Täten se on luotettava ja eettisesti hyväksyttävä. Tutkimuksessa tulee noudattaa tunnistettuja tapoja toimia, kuten rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta. Tiedonhankinta- sekä arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäväällä pohjalla ja tieteellinen tieto on luonteeltaan avointa sekä vastuullista. Tieteelliselle tutkimukselle pitää olla tutkimuslupa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta, tutkijan tulee paneutua kunnolla alaansa, jotta kaikki informaatio on niin luotettavaa kuin mahdollista. (Kankkunen - Vehviläinen - Jukunen 2013: 211.) Sairaanhoidaja vastaa tekemästään hoitotyöstä henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoidajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajaliitto 2014.) Tutkimuseettisesti on tärkeää varmistaa luottamus tutkijan ja tutkittavan ilmiön suhteen, ja niiden joita haastatellaan. Jokaiselle haastateltavalle annetaan saatekirje, jossa käy ilmi mistä on kysymys ja varmennetaan tutkimukseen osallistujan tietoinen suostumus, informed consent-periaatteen mukaisesti, jossa henkilö vapaasta tahdostaan vahvistaa päätöksensä osallistua tutkimukseen. Tätä ennen hän on saanut riittävät tiedot, jotta kykenee muodostamaan osallistumispäätöksensä. (CRC.)

Eettisyys on myös yksi laadun mittari. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotattavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan ja otoksen valintaan, reflektiivisyyteen sekä eettisyyteen eri näkökulmineen ja relevanssiin. (Kankkunen – Vehviläinen 2013: 205.)

Opinnäytetyöhön on saatu tutkimuslupa HUS organisaatiosta. Tutkimusluvasta tehdään kirjallinen viranhaltijapäätös. Tutkimusluvasta myöntää yhtä HYKS:n tulosyksikköä koskevan tutkimuksen osalta ao. tulosyksikön tutkimuksesta vastaava henkilö tai monta tulosyksikköä käsittävän tutkimuksen osalta HYKS:n johtava ylilääkäri samoin kuin silloin, jos tutkimuksesta vastaava henkilö on esteellinen. Salassa pidettävien tietojen tietosuojaa on tutkimuksessa asianmukaisesti turvattu ja tutkimuksen rahoitussuunnitelma kattaa tutkimuksen sairaanhoitopiirille aiheuttamat kustannukset. (HUS. Pysyväisohje 2017.)

Sairaanhoitaja vastaa tekemästään hoitotyöstä henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta, tutkijan tulee paneutua kunnolla alaansa, jotta kaikki informaatio on niin luotettavaa kuin mahdollista. (Kankkunen - Vehviläinen - Julkunen 2013: 211.) Ammatilainen on vastuussa toiminnastaan, ei vain yksittäisessä tehtävässä vaan myös niiden ulkopuolella. Asema tiedon haltijana velvoittaa ottamaan vastuuta ammattitoiminnan seurauksista. (Juujärvi – Myyry – Pessa 2007: 47.) Hoitohenkilökunta vastaa siitä, että potilaiden hoito onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla. Eettisiä ongelmia syntyy, jos organisaation ja henkilökunnan arvot ovat ristiriidassa keskenään, tai henkilökunta joutuu toimimaan vastoin periaatteitaan. (Leino-Kilpi – Välimäki: 2008: 269.) Eettisyys on myös yksi laadun mittari. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan ja otoksen valintaan, reflektiivisyyteen sekä eettisyyteen eri näkökulmineen ja relevanssiin. (Kankkunen – Vehviläinen 2013: 205.) Lähdekritiikki on luotettavuuden arviointia. Tällöin arvioidaan sitä, onko löydetyn lähteen tieto oikeaa. Lähteestä kannattaa tutkia onko sisältö faktaa vai enemmän uskomusta, ja miksi sisältö on tehty? Tiedon ikä vaikuttaa myös luotettavuuteen. Internetlähteistä voidaan päätellä luotettavuutta muun muassa tekijöiden tai julkaisijan perusteella, ja siitä että niiden tarkoituksena on opetus tai tiedotus. (Helmet 2017.) Tiedon luotettavuutta ja hankintaa arvioidaan monin eri kriteerein. Yleensä tietolähde on luotettavaksi arvioitu, jos se on virasto, uutistoimisto, oppikirja, tietokirja tai virallinen kotisivu. Kaupallinen tai aatteellinen yhteys tietoon tekee siitä mahdollisesti epäluotettavan. Tiedon etsimisen tulee olla objektiivista eikä oma käsitys saa vaikuttaa tiedon analysointiin. Tietolähteeltä tulee vaatia perusteltuja mielipiteitä sekä faktoja. (eNORSSI.) Kiinnostavan artikkelin löytäessään kannattaa pohtia kolmea seikkaa: Artikkelin käyttökelpoisuutta, eheää kokonaisuutta sekä onko artikkeli kiinteä ja looginen? (Metsämuuronen

2006: 30.) Tutkimukselliset tekstit ovat hyvin tärkeitä lähteitä, kuten myös analyysille perustuvat lähteet. Lähteiden käyttö sekä lähteisiin viittaaminen ovat keskeinen osa tutkimusprojektia. Niiden avulla ilmaistaan osaamista ja hyvien lähteiden käyttäminen osoittaa aiheen sekä tieteellisten käytänteiden hallintaa. (Tampereen Yliopisto 2011.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksinä voidaan esittää seuraavat päätelmät:

- Etävastaanotto ei korvaa perinteistä, kasvokkain tapahtuvaa vastaanottoa. Se korvaa hoitopuhelun ja on kokemuksena perinteistä tapaamista intensiivisempi mutta ajallisesti lyhyempi. Etävastaanotto toimii ammattilaisten välillä, samassa organisaatiossa hyvin. Keskittyminen etävastaanottotilanteessa koetaan paremmaksi kuin perinteisessä tapaamisessa.
- Etävastaanotossa tarvittava tekniikka toimii puutteellisesti. Ajanvaraamisessa ja etätapaamisessa on paljon teknisiä haasteita. Yhteys pätkii eikä sovellus tunnu toimivan halutusti. Myös tapaamisen valmistelu koetaan vaativampana kuin perinteisessä tapaamisessa. Etävastaanotto ei sovellu avokonttoriin.
- Etävastaanottotoimintaa toivotaan kehitettävän organisaation taholta, koulutuksen ja markkinoinnin avulla. Etäkuntoutuksella on mahdollista tavoittaa potilaita, joita perinteisellä tapaamisella on vaikea tavoittaa. Etäkuntoutus säästää työaikaa ja vähentää matkustamiseen kuluva aikaa. Potilasryhmiä voidaan segmentoida etäkuntoutusta silmällä pitäen.

Tämän opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimuskohteina voitaisiin selvittää seuraavia asioita:

Vähentääkö etävastaanotto toiminta hoitohenkilökunnan henkistä kuormitusta ja lisääkö se työhyvinvointia ja olisiko etäkuntoutustoiminnan lisäämisellä yhteyttä esimerkiksi sairauspoissaolojen vähenemiseen?

Voidaanko etävastanotoilla lisätä suoritteita, ilman että suoritteisiin kuluva aika kasvaa merkittävästi, ja voidaanko kasvavia potilasmääriä hallita tulevaisuudessa siten, että lisätään etäkuntoutustoimintaa, ilman että henkilökuntaa tarvitsee lisätä.

Onko etäkuntoutuksella apua potilaan elinajan odotteen nostamisessa tai onnistuuko paluu työelämään paremmin niillä potilailla jotka ovat olleet etäkuntoutuksen piirissä?

Lähteet

Alkio, Mikko. Terveiden kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uusittava? 2011. WSOY. Helsinki. Painettu EU:ssa.

Anttila, Pirkko. Haastatteluun perustuvan tutkimuksen suorittaminen. 2007. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289380312/1194290540422.html>

Ala-Nikkola, Taina – Ikonen, Katariina – Joutsenniemi, Kaisla – Kallakorpi, Susanna – Kantinkoski, Camilla, Näätänen Petri – Paavilainen, Erja – Peltola, Jukka 2016. HUS Hyvänhoidon periaatteet HYKS psykiatriassa. KopioNiini.

Catalyst 2013. Moduuli 0. Ohjaajan käsikirja.

Catalyst 2013. Moduuli 4, ohjaajan työkirja. Skitsofrenian syitä.

CRC. Turku clinical research centre. http://www.turkucrc.fi/tutkimuksen_toteuttaminen/tietoon_perustuva_suostumus

Dufva, Mikko – Halonen, Minna – Kari, Mika – Koivisto, Tapio – Koivisto, Raija- Mylly-oja Jouko 2017. Kohti jaettava ymmärrystä työn tulevaisuudesta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta.

DUODECIM 2015. Skitsofrenia -käypähoitosuositus. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050#s12>. Luettu 23.2.2019

eNORSSI. <http://www.enorssi.fi/opetus/verkko-opetus-1/keittokirja-aloittelevalle-verkko-opettajalle/tiedon-hankkiminen-ja-sen-luotettavuuden-arviointi>

Eriksson, Elina – Korhonen, Teija – Merasto, Merja – Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja kirjoittajat. Bookwell Oy. Porvoo

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Glumerus, Piritta 2016. Videopuhelut nuorisopsykiatriassa: Käyttäjäkokenuksia videopuhelupilotista. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <http://www.theseus.fi/handle/10024/119358>

Grönfors, Matti – Vilka, Hanna (toim.) 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätymenettelmät. Sofia-Sosiologi-Filosofiapu Vilka. Hämeenlinna.

Haastattelun materiaalia. Sitaatteja opinnäytetyön haastatteluista. 2018-2019.

Haho, Annu 2006. Hoitamisen olemus – Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. LÄÄKETIETEELLINEN TIEDEKUNTA, HOITOTIETEEN JA TERVEYSHALLINNON LAITOS, HUMANISTINEN TIEDEKUNTA, HISTORIAN LAITOS, OULUN YLIOPISTO

Heikkinen-Peltonen, Riitta – Innamaa, Marja – Virta, Marjut 2008. Mieli ja terveys. Edita Prima. Helsinki

Heinesmäki, Miikka 2015. Digitalisaation vaikutus suomalaisten hyvinvointiin. Turun avoin yliopisto. <https://digitalist.global/talks/digitalisaation-vaikutus-suomalaisten-hyvinvointiin/>

Heiskanen, Tarja-Salonen, Kristiina, Sassi, Pirkko. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. SMS-Tuotanto OY. Visuviestintä OY. Helsinki.

Helmet 2017. Tunnista luotettava tieto. http://www.helmet.fi/fi-FI/Lapset/Tiedonhaku/Tunnista_luotettava_tieto. Luettu 28.2.2018

Hietaharju, Päivi – Nuutila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi. HELSINKI.

Holmberg, Jan 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. EDITA. Keuruu.

Hotus. 2016. SOTE-uudistuksen haasteet – selvitys hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Raportti 1 /2016. http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRA-PORTTI_13_6_2016_NETTI_0.pdf (luettu 25.2.2019.)

HUS. 2012. Edelläkävijä – vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. STRATEGIA 2012 – 2016.

HYKS Psykiatria toimintasuunnitelma 2015, nettijulkaisu, HUS intra.

HUS-alueen kuntakartta. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/Sivut/default.aspx>. Katsottu 23.2.2019

HUS intra 2018. Etätulkkaus on nopeaa, kätevää ja säästää kuluja.

HUS Intra. Pysyväisohje 2017. Tutkimuksen tekemiseen tarvittavat luvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. <http://www.hus.fi/tutkijalle/saadokset-ohjeet-lomakkeet/ladattavat-dokumen-tit/Tutkimuslupa%20liittyvt%20ohjeet/Py-syv%C3%A4isohje%202017%2004%20Tutkimusluvat%20HUSissa.pdf>

HUSsote 2013 – Mielenterveystalo.fi – nettipalvelun sisällöt palvelevat nyt entistä paremmin myös ruotsinkielistä väestöä. Nettijulkaisu.

HUSsote 2017 – Mielenterveystalo.fi – palvelulla yli satatuhatta käyttäjää lokakuussa. Nettijulkaisu

HUS 2017. Hoitotyö. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hoitotyö/Sivut/default.aspx>. Luettu 20.2.2019

HUSsote 2018, Terveyskylän uusi etävastaanotto on nopea ja kätevä, nettijulkaisu

HUS 2018. Sähköisten viestintävälineiden ja O365-palvelun ohje. Pysyväisohje 9/2018. Luettu 28.2.2019

HUS. Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi Strategia 2012–2016. 2012. Nettijulkaisu HUS intra. Luettu 24.9.2018.

HUS. 2008. Henkilöstökertomus.

HUS 2014. HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄN TIETOTURVAPOLITIIKKA. Luettu 28.2.2019.

HUS -potilasesite, Itäinen kuntoutuspoliklinikka

HUS. 2018. Hyks – VARHAISPSYKOOSIKESKUS.

Huttunen, Jussi. 2018. Mitä terveys on? DUODECIM. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903. Luettu 21.2.2019

Huttunen, Matti 2016. Skitsofrenia. DUODECIM Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148#s1

Hyppönen, Hannele – Ilmarinen Katja 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Helsinki. THL. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN_ISBN_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1

Hämäläinen, Virpi – Maula, Hanna – Suominen, Kimmo.2016. Digiajan strategia. ALMA TALENT. Helsinki

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja WSOY 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell OY. Juva.

Juujärvi, Soile – Myyry, Liisa – Pessa, Kaija 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki. Tammi.

Jyväskylän Yliopisto 2013. Verkkohoidot tutkitusti tehokkaita masennuksen hoidossa. Nettijulkaisu, josta printti.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki, SanomaPro.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen – Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki. <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/Haastattelu>

Karvonen, Marjo – Peltola, Mikko – Isohanni, Matti – Pirkola, Sami – Suvisaari, Jaana – Lehtinen, Klaus – Hella, Pertti – Häkkinen, Unto 2008. Perfect – Skitsofrenia, Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakes. Helsinki. Valopaino OY.

Kaunialan Sairaala Oy. Palvelu-TV. Internet-sivut. < <https://www.kauniala.fi/kuntoutus/palvelu-tv/>>. Luettu 19.9 .2018.

KELA. Etäkuntoutus-hanke. Internet-sivut. <<http://www.kela.fi/etakuntoutus-hanke>>. Luettu 19.9 -2018.

KELA. Mitä kuntoutus on? 2017. <https://www.kela.fi/mita-kuntoutus-on>

Kervinen, Jenna – Kropsu, Joonas 2016. Käytettävyytutkimus Case: Pieni piiri. Laurea AMK. Opinnäytetyö.

Kortela, Anne 2018. Mielenterveyshäiriöt Suomen kallein kansantauti – Jyväskylän yliopisto pystyi selvittämään myös välilliset sote-kustannukset. Hoiva & Terveys Sote. Bonnier business forum. <https://hoivajaterveys.fi/mielenterveyshairiot-suomen-kallein-kansantauti-jyvaskylan-yliopisto-pystyi-selvittamaan-myos-valilliset-sote-kustannukset/> (luettu 25.4.2019.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 3§: Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992>.

Lammi-Taskula, Johanna. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOYpro. Helsinki

Lavikainen, Juha-Lahtinen, Eero – Lehtinen, Ville 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1> (Luettu 20.2.2019.)

- Lauri, Sirkka 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki. WSOY
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2008. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro.
- Lillsjö, Kristiina – Turtiainen Jenni. Etäkuntoutus toimintaterapiassa. 2018. Metropolia AMK. Opinnäytetyö.
- Maisa.fi-esite 2018. Apotin asiakasportaali – digitaalinen kanava ammattilaisen ja kansalaisen välillä.
- Mediauutiset 2011. Psykiatristen potilaiden somaattiset sairaudet unohtuvat usein. <https://www.mediauutiset.fi/uutiset/psykiatristen-potilaiden-somaattiset-sairaudet-unohtuvat-usein/8065dc98-95e9-30a3-80bb-eb149e8a8ca1>
- Metsämuuronen, Jari (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp KY. Gummeruskirjapaino. Jyväskylä.
- Mielenterveystalo.fi. Tietoa psykoosista. Haku 6.2.2018. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
- Naamanka, J. 2016. Teknologia ja turvallisuus etäkuntoutuksessa. Teoksessa A-L. Salminen, S. Hiekkala & L-H. Stenberg. (toim.) Etäkuntoutus. Tampere: Juvenes Print.
- Narumo, Reija. 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? – Ohjaava työote mielenterveys­työssä. Mielenterveyden keskusliitto. Kehitys Oy. Pori.
- Niuvaniemen sairaala. 2017. Hoitomenetelmät. <https://www.niuva.fi/hoitotyö/menetelmat.htm>. Luettu 21.2.2019
- Näätänen, Petri. 2014. Hyks-psykiatrian osaamiskeskus Loppuraportti psykiatrian osaamiskeskustyöryhmän työskentelystä.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Perttunen Jyrki - Korhonen Esko - Jokela Ritva - Korte Hanna 2018. Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsingin- ja uudenmaanläänin sairaanhoitopiiri. Helsinki. Kopio Niini.

Pitkänen, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto

Reponen, Jarmo – Kangas, Maarit – Hämäläinen, Päivi – Keränen, Niina. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Oulun yliopisto. Juvenes print.

Rintala Aki, Hakala Sanna ja Sjögren Tuulikki, toim. Etäteknologian vaikuttavuus liikunnallisessa kuntoutuksessa 2017. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.

Rönkö, Hanna-Mari. Teknologiaselvitys – interaktiivinen etäkuntoutus. 2013. Opinnäyte-työ. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Saaranen-Kauppinen, Anita - Puusniekka, Anna. 2006. Haastattelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Sairaanhoitajaliitto 2014. / Jäsenpalvelut / Ammattitaidon kehittäminen. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Haku 3.2.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehityminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salminen, Anna-Liisa – Hiekkala, Sinikka – Stenberg, Jan-Henry (toim.) 2016. Etäkuntoutus. Helsinki. KELA.

Salminen, Jouko – Hanses, Orvokki. 1994. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntoutuksen rooli. DUODECIM. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/15/duo40323>. [Luettu 21.2.2019](#)

Salminen, Leena – Stolt, Minna – Suhonen, Riitta 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turun yliopisto. Juvenes print.

Saloheimo, Hannu 2016. HUS – Lohjan sairaanhoitoalue – psykiatrian käsikirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 28.10.2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. KIRJE. http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360

Stenberg, Jan-Henry 2016. Etäkuntoutus – kuntoutuksen uusi mahdollisuus. Luento. 25.4.2016. KELA-kanava. <https://www.youtube.com/watch?v=rD0kcYgl5gM> ajassa 38:50 >

Stenberg, Jan. 2016. Esitys etäkuntoutuksesta. KELA. <https://www.slideshare.net/kelan-tutkimus/stenberg-janhenry-etkuntoutus-ja-psykoterapia>

Stenberg, Jan-Henry - Blanco Sequieiros, Sanna - Holli, Matti, Kampman, Olli – Kieppä, Tuula – Korkeila, Jyrki – Mäki, Pirjo – Wahlbeck, Kristian – Joffe, Grigori – Häll, Pasi – Joutsenniemi, Kaisla. 2016. Lääkärilehti, Mielenterveyttä etänä? <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/mielenterveytta-etana/?public=24ff267ccea39e8ada8e4fea582ecda4>

Suuronen, Johanna. Tiedosta, tutki, toimi – tunnista psykoosipotilaan akuutti somaattinen sairaus. Toimintaohje Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. 2016. Tampereen AMK

Tampereen Yliopisto 2011. Lähteiden käyttö ja lähdeviitteiden merkitseminen. <http://www.uta.fi/yky/oppiaineet/sosiaalipolitiikka/kaytannot/viittaushjeet.html>. Luettu 25.3.2019.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1336. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 21.2.2019

Terveyskylä.fi. HUS

THL 2017. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen perustelut. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet/kaventamisen-perustelut>. Luettu 26.3.2019.

Timonen, Olavi. LÄÄKÄRIN ETÄVASTAANOTTO PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus videoneuvottelulaitteiston avulla toteutetusta etävastaanottokokeilusta. 2004. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514274075.pdf>

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki. Gummerus kirjapaino OY Jyväskylä.

Tuomivaara, Seppo – Hynninen, Kirsi – Leppänen, Anneli – Lundell, Susanna – Tuominen, Eva. 2005. Asiantuntijan luovuus koetuksella. Työterveyslaitos. Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 27.3.2019.

Tuulio – Henriksson. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Duodecim. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11478>

Uudenmaan liito. Väestö. 2018. <https://www.uudenmaanliitto.fi/tietopalvelut/uusimaa-tietopankki/vaesto>. Luettu 9.3.2019

Valtiovarainministeriö 2015. Digitalisoidaan julkiset palvelut. <http://vm.fi/digitalisoidaan-julkiset-palvelut>.

Valtiovarainministeriö 2016. SADe-ohjelma. Loppuraportti.

Valvira. 2015. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut. Luettu 20.9.2018.

Valvira 2014. Hoidon tarpeen arviointi. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.

Vehviläinen – Julkunen, Katri – Kankkunen Päivi 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sano-
ma Pro.

VIIKKIS. HUS Psykiatria vko 52/18-1/19, 24.12.2018-6.1.2019

Vuononvirta, Tiina 2011. ETÄTERVEYDENHUOLLON KÄYTTÖÖNOTTO TERVEY-
DENHUOLLON VERKOSTOISSA. OULUN YLIOPISTO. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514297175.pdf>

Väestörekisterikeskus <https://suomidigi.fi/ennakointikykyinen-yhteiskunta/digitalisaa-tiossa-tieto-on-kokonaisvaltaista/>

Vähäkylä, Leena 2009. Työtä tehden. Mielenterveyskuntoutuja työelämässä. Kirjapaja.
Helsinki

Saatekirje

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelmassa sosiaali- ja terveysalalla. Teen opinnäytetyönäni haastatteluun perustuvan tutkimuksen, jossa tutkin hoitohenkilökunnan kokemuksia etäkuntoutustyöstä HYKS Psykiatrian Psykoosipoliklinikalla.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millä tavalla hoitohenkilökunta kokee etäkuntoutuksen tekemisen potilastyössä?

Pyydän kohteliaasti että osallistuisit HYKS Psykoosipoliklinikalla toteutettavaan haastatteluun, johon etsin seitsemän kpl haastateltavia hoitotyön tekijöitä. Opinnäytetyö tehdään laadullisena, eli kvalitatiivisella tutkimuksena. Aineiston keräämisessä käytetään menetelmänä teemahaastattelua, eli puolistrukturoitua tapaa kerätä tietoa. Haastattelutilanteessa on yksi hoitotyöntekijä kerrallaan, ja haastattelukertoja on minimissään 1, mahdollisesti toinenkin. Kysyn kolme kysymystä, joiden vastausten pohjalta aineisto analysoidaan induktiivisella menetelmällä. Haastattelukysymyksissä kysytään kokemuksia etäkuntoutusvastaanottotyön tekemisestä, miten se eroaa perinteisestä ”face to face” vastaanottotyöstä ja millä tavoin etävastaanottotyötä voisi kehittää edelleen. Mielipiteet, kokemus ja ajatukset asiasta ovat hyvin tärkeitä.

Haastattelut nauhoitetaan, jotta ne voidaan litteroida myöhemmin. Nauhoitukset tuhoetaan kun opinnäytetyö on valmis. Haastatteluun osallistuvien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa opinnäytetyöprosessin aikana, eikä häntä voida tunnistaa valmiista työstä. Haastatteluun, ja tätä kautta tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja sen voit keskeyttää koska tahansa ilman seuraamuksia. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Theseus-järjestelmän kautta, sen tuloksia voidaan käyttää raporteissa ja luentotilaisuuksissa sekä koulutuspäivillä.

Mikäli haluat lisätietoja asiasta, niin pyydän kohteliaasti kääntymään Opinnäytetyön ohjaajani puoleen, joka on Lehtori, TtT Antti Niemi. (antti.niemi@metropolia.fi) sekä allekirjoittanut.

Vantaalla

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitaja / YAMK opiskelija Teemu Kivinen (teemu.kivinen@metropolia.fi / GSM: 0504287129)

Liitteen sisältö

Teemahaastattelurunko

Millaista on etäkuntoutusvastaanottotyö hoitohenkilökunnan kokemana?

Miten paljon olet tehnyt kuntouttavaa hoitotyötä hyödyntäen etävastaanoton mahdollisuuksia?

Kuvailisitko hieman etävastaanottotapahtumaa pääpiirteissään.

Mitä hyviä ja huonoja puolia koet etävastaanotossa olevan?

Koetko asian intensiivisenä tai väsyttävänä, varsinkin jälkikäteen?

Miten etäkuntoutusvastaanottotyö eroaa perinteisestä vastaanottotyöstä hoitohenkilökunnan kokemana?

Oletko huomannut eroa etävastaanoton ja perinteisen vastaanoton välillä? Mitä ne ovat?

Mitkä asiat ovat vaikeita etävastaanotolla?

Oletko oppinut uusia työtapoja uuden teknologian myötä?

Miten kuvailisit vuorovaikutusta etäkuntoutuksessa?

Miten vertaisit etäkuntoutusta perinteiseen tapaamiseen?

Miten etäkuntoutusvastaanottoa tulisi kehittää tulevaisuudessa?

Onko potilasryhmän sisällä potilasryhmiä, joille suosittelenn etäkuntoutusta?

Miten parantaisit etäkuntoutustoimintaa?

Mitä ominaisuuksia tai painopisteteitä toivoisit etäkuntoutukseen lisää? Esimerkiksi itsearvioiden täyttäminen, muut mittarit, somaattinen seuranta...

- Miten suhtaudut siihen että digitalisaatio muuttaa työnkuvaa tulevaisuudessa mahdollisesti paljonkin?