



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV®:ssä



Karhu Tanja

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

**Prosessikuvaus sairaanhoitajan
e-vastaanotosta HyvinvointiTV®:ssä**

Tanja Karhu
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2011

Karhu Tanja

Prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV®:ssä

Vuosi 2011 Sivumäärä 45

Opinnäytetyön tarkoituksena on muodostaa prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV:ssä QPR ProcessGuide -ohjelman avulla. Opinnäytetyö toteutettiin Turvallinen Koti -hankkeessa.

Aineisto kerättiin haastatteleamalla kahta sairaanhoitajan e-vastaanoton kulun ja sisällön hyvin tuntevaa henkilöä. Kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla. Aineiston pohjalta muodostettiin alustava prosessikuvaus QPR ProcessGuide -ohjelmalla. Haastateltavana olleet henkilöt tarkistivat muodostetun prosessikuvauksen oikeellisuuden, jonka jälkeen muodostettiin lopullinen prosessikuvaus.

E-vastaanoton prosessikuvaus on jaettu kolmeen osaan, jotka ovat e-vastaanottotoiminnan käynnistäminen, e-vastaanottotoiminnan toteutus ja e-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen. E-vastaanoton toimijoita ovat sairaanhoitaja, Turvallinen Koti -hanketyöntekijät, Laurea-ammattikorkeakoulu, Lääkärikeskusyhtymän lääkäri, laitetoimittajat Videra Oy ja Medixine Oy sekä Espoon kaupunki.

E-vastaanottotoiminnan käynnistyminen muodostuu sisällön analyysin yläluokista e-vastaanottotoiminnan suunnittelu ja asiakkuus. E-vastaanottotoiminnan toteutus muodostuu yläluokista toimijat ja yhteistyö, e-vastaanoton sisältö ja asiakkaan omahoidon tukeminen. E-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen muodostuu yläluokista toiminnan kehittäminen ja toiminnan arviointi.

Muodostettu prosessikuvaus auttaa hahmottamaan ja arvioimaan sairaanhoitajan e-vastaanoton eri vaiheita ja toimii pohjana toiminnan kehittämiseksi. Prosessikuvauksen avulla voidaan tarkastella eri toimijoiden rooleja ja toimintoja prosessin eri vaiheissa. Valmis opinnäytetyö ja prosessikuvaus annetaan käyttöön HyvinvointiTV:n hanketyöntekijöille, joihin myös e-vastaanottoa pitävä sairaanhoitaja kuuluu.

Asiasanat: e-vastaanotto, hyvinvointiteknologia, ohjaus ja neuvonta, prosessikuvaus

Karhu Tanja

Process description of the nurse´s e-practice in CaringTV®

Year	2011	Pages	45
------	------	-------	----

The purpose of the thesis is to produce a process description of the nurse's e-practice in CaringTV with QPR ProcessGuide programme. The thesis was carried out in the Safe Home - project.

The data was collected by interviewing two persons familiar with the contents of the nurse's e-practice. The collected data was analysed by qualitative inductive content analysis. Based on the data, a preliminary process model was generated with the QPR software. The persons interviewed checked the validity of the designed process description after which a final process description was formed.

The process description of the e-practice has been divided into three parts which are the starting of the e-practice activity, e-practice and the evaluation and developing of the e-practice. Some of the parties in the e-practice are a nurse, Safe Home -project workers, Laurea University of Applied Sciences, a doctor in Lääkärikeskusyhtymä, the equipment suppliers Videra Oy and Medixine Oy and the City of Espoo.

The starting of the e-practice activity consists of the upper main categories: planning of the e-practice activity and being a client of the e-practice activity. The e-practice consists of the main categories: parties and cooperation, the contents of the e-practice and supporting the client´s self-care. The evaluation and developing of the e-practice consist of the main categories: developing of the operation and the evaluation of the activities.

The formed process description helps to perceive and to evaluate the different stages of the nurse's e-practice and acts as a basis in developing the activities. The process description can be used to examine the different roles of the parties as well as the functions at different stages in the process. The project workers in CaringTV to whom the nurse having the e-practice also belongs are given both the completed thesis and the process description to use.

Keywords: e-practice, welfare technology, guidance, process description

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön teoreettinen perusta	7
2.1	Ohjaus ja neuvonta.....	7
2.2	Hyvinvointiteknologia	11
2.3	E-vastaanotto.....	13
2.4	Prosessikuvaus.....	16
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	18
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	18
4.1	Tutkimusmenetelmät ja aineiston kerääminen	18
4.2	Tutkimuksen tiedonantajat	19
4.3	Aineiston analyysi.....	20
4.4	Prosessin kuvantaminen	22
5	Opinnäytetyön tulokset	23
5.1	E-vastaanottotoiminnan käynnistäminen	23
5.2	E-vastaanottotoiminnan toteutus.....	25
5.3	E-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen	28
6	Pohdinta	30
6.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	30
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	31
6.3	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	32
6.4	Jatkohaasteet	35
	Lähteet	36
	Liitteet.....	39
	Liite 1 Tutkimuslupahakemus	39
	Liite 2 Haastattelusuostumus ja saatekirje.....	40
	Liite 3 Haastatteluteemat ja kysymykset.....	42
	Liite 4 Prosessikuvaus	43

1 Johdanto

Vuonna 2020 Suomessa ennustetaan olevan yli miljoona ikääntynyttä, yli 75-vuotiaista henkilöä. Samalla työkäisten määrä pienentyy huomattavasti. Väestörakenteen muutoksesta johtuen terveys- ja sosiaalialan menojen pelätään kasvavan kohtuuttomasti. Jotta ikääntyneille voidaan jatkossakin taata riittävät hyvinvointi- ja terveyspalvelut, on palvelujen järjestämisen turvaamiseksi aloitettu kehittämään uusia teknologisia ratkaisuja. HyvinvointiTV on yksi uusi ja lupaava keino tuottaa hyvinvointipalveluita ikäihmisille. (CaringTV; KOTIIN-hanke; Lehto & Raij, 2008; Turvallinen Koti -hanke.)

Sairaanhoitajan e-vastaanotto on osa HyvinvointiTV:n konseptia Turvallinen Koti -hankkeessa. HyvinvointiTV on Laurea-ammattikorkeakoulun, TDC Songin, Videran ja Espoon kaupungin yhteisen tutkimus- ja kehittämistyön tulos. HyvinvointiTV:n idean taustalla vaikutti tieto ikääntyvien määrän lisääntymisestä ja sen aiheuttamasta haasteesta yhteiskunnalle sekä haastatteluiden kautta saatu tieto, että ikääntyvät toivovat voivansa asua kotona mahdollisimman pitkään. HyvinvointiTV:n kautta lähetetään ohjelmaa kotona asuville ikäihmisille sekä henkilöille, jotka tarvitsevat terveydenhoitoon ja sosiaalihuoltoon tukea. HyvinvointiTV:n kautta tarjottavien palveluiden tavoitteena on tukea asiakkaiden kotona asumista ja arjen hallintaa. (CaringTV; KOTIIN-hanke; Lehto & Raij, 2008; Raj 2008; Turvallinen Koti -hanke.)

Turvallinen Koti -hankkeen tavoitteena on tuottaa arkea ja hyvinvointia tukevia ja ennaltaehkäiseviä virtuaalisia palveluita asiakkaiden koteihin. Palveluita arvioidaan ja kehitetään toimintatutkimusten avulla, joita tehdään yhdessä käyttäjien, asiantuntijoiden ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden kanssa asiakasvetoisesti. Asiakasvetoisuus tarkoittaa, että tutkimusaineistoa kerätään haastatteluiden ja kyselyiden muodossa HyvinvointiTV:n asiakkailta ja asiakkaisiin pidetään tiivistä yhteyttä. HyvinvointiTV:n ohjelmatarjonta on suunniteltu yhdessä asiakkaiden kanssa heidän tarpeidensa ja toiveidensa ollessa suunnittelun lähtökohtana. Toimiva HyvinvointiTV:n palvelu on levitettävissä kansallisesti sekä kansainvälisesti. Hankkeen asiakasryhmä muodostuu ikääntyneistä, perhe- ja sosiaalipalveluiden lastensuojeluasiakkaista, mielenterveyskuntoutujista ja kehitysvammaisista. Asiakkaat asuvat Uudenmaan, Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen alueella. Turvallinen Koti -hankkeen avulla pyritään parantamaan palveluiden laatua ja vaikuttavuutta tuottamalla uusia ennaltaehkäiseviä e-palveluita. Hankkeessa tutkitaan, kehitetään ja tuotetaan uudenlaisia e-palveluita HyvinvointiTV:n ja muun uudenlaisen teknologian avulla kotona asumisen tueksi. Hankkeessa syntyneet palveluprosessit kuvataan ja mallinnetaan. (Ahola 2010, 7 - 8; Turvallinen Koti -hanke.)

HyvinvointiTV:n kautta välitettävä ohjelma on vuorovaikutteista. Siinä ohjaus- ja tukipalvelut annetaan asiakkaalle erilaisten osallistavien ohjelmien kautta ja niiden tavoitteena on paran-

taa ja edistää ikääntyneiden valmiuksia ja mahdollisuuksia asua omassa kodissa. Vielä toistaiseksi HyvinvointiTV:n asiakkaat saavat palvelun kuntansa kautta, mutta tulevaisuuden visiossa kuka tahansa kotona asuva henkilö voi ostaa palvelun itselleen. (CaringTV; KOTIIN-hanke; Lehto & Raij 2008; Raj 2008; Turvallinen Koti -hanke.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on muodostaa prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV:ssä. E-vastaanotto on yksi HyvinvointiTV:n kautta tarjottavista e-palveluista. E-vastaanotto on vielä pilottivaiheessa ja tämä opinnäytetyö kuvaa tätä pilottivaihetta. Sairaanhoitajan e-vastaanoton avulla on mahdollista edistää iäkkäiden ihmisten kotona pärjäämistä tukemalla asiakkaiden omahoitoa. Prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta on tehty QPR ProcessGuide -ohjelmalla. Uusien e-palveluiden kuvantaminen on tärkeää, jotta saadaan esiin palveluiden käyttäjät, tarvittavat laitteet ja palvelun toteuttajat. Toiminnan mallintaminen prosessikuvauksella mahdollistaa kustannushyötynäkökulman jolloin on mahdollista laskea e-palveluista saatava taloudellinen hyöty. (Ahola 2010, 32.)

Tässä opinnäytetyöraportissa esitellään ensin opinnäytetyön teoreettinen perusta. Opinnäytetyön teoreettinen perusta on muodostettu lähteisiin perustuen ja avainsanoja ovat ohjaus ja neuvonta, hyvinvointiteknologia, e-vastaanotto ja prosessikuvaus. Seuraavaksi opinnäytetyöraportissa esitetään opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset sekä menetelmälliset ratkaisut ja tutkimustulokset. Pohdinta kappaleessa on arvioitu opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tutkimustuloksia ja jatkohaasteita. Tekstissä mainitut liitteet ovat opinnäytetyöraportin lopussa.

2 Opinnäytetyön teoreettinen perusta

2.1 Ohjaus ja neuvonta

Ohjaus on muuttunut vuosien aikana asiantuntijalähtöisestä hoito-ohjeiden antamisesta kohti asiakkaan omaa osallistumista ja määräysvaltaa. Tänä päivänä ohjauksen tavoitteena on yksilön koko elinkaaren kattava terveyden hallinta. Yksilölle annetaan yhä enemmän vastuuta omasta hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtimisesta. Terveydenhoitojärjestelmän tehtävänä on tukea yksilöä tässä tehtävässä sekä antaa apua sairauksien hoidossa. (Saranummi 2001, 9.)

Ohjauksen tavoitteena on edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaajan tehtävänä on tukea asiakasta päätöksenteossa sekä ongelmien ratkaisussa ja ohjata asiakas oikean tiedon lähteille. Ohjaussuhteen tulee olla tasa-arvoinen ja sen sisällön tulee koostua asiakkaan tarpeista. Ohjauksen lähtökohtana on, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija, ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjaus ei aina liity suoranaisesti sairauteen tai terveysongelmaan. Ohjauksen tarve voi liittyä myös esimerkiksi elämän-

taito-ongelmiin, elämäkulun eri vaiheisiin tai muuttuneeseen elämäntilanteeseen. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 26.)

Ohjaustilanne on sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin ja ne muodostavat ohjauksen lähtökohdan. Asiakkaan taustatekijät sekä hänen käsityksensä ja tulkintansa muodostavat sen todellisuuden, jossa hän elää ja toteuttaa hoitoaan. Juuri nämä tekijät tekevät jokaisesta asiakkaasta yksilön, joilla on erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät ohjauksen tarpeet. Hoitajan tulee selvittää asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä asiakkaan mahdollisuudet sitoutua omaan terveyttä tukevaan toimintaan. Hoitajan ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä ovat hänen tunteensa, tapansa ajatella ja toimia, arvot sekä ihmiskäsitys. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 27.)

Asiakkaan taustatekijöitä jotka tulee huomioida ohjauksessa, ovat muun muassa ikä, sukupuoli, sairaus ja terveydentila sekä terveystottumukset. Esimerkiksi ikääntyneen asiakkaan ohjauksessa on huomioitava iän mukanaan tuomia fysiologisia muutoksia, kuten mahdollisesti heikentynyt näkö, kuulo tai muisti. Myös ohjauksen kesto tulisi mitoittaa asiakkaalle sopivaksi. Ohjauksen toistuvuus on tärkeä asia asiakkaan yksilöllisistä tekijöistä riippumatta. (Kyngäs ym. 2007, 29 - 32.)

Isola ym. (2007) tutkivat iäkkäiden henkilöiden kokemuksia heidän saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan iäkkäät henkilöt (n=203) olivat tyytyväisiä saamaansa ohjauksen laatuun. Iäkkäät kuitenkin toivoivat, että ohjaustilanteet olisivat paremmin ohjaukseen soveltuvia ja annettu ohjaus olisi henkilökohtaista. He myös toivoivat omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen, monipuolisia ohjausmenetelmiä sekä yksilöllisyyttä ohjaukseen. Tutkimuksen mukaan iäkkäät saivat riittävästi ohjausta itse sairaudesta ja sen hoidosta, hoitotoimenpiteistä sekä tutkimuksista. Ohjaus oli riittämätöntä kuntoutuksen, tukiryhmien ja sairauden syiden osalta. Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät henkilöt kokivat ongelmalliseksi ohjaajien vaihtumisen ja heidän antamansa ohjauksen ristiriitaisuuden sekä ohjauksessa käytettävät vieraskieliset sanat. Iäkkäät toivoivat yksilöllisempää ohjausta ja että ohjaaja olisi tietoinen heidän huonosta kuulo- tai näkökyvystä tai huonosta muistista ja huomioisi ne ohjaustilanteessa. Tutkimuksen mukaan ohjausta antavien henkilöiden tulisi kiinnittää erityisesti huomiota ohjaustilanteiden yksilöllisyyteen ja käytettävien ohjausmenetelmien ja -materiaalien monipuolisuuteen. Yksilöllisyyttä ohjaustilanteeseen tuo asiakkaan ongelmien kuuntelu ja ohjauksen antaminen asiakkaan elämäntilanteeseen soveltuen. Ohjaustilanteen toivotaan olevan kiireetön ja inhimillinen. Iäkkäät toivoivat saavansa kannustusta ohjaajalta.

Haastavinta ohjauksen kannalta on herättää asiakkaassa motivaatio muutokseen. Motivaatio on sisäsyntyinen prosessi, johon ei voi ulkoapäin vaikuttaa. Motivaatio syntyy, kun asiakkaalla on jokin päämäärä, mihin hän toiminnallaan pyrkii. Ensin asiakas kuitenkin arvioi, onko hänel-

lä mahdollisuudet ja kyvyt tehdä muutoksia. Jos hän kokee näitä olevan, hän todennäköisesti löytää tarvittavat keinot ja voimavarat tavoitteen saavuttamiseksi. Motivaatio syntyy, kun ihminen uskoo omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa. Näiden uskomusten syntymiseen ja tukemiseen ohjaaja voi vaikuttaa. (Turku 2007, 33 - 36.)

Suurin osa ihmisistä on tietoisia esimerkiksi tupakan tai lihavuuden haittavaikutuksista. Silti ihmisten on vaikeaa lopettaa tupakointi tai laihduttaa. Tässä on yleensä kysymys motivaatiosta ja sen ylläpidosta. Joskus yksilö muuttaa tapojaan hetkellisesti, esimerkiksi keventää ruokavaliota laihtuakseen. Usein tulos ei kuitenkaan ole pitkäaikainen, vaan laihduttajan paino nousee takaisin jossain vaiheessa. (Saranummi 2001, 12.) Jotta elintapojen muutos olisi pysyvä, on annettava tieto muutettava yksilön omaan arkeen sopivaksi. Ohjaajan on osattava antaa tietoa ohjattavan omien tavoitteiden ja aiemman tietopohjan mukaisesti. Valmiiksi räätälöity tietopaketti ei sinällään ole valmis yhdistettäväksi asiakkaan elämään. Tiedot opitaan parhaiten, kun ne kytketään aitoihin oman elämän arkitilanteisiin. (Turku 2007, 16 - 17.)

Asiakkaalle annettavaa terveysneuvontaa voidaan toteuttaa erilaisista lähtökohdista, joista yksi on voimavaraistumisen (empowerment) näkökulma. Voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta mahdollistaa asiakkaan osallistumisen oman terveyden edistämiseen. Voimavaraistumiseen tähtäävän terveysneuvonnan tarkoituksena on helpottaa asiakkaan voimavarojen tuntemista ja käyttöönottoa sekä tukea asiakkaan päätöksentekoa tietoon perustuen. Terveysneuvonnassa on tärkeää asiakkaan omien tavoitteiden, motivaation, ajantasaisen tiedon ja aiemman kokemuksellisen taidon huomiointi. Terveysneuvontaa antava ohjaaja tukee omalla toiminnalla näitä asiakkaan yksilöllisiä toimintoja sekä kerää asiakkaan terveystietoja terveydentilan määrittämiseksi, tukee terveyttä ylläpitävää ja edistävää toimintaa asiakkaan lähtökohdista sekä antaa tiedollista tukea. Voimavaraistumista tukevassa terveysneuvonnassa asiakas ja ohjaaja yhdessä tarkastelevat asiakkaan aiempaa terveystietoa ja suunnittelevat terveyttä edistävää toimintaa. Terveyttä ylläpitävät ja edistävät vaihtoehdot käydään yhdessä läpi. Tämän jälkeen asiakas tekee tietoon perustuvan itsenäisen päätöksen miten hän haluaa edistää ja ylläpitää terveyttään. Tärkeää voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa on, että asiakas ja ohjaaja yhdessä määrittelevät tavoitteet ohjaukselle sekä asiakkaan kyky sitoutua suunniteltuihin tavoitteisiin. (Kivistö ym. 2009.)

Voimaantuminen on prosessi, jossa tunnistetaan ihmisen kyky määritellä omat tarpeensa, ratkaista omat ongelmansa ja saada käyttöönsä tähän tarvittavia voimavaroja. Ohjaajan tehtävänä on luoda voimaantumista tukeva ja asiakasta arvostava ilmapiiri. Voimaantumisen tavoitteena on, että ihminen näkee elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveyteen. Asiakkaan motivoitumiseen pyritään mahdollisuuden, ei pakon kautta. Voimaantumiseen tähtäävässä ohjauksessa ohjaaja ei esiinny asiantuntijana, vaan mahdollistajana, joka rohkaisee asiakasta ratkaisemaan itse ongelmansa ja tätä kautta ottamaan vastuuta

omasta terveydestään. Ohjaaja antaa asiakkaalle valinnan mahdollisuuksia, tukee asiakasta päätöksenteossa sekä kunnioittaa asiakkaan valintoja. Voimaantumisen tavoitteena on myös asiakkaan hoitoon sitoutuminen, jolloin hän ottaa itse vastuuta omasta hoidostaan. Voimaantumisessa asiakkaan haluttomuus elämäntapamuutoksiin nähdään kannanottona, jota ohjaajan on sellaisenaan kunnioitettava. Toisaalta tuloksettomaksi jäänyt ohjaajan väliintulo nähdään epäsovivana lähestymistapana, jolloin etsitään asiakasta puhuttelevampi lähestymistapa. (Turku 2007, 21 - 23.)

Ohjauksen tavoitteena on, että asiakkaan voimavarat ja aktiivisuus lisääntyvät. Tällöin hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksen päämääränä on, että asiakas saavuttaisi ohjauksen avulla ne tavoitteet, jonka vuoksi hoitoa annetaan. Tutkimuksissa on todettu, että ohjaus vaikuttaa positiivisesti asiakkaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, omahoitoon, arkipäivästä selviytymiseen ja hoitoon sitoutumiseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1.)

Ohjaaminen voidaan nähdä prosessina, jossa määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja sen vaikuttavuus. Ohjauksen prosessi on jatkuva, jolloin ohjauksen kaikissa vaiheissa arvioidaan ohjauksen tarvetta, suunnitellaan ja toteutetaan hoitoa sekä arvioidaan ohjausta. On todettu tärkeäksi, että asiakas saa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sekä mahdollisista tutkimuksista. Tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee asiakasta osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja antaa valmiuksia toteuttaa omahoitoa. Ohjauksen on lisäksi todettu vähentävän ahdistusta ja pelkoa. Ohjausprosessin tärkein vaihe on asiakkaan tarpeiden määrittely, koska silloin ohjaaminen lähtee asiakkaan tarpeista. Ohjauksen suunnittelussa otetaan huomioon, kuinka kauan asiakas on sairastanut ja mitä hän jo tietää sairaudestaan. Ohjauksen lähtökohdana on asiakaslähtöisyys, jolloin annettava ohjaus on suunniteltu asiakkaan tarpeita vastaavaksi. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10 - 11.)

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Vuorovaikutukseen vaikuttaa ohjattava- hoitajasuhde, viestintä vuorovaikutustilanteessa sekä fyysinen ympäristö jossa ohjausta annetaan. Asiakastyössä vuorovaikutus on keino, jolla asiakasta pyritään auttamaan. Vuorovaikutuksen avulla muodostetaan ohjaussuhde ja ohjaussuhteessa vuorovaikutuksella edistetään asiakkaan hoitoon sitoutumista. Ohjaajan tavoitteena on auttaa asiakasta saavuttamaan terveydentilaansa liittyvät tavoitteet. Ohjausta annetaan niiltä osa-alueilta, joihin asiakas toivoo muutosta. Ohjaaja auttaa asiakasta löytämään voimavarojaan ja näkemään mahdollisuutensa sekä lisäämään itsetuntemustaan. Onnistuneen ohjauksen ja vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat keskinäinen kunnioitus, vilpittömän kiinnostus toista ihmistä ja hänen asiainsa kohtaan, asiallisuus, taito ilmaista ajatuksensa selkeästi ja taito esittää kysymyksiä.

Onnistunut ohjaussuhde perustuu luottamukseen, empatiaan ja välittämiseen ja siinä vallitsee autonomisuus ja vastavuoroisuus. Asiakkaiden mukaan myönteinen hoitokokemus on sellainen, jossa he ovat saaneet kunnioittavaa kohtelua, ovat tulleet kuulluksi, heidät on otettu vakavasti ja heillä on ollut mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Ohjaustilanteessa vuorovaikutuksen kehittymiseen vaikuttaa fyysinen ympäristö, jossa ohjaus tapahtuu. Ympäristö voi vahvistaa tai heikentää vuorovaikutusta. Merkittävin fyysisen ympäristön tekijä on huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun ohjaajan kanssa rauhallisessa ja kiireettömässä ympäristössä. (Hankonen ym. 2006, 23 - 30.)

2.2 Hyvinvointiteknologia

Hyvinvointiteknologian rinnalla käytetään useita eri termejä, kuten terveysteknologia, geronteknologia ja tekniset apuvälineet. Englannin kielen vastaavia termejä ovat technical aid, assistive technology ja welfare technology. Hyvinvointiteknologisia tuotteita ovat esimerkiksi turvahälytinja järjestelmä, HyvinvointiTV sekä erilaiset etäseuranta- ja mittauslaitteet. (Ahtiainen & Auranne 2007, 10,13 - 15.) Hyvinvointiteknologian lähtökohtana on ihmisten omatoimisuuden, itseilmäisun ja aktiivisuuden tukeminen. Hyvinvointiteknologialla voidaan lisätä hyvinvointipalveluiden tuottamiseen joustavuutta ja tehokkuutta (Lehto 2008, 33).

Väestön ikääntymisen myötä terveyden- ja sairaanhoidon tarve ja ennaltaehkäisevän työn merkitys tulee kasvamaan. Samanaikaisesti työtä tekevien ihmisten määrä vähenee, jolloin myös sosiaali- ja terveystalouden perusrahoitus pohja pienenee. Tästä syystä valtioiden resurssit eivät tule riittämään nykyisten kaltaisten sosiaali- ja terveystalouden ylläpitoon. Tarvitaan uusia ratkaisuja, joita teknologia voi tarjota. Teknologiaa hyödyntämällä voidaan uudistaa ja kehittää palveluita sekä palvelurakenteita. (Saranummi 2001, 1,8.) Terveystalouden 2015-kansanterveysohjelman ja Stakesin julkaisemassa ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksen -oppaassa on asetettu tavoitteeksi, että ihmiset voisivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään erilaisten tukitoimien turvien. Tukitoimia voivat olla erilaiset hyvinvointiteknologian ratkaisut, joiden avulla voidaan edistää ihmisten terveyttä ja itsehoitoa. (Ahtiainen & Auranne 2007, 9.)

Suomessa hyvinvointiteknologia määritellään tietoteknisiksi ja teknisiksi ratkaisuksiksi, joiden avulla pyritään ylläpitämään tai parantamaan ihmisten elämän laatua, hyvinvointia tai terveyttä sekä edistämään arjessa selviytymistä ja turvallisuutta. Hyvinvointiteknologiaa on hyödynnetty ja kehitetty lähinnä ikääntyvien tarpeita ajatellen. Tästä huolimatta sitä voi hyödyntää kuka tahansa ihminen, jolla on fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn alenema. (Ahtiainen & Auranne 2007, 11 - 12.) Tällä hetkellä hyvinvointiteknologiaa on sovellettu eniten turvallisuuden alalle. Olemassa on automaattisesti virran katkaisevia palohälytintimiä, liesivahteja, liiketunnistimia ja lukuisia muita turvallisuutta lisääviä teknisiä laitteita.

Näiden lisäksi on kehitetty laitteita, jotka tukevat itsenäistä kotona selviytymistä. Turvallisuuden lisäksi ihmisen hyvinvointi rakentuu vuorovaikutuksesta ja osallisuudesta sekä toimintakykyä ylläpitävistä aktiviteeteista. Tarvittaessa yksilöä tuetaan terveydentilan seurannassa ja edistämisessä. Kaikkia näitä osa-alueita voidaan edistää hyvinvointiteknologialla. (Äyväri 2009, 16.)

Osa hyvinvointiteknologiaa on tietoteknologia, jonka avulla pyritään lisäämään asiakkaiden omatoimisuutta ja osallistumista oman terveyden edistämiseen ja hoitoon, lisäämään kansalaisten tietoutta terveellisistä elämäntavoista ja sosiaalisten ongelmien ehkäisystä sekä kaaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tietoteknisillä ratkaisuilla pyritään myös lisäämään sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannustehokkuutta sekä lisäämään laatua ja saatavuutta. (Saranummi 2001, 7.) Uusi teknologia ei sinällään johda terveys- ja sosiaalialan palveluiden laadun parantumiseen, vaikka aikaa säästyisikin erilaisten teknisten ratkaisujen ansiosta. Olennaista on se, miten säästynyt aika resursoidaan, eli miten ja mihin säästynyt aika ja kulut kohdennetaan (Mäensivu 2003, 136).

Yksi hyvinvointiteknologiaa hyödyntävä väline on laajakaistaverkkoa käyttävä televisio tai tietokone, jonka kautta saadaan äänen lisäksi näkyviin puhekumppanin kasvot. Kuva- ja äänipuhelujen avulla vuorovaikutus on rikkaampaa kuin tavallisella äänipuhelimella muodostettu yhteys. Sen kautta voidaan muodostaa yhteys omaiseen, ystävään, hoitohenkilökuntaan ja lääkäriin. Kuvapuhelu voi olla kahden keskeinen tapahtuma tai useamman henkilön välinen yhteisöllinen tapahtuma. Kuvan kautta omaisen ja hoitohenkilökunta voivat seurata esimerkiksi ikääntyvän vointia. (Äyväri 2009, 19 - 20.) Hyvinvointiteknologiaa hyödyntäen voidaan toteuttaa erilaisia e-hyvinvointipalveluita kuten lääkärikonsultaatioita, apuvälinekonsultaatioita, fysioterapiaa ja mielen virkistymiseen tähtäviä palveluita (Ahola 2010, 39).

Televisio on ikääntyville tutuin tekninen laite. Sen kautta on lähetetty jo pitkään ohjelmia, jotka kertovat hyvinvoinnista ja antavat ohjeita terveyden edistämiseen. Nämä ohjelmat ovat kuitenkin olleet yksisuuntaisia. Tietoliikenneverkkojen laajakaistaistumisen myötä television käyttömahdollisuuksia voidaan laajentaa niin, että se on lähetyksen vastaanottamisen lisäksi myös henkilökohtaisten palveluiden ja yhteisöllisyyden areena. Hyvinvointitelevisio muodostuu laajakaistaisesta verkkopalvelusta ja televisiosta tai tietokoneesta asiakaslaitteena. Kehitetyn teknologiaratkaisun varaan rakennetusta palvelukonseptista käytetään yleisesti nimitystä hyvinvointitelevisio. (Äyväri 2009, 35).

Sairaanhoitajan e-vastaanotto sijaitsee Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa. E-vastaanotto tapahtuu HyvinvointiTV:n välityksellä. Yhteyden muodostamiseen tarvitaan HyvinvointiTV-keskusuksikkö, kamera, mikrofoni, kosketusnäyttö, laajakaistayhteys ja televisio-ruutu. Asiakkaan kodissa sijaitsevaan televisioon liitetään helppokäyttöinen kosketusnäyttö ja

pieni kamera, jonka avulla asiakas käyttää HyvinvointiTV:n e-palveluita. (Ahola 2010, 10; Turvallinen Koti -hanke.)

Aholan (2010, 27 - 29, 36 - 37) opinnäytetyössä on kerätty ikääntyneiden odotuksia e- hyvinvointipalveluille. Ikääntyneiden mielestä kaikkein tärkein tukea tarvitseva hyvinvoinnin osa-alue on tarve liikunnallisuuteen. Toiseksi tärkeimmäksi hyvinvoinnin osa-alueeksi nousi sosiaalinen hyvinvointi. Kolmanneksi eniten ikääntyvät kaipaavat tukea psyykkisen ja toiminnallisen hyvinvoinnin osa-alueilla. HyvinvointiTV:n on todettu vähentävän ikääntyneiden yksinäisyyttä ja lisäävän heidän kokonaishyvinvointiaan. HyvinvointiTV:tä käyttävät ikääntyvät pitivät tärkeänä, että he saivat päivittäin yhteyden HyvinvointiTV:n välityksellä asiantuntijaan tai toiseen ikääntyvään. Mahdollisuus keskustella HyvinvointiTV:n välityksellä koettiin erityisen tärkeäksi. Iäkkäät kokivat tärkeäksi myös HyvinvointiTV:n välityksellä tapahtuvan ryhmätoiminnan, joka loi yhteisöllisyyden tunnetta. Yksilölliset palvelut taas tukivat ikääntyneiden elimistön ja turvallisuuden tarpeita. Vastaanottamalla ja osallistumalla sekä yhteisöllisiin että yksilöllisiin e-palveluihin ikääntynyt saivat parhaimman vasteen kokonaishyvinvoinnin tarpeelleen.

2.3 E-vastaanotto

Etäältä hoitamisen historia yltää yllättävän kauas ja käytäntö lienee yhtä vanha kuin kirjoitustaito. Keskiajalla julkinen terveydenhuolto käytti kirjekyyhkyjä viestien välittämiseen. 1800-luvulla postilaitoksen kehittyminen mahdollisti henkilökohtaisen etädiagnostiikan ja etähoidon. Varsinaiseen teknologiaan perustuva etähoito ja -diagnostiikka sai alkunsa 1840-luvulla, kun puhelin ja lennättimet keksittiin. 1920-luvulla mukaan tuli radio ja 1950 alettiin apuna käyttää televisiota ja avaruusteknologiaa. Tänä päivänä käytettävä digitaalinen teknologia sai alkunsa 1990-luvun alussa. Ensimmäinen television välityksellä tapahtunut vuorovaikutteinen lähetys tehtiin 1964 Yhdysvalloissa kahden psykiatrisen keskuksen välillä. Vuonna 1998 tehtiin USA:ssa 35 erikoisalalle 40 000 telekonsultaatiota, joista 70 % oli reaaliaikaisia ja loput kuvakonsultaatioita. Euroopassa telelääketiede on kehittynyt hitaammin ja eniten tutkimusta on tehty Skandinaviassa ja Englannissa. Suomessa ensimmäinen videoneuvottelukokeilu järjestettiin vuonna 1993 Utsjoen ja Helsingin terveystieteiden keskuksen välillä. (Timonen 2004, 21 - 22.) Vuonna 1999 etäkonsultaatiota hyödynnettiin eniten radiologiassa, iholääketieteessä, kardiologiassa, psykiatriassa, ensiaputoiminnassa ja kotihoidossa. Etäkonsultaation käyttämisen kolme tärkeintä syytä ovat, että se tarjoaa paremman hoitoon pääsyn, hoidon laatu paranee ja voimavaroja voidaan käyttää tehokkaammin. (Dimmick ym. 2000.)

E-vastaanotto on osa e-palveluja. Sairaanhoidajan ja lääkärin e-vastaanoton avulla voidaan tulevaisuudessa mahdollisesti vähentää terveysasemien kuormitusta sekä seurata asiakkaiden terveydentilaa interaktiivisesti ja ottaa tarvittaessa interaktiivinen yhteys asiakkaaseen. Tulevaisuudessa hyvinvointitekniikan ja e-palvelujen kysyntä ja tarjonta tulevat lisääntymään

ja niiden avulla pyritään etsimään ratkaisua terveydenhuollon kuormitukseen. Tämän hetken e-palveluja ovat esimerkiksi mahdollisuus konsultoida lääkäriä Internetin välityksellä eli niin sanotut eHealth-portaalit sekä terveyskortti, jotka tarjoavat elektronisia terveys- ja omahoitopalveluja sekä tietoa. (Saranummi 2001, 7.)

E-vastaanotto perustuu videoneuvotteluyhteyteen, jossa luodaan reaaliaikainen näkö-, kuulo- ja puheyhteys kahden tai useamman keskustelijan välille. Tyypillisiä käyttökohteita videoneuvottelulle ovat lääkäreiden ja muun henkilöstön koulutustilanteet, konsultaatiot ja kokoukset. Videoneuvottelun avulla on mahdollisuus hoitaa tilaisuuksia ja tehtäviä, joiden järjestäminen olisi aika-, etäisyys- tai kustannussyistä hankalaa tai epäkäytännöllistä. (Mäkelä 2006, 103 - 110.)

Etäkonsultaation ja etävastaanoton mahdollisuus muuttaa ja tehostaa erikoisammattiosaamisen käyttöä. Se tarjoaa mahdollisuuden keskusteluun ja toimenpiteisiin lääkärin tai hoitajan ja potilaan välillä maantieteellisestä etäisyydestä riippumatta. Esimerkkinä tästä on Kuusankosken aluesairaalassa vuosina 2007 - 2009 tehty Telestroke-hanke, jossa etäkonsultaation mahdollisuutta hyödynnettiin aivoinfarktipotilaiden liuotushoidossa. Kun Kuusankosken aluesairaalassa ei ollut paikalla omaa neurologia, otettiin sieltä videoneuvotteluyhteys Meilahden sairaalaan, jossa päivystävä neurologi tutki potilaan videoyhteyden kautta ja opasti Kuusankosken aluesairaalan henkilökuntaa liuotushoidon aloittamisessa. (Vahla 2008.)

Etäkonsultaatiota ja erityisesti videoneuvottelua on käytetty jo pitkään hyväksi psykiatrisella puolella. Erityisesti videoneuvottelua käytetään hoitoneuvotteluissa, joihin osallistuu useita työntekijöitä, potilas ja mahdollisesti omaiset ja kyseessä on niin sanottu syrjäseutu, jossa välimatkat ovat pitkiä. Tällainen toiminta on Pohjois-Suomessa monissa kunnissa jo vakiintuneena työskentelytapana. (Timonen 2004, 23.)

1998 - 1999 välisenä aikana tehtiin Yhdysvalloissa Tennesseessä tutkimus telelääketieteen keinoin toteutetuista vastaanotoista. Tutkimus oli pilottitutkimus ja koski sairaanhoitajan vastaanoton järjestämistä e-palveluna. Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää telelääketieteen keinoin kotiin tuotettuiden palveluiden hyötyjä ja haittoja potilaiden ja palveluiden tarjoajan näkökulmasta. Tutkimuksessa käytettiin Home TouchTM- yhtiön välineitä, joita olivat videokamera, videomonitori, kaiutinpuhelin ja puhelinliittymä. Järjestelmän avulla pystyi havainnoimaan lääkehoitoa, haavoja ja digitaalisten mittareiden näyttöjä. Videotekniikan lisäksi asiakas pystyi käyttämään kotonaan kannettavia digitaalisia mittareita, kuten, glukosimittaria, pulssioksimetriä, spirometriä ja lämpömittaria. E-vastaanoton aikana sairaanhoitaja arvioi asiakkaan kipuja, fyysistä toimintakykyä, haavoja, verensokeria, elintoimintoja sekä PCA-kipupumppujen ja lääkityksen hallintaa. Tutkimuksen loppuun mennessä sairaanhoitaja oli tehnyt 444 käyntiä videoneuvotteluyhteyden avulla. (Dimmick ym. 2000.)

Dimmick ym. (2000) tutkimuksessa mukana olleilla asiakkailla oli joku pitkäaikaissairaus kuten sydämen vajaatoiminta, keuhkosairaus, diabetes, emfyseema, verenpainetauti, aivohalvaus, syöpä tai avonainen haava kuten säärihaava. E-vastaanotolle otettiin myös asiakkaita, joilla on vaikeuksia noudattaa annettuja hoito-ohjeita tai lääkitystä. Lisäksi tutkimuksessa mukana olleilla asiakkailla oli ollut useita kontakteja kotihoitoon puhelimitse tai he olivat käyneet usein sairaalassa tai ensiapuklinikalla. Sairauden pahenemisvaiheissa asiakkaat olivat usein sairaalahoidossa. Yhteensä asiakkaita oli tutkimuksessa mukana 14. Tutkimuksen aikana asiakkailla oli e-vastaanottoaika kerran kahdessa viikossa. Neljästätoista potilaasta kahdellatoista oli Home Touch palvelun lisäksi kotisairaanhoidon palvelut. Kaksi asiakkaista oli mukana vain Home Touch- palvelussa eivätkä he olleet niin kotiin sidottuja kuin muut. Nämä kaksi asiakasta olivat pilotissa mukana, koska tarvitsivat seurantaa lääkeshoidossa ja heillä oli ollut toistuvia käyntejä terveydenhuollossa. Yhdeksälle asiakkaalle tehdyn haastattelun mukaan e-vastaanoton etuja asiakkaan näkökulmasta olivat lisääntynyt turvallisuuden tunne koska lääketieteellinen apu oli helposti saatavilla. Etuna oli myös parempi ja nopeampi pääsy terveydenhuollon neuvontaan. Asiakkailla ilmeni vähemmän kipuja, kun heidän ei tarvinnut matkustaa vastaanotolle ja samalla sekä sairaanhoitaja että asiakas säästivät matkustukseen kuluvan ajan. E-vastaanoton myötä asiakkaiden lääkkeiden käyttö oli turvallisempaa ja säännöllisempää ja asiakkaiden hallinnan tunne lisääntyi. E-vastaanotot olivat myös kiireettömämpiä ja yksityisempiä kuin perinteinen vastaanotto ja hoidon laatu koettiin paremmaksi. Vastaanottoa pitäneiden henkilöiden mukaan e-vastaanoton hyviä puolia olivat asiakkaan keskittyminen sairaanhoitajan ohjaukseen ja omaishoitajien mahdollisuus tehdä hoitotoimenpiteitä sairaanhoitajan valvonnassa e-vastaanoton aikana.

Vuosina 2001 - 2002 tehtiin Kainuun keskussairaalassa laaja etäkonsultaatiokokeilu, jossa tutkittiin mahdollisuutta hoitaa potilaiden vastaanottotoimintaa videoneuvottelulaitteiston avulla. Potilaat olivat yhdessä hoitajan kanssa Puolangan terveyskeskuksessa ja lääkäri oli Kainuun keskussairaalassa Kajaanissa. Kokeilussa käytettiin tavallista videoneuvottelulaitetta, joka oli varustettu kääntyvällä ja zoomattavalla yleiskameralla. Lisäksi laitteeseen oli kytketty erillinen dokumenttikamera, jolla oli mahdollista esittää röntgenkuvia, EKG-käyriä ja kirjallisia dokumentteja. Korvien tutkimisessa kokeiltiin erikseen suunniteltua erikoiskameraa. Käytössä oli myös elektroninen stetoskooppi. Tutkimuksessa oli mukana kaksi satunnaistettua ryhmää, joista toinen ryhmä (n=508) hoidettiin etävastaanotolla ja toinen ryhmä (n=490) tavallisella vastaanotolla Puolangan terveyskeskuksessa. Tulosten mukaan on mahdollista rakentaa toimiva, kohtuuhintainen etävastaanottojärjestelmä alueellisen atk-verkoston kautta. Potilastyytyväisyys etävastaanottopotilailla oli vähintään samaa luokkaa kuin perinteisellä vastaanotolla käyneillä. Etävastaanoton ja hoitopaikan välinen tiedonsiirto oli riittävän hyvä luotettavien päätelmien tekemiseksi. Noin kolme neljäsosaa potilaista voitiin hoitaa etäkonsultaation kautta. Lääkärin oma arvio onnistumisesta oli kuitenkin perinteisellä vastaanotolla parempi. Etääl-

tä konsultoiva lääkäri joutui myös hieman useammin määräämään laboratoriokokeita. Tutkimuksen mukaan etävastaanotto tulee noin 30 %:a kalliimmaksi kuin perinteinen vastaanotto ilman toiminnallisia ja organisatorisia muutoksia. (Timonen, 2004.)

Virtuaalista vastaanottotoimintaa hyödyntää tällä hetkellä 25 suomalaista kuntaa. Niissä e-vastaanottotoimintaa hyödynnetään virtuaalisessa kotihoidossa. Virtuaalinen kotikäynti suoritetaan kuvapuhelimen ja kosketusnäytöllisen tietokoneen avulla. Tällaisesta palvelumuodosta on erityisesti hyötyä haja-asutusalueilla, joissa hoitajalle kertyy kotikäynneillä useita ajokilometrejä päivän aikana. Virtuaalinen kotihoito on herättänyt paljon kritiikkiä, sillä sen pelätään korvaavan perinteisen kotihoidon. Virtuaalisen kotikäynnin tavoitteena ei kuitenkaan ole korvata kotihoidon palveluista vaan toimia tukena. Sitä pyritään hyödyntämään asiakkailta, jotka asuvat kaukana palveluista. Haja-asutusalueilla suurin osa kotihoidon työntekijöiden ajasta menee matkustamiseen. Virtuaalisen kotikäynnin avulla voidaan tehostaa toimintaa, kun matkustusaika vähenee. Kunnallisessa kotipalvelussa hoidetaan virtuaalisesti päivittäisiä rutiineja sovituilta asiakkailta. Asiakkailta kysytään kuvapuhelimen avulla esimerkiksi voimia ja kuulumisia sekä muistutetaan lääkkeiden otosta ja avustetaan lääkedosetin käytössä. (MTV3 uutiset 20.1.2011.)

2.4 Prosessikuvaus

Viimevuosien aikana liikejohtoa käsittelevä kirjallisuus on suositellut siirtymistä prosessiperustaiseen organisointitapaan. Tämä näkyy myös terveydenhuollossa. Puhutaan prosessijohdattamisesta ja prosessiorganisaatiosta. Prosessikeskeisyyttä pidetään yleensä myös asiakaskeisyytenä, koska prosessiorganisaatioissa asiat ryhmitellään niiden prosessien ympärille, jotka tuottavat asiakkaille arvoa. Prosessiorganisaation toiminta tähtää kokonaisuuden sujuvuuteen. Organisaatio mittaa onnistumistaan asiakastyytyväisyytenä, joustavuutena ja läpimenoaikana. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 92 - 97.)

Prosessisanaa voidaan käyttää useissa erilaisissa merkityksissä. Mitä tahansa muutosta, kehitystä tai toimintaa voidaan kutsua prosessiksi esimerkiksi oppimis- ja kasvuprosessi sekä neuvotteluprosessi. Prosessin idea on, että on olemassa jotain pysyvää ja toistuvaa, josta voidaan sopia ja jota voidaan mallintaa ja kehittää. Lillrank ym. (2004, 123) määrittelevät kirjassaan: ” prosessi tarkoittaa tuotanto-organisaation suunnittelemaa ja toteuttamaa toimenpiteiden sarjaa sekä toimenpiteitä yhdistäviä ohjauksen menettelytapoja ja informaatiovirtoja. Prosessi kuvaa suunnitelmia, aikomuksia, protokollia, resurssien ryhmittelyä ja käytön kriteerejä.” Prosesseja rakennetaan ja niitä kuvataan, jotta samanlaisia asioita voitaisiin hoitaa samalla tavalla joka kerta (Lillrank ym. 2004, 95).

Kun prosessi kuvataan, täytyy huomioida sen olevan osa jotain suurempaa prosessia, eli prosessit ovat eriaisteisten osaprosessien summia. Nämä pienemmätkin prosessit voidaan luokitella ydin- ja tukiprosesseiksi. Ydinprosessi tuottaa toiminnan ensisijaisen arvon. Tukiprosessit tuottavat ydinprosessin käyttöön erilaisia osasuoritteita, ja näin mahdollistavat ja tukevat ydinprosessia. Tukiprosesseja voivat olla esimerkiksi laitoshuolto ja ruokapalvelut. (Lillrank ym. 2004, 94.)

Tunnistamalla ja kuvaamalla prosesseja voidaan auttaa ihmisiä ymmärtämään kokonaisuutta ja näin mahdollistaa työn kehittäminen ja itseohjautuvuus. Prosessiajattelun keskeisin tavoite on palvella asiakkaita hyvin. Palvelun laatuun vaikuttaa jatkuva palautteen saaminen ja sen hyödyntäminen. (Laamanen 2001, 20, 23, 54.)

Prosessit voivat olla olemassa ilman, että kenelläkään on käsitystä niiden olemassa olosta ja toiminnasta. Prosessijohtamisen lähtökohtana on, että nämä olemassa olevat prosessit tulee määritellä, kuvata ja mallintaa. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi prosessikarttoja. (Lillrank ym 2004, 94 - 95.) Kun prosessi on kuvattu, on mahdollista arvioida, kehittää ja parantaa toimintaa systemaattisesti. Prosessin tunnistaminen ja kuvaaminen tarjoaa kehittämiselle tukirangan, jonka ympärille toimintaa voidaan kehittää ja kasvattaa. Kuvatusta prosessista voidaan myös tunnistaa toiminnan kriittisiä vaiheita. (Laamanen 2001, 4, 75.) Prosessikuvauksissa on mahdollista määritellä kunkin prosessissa toimivan yksilön vastuualue ja näin välttää päällekkäisyyksiä työssä. Prosessikartta muodostuu asiakkaan toiminnoista ja niihin liittyvistä ydinprosesseista, joiden perusteella luodaan prosessikuvaus. Prosessikuvauksen voi tehdä kuvastamaan toiminnan nykytilaa tai se voidaan muodostaa kuvaamaan tavoitetilaa, jolloin kuvioon lisätään toimet, joilla tavoitteeseen päästään. (QPR Software Oyj, 2008.)

Valmis prosessikuvaus ei ole vain kaavio, joka kuvaa toimintaa. Prosessikuvauksesta voidaan tunnistaa kriittisiä toimintoja, toimintojen välisiä merkityksiä ja ennen kaikkea nostaa esille kehittämisen kohteita. Prosessikaaviosta nähdään, mitä ihmiset tekevät eri prosessin vaiheissa ja mikä on heidän vastuualuettaan. (Laamanen 2001, 92 - 93.)

Prosessit kuvataan homogeenisille ryhmille. Tämä tarkoittaa sitä, että prosessit kuvataan tietylle asiakasryhmälle ja se ei sellaisenaan ole sovellettavissa toiseen asiakasryhmään. Jos prosessiin ei osata valita oikeanlaisia, siihen soveltuvia asiakkaita, käy helposti niin, että prosessi on jatkuvaa kaaosta. Toiminnan sujuvuutta edistää jos etukäteen on pohdittu, miten menetellä asiakkaiden kanssa, jotka eivät sovellu kuvattuun prosessiputkeen. (Lillrank ym. 2004, 97 - 98.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Keväällä 2010 HyvinvointiTV:ssä aloitettiin pilottihanke, jossa sairaanhoitaja pitää e-vastaanottoa HyvinvointiTV:n asiakkaille. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää sairaanhoitajan e-vastaanoton vaiheita HyvinvointiTV:ssä ja muodostaa vaiheista prosessikuvaus. Prosessikuvauksen avulla on mahdollista tarkastella e-vastaanoton kulkua ja toiminnassa mukana olevien toimijoiden rooleja. Prosessikuvausta voidaan hyödyntää myös toiminnan kehittämisessä ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten sairaanhoitajan e-vastaanotto etenee prosessina HyvinvointiTV:ssä?
2. Millainen on sairaanhoitajan e-vastaanoton ohjauksen sisältö HyvinvointiTV:ssä?
3. Millaisia toimijoita sairaanhoitajan e-vastaanottoon liittyy?
4. Mikä on toimijoiden rooli sairaanhoitajan e-vastaanotossa?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Tutkimusmenetelmät ja aineiston kerääminen

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusstrategiana on tapaustutkimus, eli tietoa kerätään yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta. Tapaustutkimus keskittyy tuottamaan kokemusperäistä tietoa tapauksesta ja sen tarkoituksena on saada tapauksen sisällä olevat asiat muiden nähtäville. Tapaustutkimus voidaan valita tutkimusstrategiaksi silloin, kun tutkimus on kiinnostunut yksittäisestä tapauksesta, esimerkiksi henkilöstä tai organisaatiosta. (Hirsjärvi ym. 2004, 125 - 128; Stake 2005.) Opinnäytetyö koskee HyvinvointiTV:n kautta toteutettavaa e-vastaanottopalvelua, jonka asiakasryhmä on lukumäärältään pieni. E-vastaanotto toiminta on vielä pilottivaiheessa, jolloin toiminta ei vielä ole vakiintunutta. E-vastaanotto toimintaa arvioidaan koko pilottihankkeen ajan ja toimintaa kehitetään arvioinnin pohjalta. Näin ollen tutkimusstrategiaksi sopii tapaustutkimus. Tietoa tutkimukseen on kerätty teemahaastatteluilla.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen piirteitä ovat, että se etenee yksityisestä yleiseen ja on kiinnostunut useammasta yhtäaikaisesta tekijästä, jotka vaikuttavat lopputulokseen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tarkastella kehittyviä prosesseja ja kuvailla niitä sekä etsiä säännönmukaisuuksia ja monimuotoisuutta (Hirsjärvi & Hurme 2006, 25 - 26). Laadullisessa tutkimuksessa tiedon keruussa käytetään ihmisiä ja tutkimusmenetelmät ovat avoimia. Avoin tekniikka tutkimusmenetelmänä tiedon keräämisessä antaa tutkittavalle mahdollisuuden kertoa tutkivasta asiasta avoimesti omin sanoin. Silloin tutkittavasta aiheesta on mahdollista saada yksityiskohtaisempaa ja totuudenmukaisempaa tietoa kuin esimerkiksi suljettuja

kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Havainnointi ja keskustelu antavat tutkittavasta aiheesta luotettavamman ja kattavamman kuvan. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksella. (Forman ym. 2008; Hirsjärvi ym 2004, 155.)

Haastattelu sopii aineiston keruumenetelmäksi esimerkiksi silloin, kun halutaan selventää ja syventää saatuja tietoja esittämällä lisäkysymyksiä tarvittaessa, tai kun tutkittava aihe on vähän kartoitettu jolloin vastausten suuntia on vaikea tietää etukäteen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34 - 35.) Haastattelutyyppinä voidaan luokitella sen mukaan, kuinka strukturoituja ja muodollisia ne ovat. Ääripäinä on täysin strukturoitu haastattelu, jossa on ennalta laaditut tietyssä järjestyksessä olevat kysymykset, toisen ääripään ollessa avoin haastattelu. Avoimesa haastattelussa haastateltava saa kertoa käsiteltävästä aiheesta täysin vapaasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96.) Teemahaastattelu on näiden kahden haastattelutyylin välimuoto. Teemahaastattelussa aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymyksiä ei ole tarkkaan muotoiltu tai aseteltu tiettyyn järjestykseen. Haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle eli lomakehaastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Se ei kuitenkaan ole niin vapaa muotoinen kuin avoin, eli niin sanottu syvähaastattelu. Teemahaastattelussa on etukäteen mietitty teemat tai keskustelun aihepiirit. Kysymysten muotoilu voi vaihdella haastattelutilanteissa ja tarpeen tullen voidaan esittää lisäkysymyksiä aiheesta. Jos haastateltavia on useita, käsiteltävät teema-alueet ovat kaikille samat. (Hirsjärvi ym. 2004, 197; Hirsjärvi & Hurme 2006, 48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

Tietoa prosessikuvauksen muodostamiseen on kerätty teemahaastattelulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei niinkään ole tärkeää tiedonantajien lukumäärä, vaan saadun aineiston laatu. Haastateltavaksi valitaan silloin ihminen tai ihmisiä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Saadun tiedon laatuun vaikuttaa haastateltavien henkilöiden asiantuntijuus aiheesta ja sen lisäksi esimerkiksi ajankäyttö. Kiireiseltä haastateltavalta saa todennäköisemmin niukemmin tietoa kuin kiireettömältä haastateltavalta. (Forman ym. 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83 - 85.)

4.2 Tutkimuksen tiedonantajat

Haastateltaviksi toivoin saatekirjeessäni henkilöitä, jotka tuntevat sairaanhoitajan e- vastaanottoon liittyviä asioita ja yhteistyökumppaneita mahdollisimman hyvin. Tein teemahaastattelun kahdelle henkilölle, josta toinen on e-vastaanottoa pitävä asiantuntijasairaanhoitaja ja toinen HyvinvointiTV:n projektityöntekijä. Haastateltavat saivat tietoa haastattelusta etukäteen saatekirjeessä, jonka lähetin heille sähköpostitse (liite 2). Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja kestivät yhteensä 1,5 tuntia. Haastattelut etenivät ennalta määriteltyjen

teemojen (liite 3) mukaan. Haastateltavat allekirjoittivat ennen haastattelun alkua haastattelusuostumuksen (liite 2). Haastattelut nauhoitettiin ja ne auki kirjoitettiin eli litteroitiin sanatarkasti. Prosessikuvaus on muodostettu näiden haastattelujen pohjalta sisällön analyysin avulla.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin avulla käytettävästä materiaalista etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineiston analyysimenetelmiä käyttäen alkuperäinen tutkimusmateriaali luokitellaan, tiivistetään ja käsitteellistetään. Näin aineistosta saadaan esille tutkimuksen kannalta merkittävää tietoa. (Charmaz 2002.) Aineiston analyysimenetelmänä tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä sisällön analyysia, joka on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata yleistävästi. Sisällönanalyysin avulla voidaan esittää tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet sekä kuvata ilmiötä sanallisesti. Tavoitteena on, että tutkittava ilmiö esitetään laajasti, mutta silti tiiviisti käsiteluoikkien, käsitejärjestelmien, mallien tai käsitekarttojen avulla. Sen lisäksi että sisällönanalyysillä voidaan tuottaa yksinkertaistettu aineiston kuvaus, se kertoo myös merkityksistä, seurauksista ja sisällöstä. Tämä analyysimenetelmä sopii hyvin strukturoimattomaan aineistoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131 - 134; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.)

Sisällön analyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai jostain aiemmasta käsitejärjestelmästä lähtien eli deduktiivisesti. Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi on tehty induktiivisesti. Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa sanojen luokittelua niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivista sisällönanalyysia voidaan käyttää silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä ei vielä juuri tiedetä tai aiempi tieto on hajanaista. Siinä kategoriat johdetaan aineistosta tutkimuskysymysten ohjaamana. Tutkimusaineistosta pyritään tekemään teoreettinen kokonaisuus. Aineiston analyysi etenee vaiheittain analyysiüksiön valinnan, pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta. Lisäksi arvioidaan sisällönanalyysin luotettavuutta. Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet, jotka sitten luokitellaan omiin luokkiinsa merkityksen perusteella. Tarkoituksena on, että samaa merkitsevät asiat on ryhmitelty samaan luokkaan. (Charmaz 2002; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23 - 24.)

Tässä opinnäytetyössä analyysiüksikkönä ovat toimineet opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Pelkistämisvaiheessa keräsin litteroidusta eli auki kirjoitetusta haastatteluaineistosta ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin (taulukko 1). Litteroitua haastatteluaineistoa oli yhteensä 18 sivua.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
”kun tätä aloteltiin edeltävä sairaanhoitaja hän kävi nää kotikäynnit ja tehtiin tutuksi tätä palvelumuotoa”	Kotikäynneillä tehtiin palvelumuoto tutuksi.
”ne seurannan määreet tulee sitä kautta mitä sillä asiakkaalla on, jos asiakkaalla on verenpainetauti niin me seurataan verenpainetta. Eli ne taustasairaudet ja taustatekijät vaikuttaa siihen et minkälaisia asioita me sitten sieltä poimitaan”	Seurannan kohteet määritellään asiakkaan tarpeista.

Tämän jälkeen ryhmittelin aineiston niin, että samaa asiaa kuvaavat pelkistetyt ilmaukset tulivat samaan ryhmään, jolloin muodostuivat alakategoriat (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA
Kotikäynneillä tehtiin palvelumuoto tutuksi.	Asiakkuudesta sopiminen ja palvelusuhteen alkaminen
Hoitosuunnitelma on tehty esihaastattelussa, jossa on määritelty seurannan kohteet ja tiheys.	
Vastaanoton aikana käydään läpi asiakkaan kuulumiset, mittaustulokset ja terveysneuvonnan vaikutuksia.	Vastaanotolla käsiteltäviä asioita
Asiakkaat kysyvät vastaanotolla terveyteen liittyvistä asioista kuten ruoka-asioista ja lääkkeistä.	
Asiakkaat kokevat e-vastaanoton henkisenä tukena ja hyvänä asiana.	Asiakkaan ja hoitajan välinen hoitosuhde

Vastaanotto eroaa ympäristönsä vuoksi perinteisestä sh:n vastaanotosta. Asiakkaiden ollessa kotona he voivat kertoa henkilökohtaisempia asioita kuin sairaalaympäristössä	
---	--

Samankaltaiset alakategoriat liitettiin yhteen, jolloin muodostui yläkategorioita. Samaa asiaa kuvaavat yläkategoriat muodostivat pääkategoriat (taulukko 3).

Taulukko 3. Esimerkki yhdistävästä kategoriasta

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Vastaanotolla käsiteltäviä asioita	E-vastaanoton kulku	E-vastaanottotoiminnan toteutus
Vastaanotolla käytettävät mittarit		
E-sairaanhoidaja	Toimijat ja yhteistyö	
Laitetoimittajat		

Sisällön analyysillä muodostettujen kategorioiden avulla muodostettiin prosessikuvaus.

4.4 Prosessin kuvantaminen

Tässä opinnäytetyössä on käytetty prosessikaavion luomiseen suomalaisen QPR-yrityksen kehittämää prosessien mallintamisen ohjelmistoa nimeltä QPR ProcessGuide. QPR ProcessGuide on suunniteltu erityisesti hierarkiseen mallintamiseen. Ohjelmalla on mahdollista kuvata prosessin kulkua, eri toimijoiden yhteyksiä sekä eri toimijoiden rooleja prosessissa. Prosessin mallintaminen kokonaisuudessaan alusta loppuun mahdollistaa prosessin kehittämisen. (QPR software Oyj, 2008.)

Prosessikuvaus (liite 4) on muodostettu haastattelun pohjalta. Valmiin prosessikuvauskaavion ovat tarkastaneet haastattelemani henkilöt kaavion oikeellisuuden varmistamiseksi.

5 Opinnäytetyön tulokset

Sisällön analyysin kautta haastatteluista nousi esiin kolme pääluokkaa, joihin pohjautuen prosessikuvaus on muodostettu. Nämä pääluokat ovat e-vastaanottotoiminnan käynnistäminen, e-vastaanottotoiminnan toteutus ja e-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen. Kunkin pääkategorian alle sijoittuu yläkategorioita, joita on myös käytetty apuna prosessikuvauksen muodostamisessa. Tällä hetkellä sairaanhoitajan e-vastaanotto toimii pilottihankkeena, joten syntynyt prosessikuvaus kuvaa e-vastaanottotoiminnan pilottivaihetta. E-vastaanottopilotti kestää 2011 vuoden elokuuhun asti.

Prosessikuvaus (liite 4) muodostaa vastauksen tutkimuskysymyksiin, jotka ovat miten sairaanhoitajan e-vastaanotto etenee prosessina HyvinvointiTV:ssä, millainen on sairaanhoitajan e-vastaanoton ohjauksen sisältö HyvinvointiTV:ssä, millaisia toimijoita sairaanhoitajan e-vastaanottoon liittyy ja mikä on toimijoiden rooli sairaanhoitajan e-vastaanotossa. Toimijoiden roolia ja yhteistyötä on kuvattu siitä näkökulmasta, miten ne liittyvät sairaanhoitajan e-vastaanottoon. Opinnäytetyön pääpaino on sairaanhoitajan ja asiakkaan rooleissa ja toiminoissa sekä e-vastaanoton sisällössä.

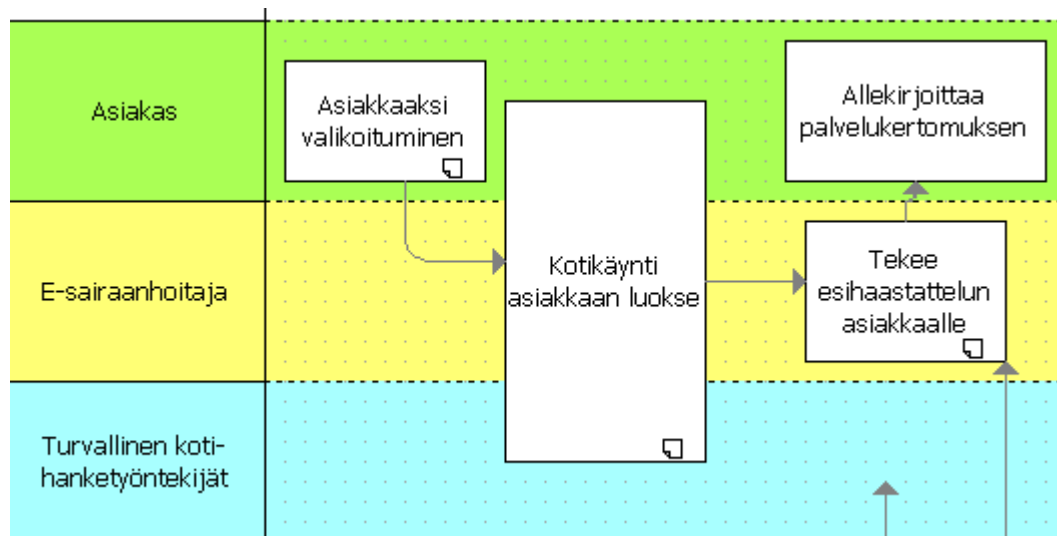
5.1 E-vastaanottotoiminnan käynnistäminen

Tämä pääkategoria muodostuu yläkategorioista e-vastaanottotoiminnan suunnittelu ja asiakkuus. Yläkategoria e-vastaanottotoiminnan suunnittelu muodostuu yhdestä alakategoriasta joka on suunnittelu. Yläkategoria asiakkuus muodostuu kahdesta alakategoriasta, jotka ovat asiakkaaksi valikoituminen sekä asiakkuudesta sopiminen ja palvelusuhteen alkaminen.

E-vastaanottotoiminta käynnistyi keväällä 2010 suunnitellulla. Suunnitteluvaiheeseen kuului asiakkaiden mielenkiinnon kohteiden ja tarpeiden kartoittaminen sekä toiminnan suunnittelu aamubrunseilla. Haastatteluissa selvisi, että asiakkaat toivovat e-palveluita sairaanhoitajalta ja lääkäriltä.

Asiakkaat valikoituivat e-vastaanoton asiakkaiksi kiinnostuksensa, ikänsä ja taustojensa perusteella. Asiakkaaksi valikoituneet ovat yli 70-vuotiaita ikääntyviä, kotihoidon asiakkaita tai omaishoitajia ja -hoidettavia, joilla on jokin perussairaus ja jotka hyötyvät viikoittain tapahtuvasta e-vastaanotosta. Pilotin alkuvaiheessa mukana oli yksi kehitysvammainen henkilö, mutta hänen kohdallaan hoitosuhde on loppunut. Pilottiin mukaan valikoituneet asiakkaat ovat suurimmaksi osaksi Espoon kaupungin asiakkaita ja heitä on tällä hetkellä seitsemän. Kaksi asiakkaista on kotoisin Vantaalta. Kaikki asiakkaat ovat tottuneita HyvinvointiTV:n käyttäjiä ja tottuneet kommunikoimaan videoneuvotteluyhteyden välityksellä.

Kun asiakasjoukko oli valikoitunut, tekivät e-sairaanhoitaja ja projektityöntekijä kotikäynnin asiakkaan luokse. Kotikäynneillä tehtiin asiakkaille tutuksi e-palvelumuoto ja opastettiin asiakkaille etämittareiden ja e-vastaanottoon liittyvien laitteiden käyttö. Samalla asiakkaiden kanssa tehtiin niin sanottu palvelukertomus, jossa kerrottiin mitä laitteita kotiin tulee, mitä asioita pilotissa seurataan ja mitä osallistuminen e-vastaanotto toiminnan pilottiin tarkoittaa. Lisäksi sovittiin, kuinka usein mittauksia etämittareilla tulisi tehdä. Asiakkaat allekirjoittivat tämän palvelukertomuksen (kuva 1). Kotikäynnillä asiakkaat ja e-sairaanhoitaja tulivat tutuiksi toisilleen.



Kuva 1. Esimerkki prosessikuvauksesta.

Ennen toiminnan aloittamista asiakkaat toimittavat oman hoitavan lääkärinsä epikriisin e-vastaanoton henkilökunnalle, jotta henkilökunta olisi tietoinen asiakkaan perusterveydestä ja lähtötilanteesta. Etämittareilla tehtävät seurantamittaukset on määritelty esihaastattelun ja asiakkaan perussairauksien perusteella. Piloitettavia mittareita ovat verenpainemittari, vaakaka, mielialamittari ja kipumittari eli VAS-asteikko. Myös verensokeria seurataan pilotin puitteissa, mutta siihen asiakkaat käyttävät omaa verensokerimittaria ja siirtävät mittauksen tulokset manuaalisesti palvelutoriin. Käytettävät mittarit ovat langattomia ja mittaustulokset tallentuvat niistä automaattisesti tietokoneelle. Osa asiakkaista käyttää seurannassa omia mittareita ja he laittavat mittaustulokset tietokoneelle manuaalisesti. Koska mittaustulokset tallentuvat tietokoneelle ja jäävät sinne muistiin, voi asiakas sekä sairaanhoitaja ja lääkäri seurata mittaustuloksia pitemmältä ajalta.

E-vastaanotto toiminnan käynnistämisen jälkeen e-vastaanottoa pitävä sairaanhoitaja on vaihtunut. Ensimmäinen sairaanhoitaja oli mukana hankkeessa syksyyn 2010 saakka, jonka jälkeen sairaanhoitaja vaihtui.

5.2 E-vastaanottotoiminnan toteutus

Pääluokka e-vastaanottotoiminnan toteutus muodostuu kolmesta yläkategoriasta joita ovat toimijat ja yhteistyö, e-vastaanoton sisältö ja asiakkaan omahoidon tukeminen. Yläkategoria toimijat ja yhteistyö koostuu kuudesta alakategoriasta jotka ovat e-sairaanhoidaja, lääkärikeskisyhtymä, laitetoimittajat, Turvallinen Koti -hanketyöntekijät, Laurea-ammattikorkeakoulu ja Espoon kaupunki. Yläkategoria e-vastaanoton sisältö muodostuu neljästä alakategoriasta joita ovat e-vastaanottoon valmistautuminen, e-vastaanotolla käsiteltäviä asioita, e-vastaanotolla käytettävät mittarit ja seuranta. Yläkategoria asiakkaan omahoidon tukeminen koostuu kolmesta alakategoriasta joita ovat asiakkaan ja hoitajan välinen hoitosuhde, asiakkaan tukeminen ja ohjaus.

E-vastaanoton toimijoita ovat sairaanhoidaja, lääkärikeskisyhtymän kautta tuleva geriatri, Turvallinen Koti -hankkeen työntekijät, Laurea-ammattikorkeakoulu, laitetoimittajat Videra Oy ja Medixine Oy sekä Espoon kaupunki. Vantaan kaupunki on hyväksynyt pilottihankkeen osaksi kahden asiakkaan palvelutarjontaa, mutta ei vielä ole yhteistyökumppanina hankkeessa. E-sairaanhoidaja on Laurea-ammattikorkeakoulun kautta toimintaan mukaan tullut asiantuntijasairanhoidaja. Hän ottaa asiakkaita vastaan kerran viikossa lukuun ottamatta yhtä asiakasta jota hän tapaa kolmen viikon välein. Yksi vastaanotto kestää 30 minuuttia. E-lääkäri on lääkärikeskisyhtymän kautta tullut geriatri. Hän tapaa asiakkaita kerran kuukaudessa.

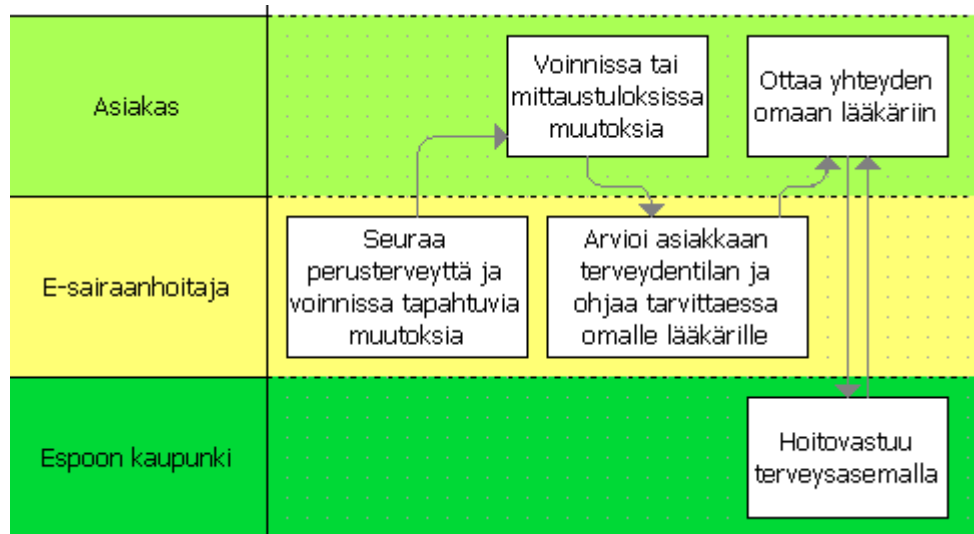
Turvallinen Koti -hanketyöntekijät ovat suunnitelleet ja mahdollistaneet e-vastaanottotoiminnan. Hanketyöntekijät pitävät yhteyttä laitetoimittajiin ja vastaavat laitteiston toimivuudesta yhdessä laitetoimittajien kanssa. Hanketyöntekijät kartoittavat asiakkaiden tarpeita ja kokemuksia e-palvelutoiminnasta. Turvallinen Koti -hankkeessa on mukana tekninen assistentti, joka tekee tarvittaessa kotikäyntejä asiakkaiden luokse jos laitteistossa on vikaa. Laurea-ammattikorkeakoulu tarjoaa tilat HyvinvointiTV:lle sekä e-vastaanotolle. Lisäksi se koordinoi Turvallinen Koti -hanketta, tarjoaa resursseja sekä vastaa tutkimuksesta. Videra Oy:lta tulee HyvinvointiTV:ssä ja e-vastaanotolla käytettävä videoneuvotteluyhteys. Videra Oy vastaa yhteyden toimivuudesta ja tarjoaa teknistä tukea. Medixine Oy vastaa e-vastaanotolla käytettävistä etämittareista ja palvelutoritoiminnosta, johon mittaustulokset tallentuvat ja johon sairaanhoidaja ja lääkäri voivat kirjoittaa vastaanoton tapahtumat sekä lähettää viestejä toisilleen. Videra Oy ja Medixine Oy ovat tehneet yhteistyötä keskenään, jotta Medixinen palvelutori näkyy Videran kosketusnäytöllä. Medixine Oy:n kanssa pilotoitiin tammikuussa 2011 kyselytuntia asiakkaille HyvinvointiTV:n välityksellä. Kyselytunnin tarkoituksena oli, että asiakkaat voivat kysellä laitetoimittajalta kysymyksiä liittyen mittareihin, kertoa kehittämisideoita ja antaa palautetta.

E-vastaanottotoiminnan pilotissa mukana olevat asiakkaat ovat suurimmaksi osaksi Espoon kaupungin asiakkaita. Kaksi asiakkaista on Vantaalaisia. Koska e-vastaanottotoiminta on pilot-tihanke, säilyy asiakkaan hoitovastuu hänen omalla terveysasemallaan ja kotihoidolla. Pilotin alkaessa asiakkaan kotihoitoon ilmoitettiin asiakkaan pilotissa mukana olosta.

Sairaanhoitaja hoitaa e-vastaanottoa melko itsenäisesti. Tarvittaessa hän voi konsultoida lääkäriä sähköisesti palvelutorin kautta. Lääkäri antaa vastauksensa palvelutorin kautta. Sairaanhoitaja konsultoi lääkäriä asioissa, joihin ei voi itse sairaanhoitajana ottaa kantaa kuten esimerkiksi lääkehoidollisissa asioissa. Jos vastaanoton aikana ilmenee teknisiä ongelmia tai asiakkaalla on ongelmia laitteiden kanssa, ottaa sairaanhoitaja yhteyden projektiväkeen, joka huolehtii yhteyksien ja laitteiden toiminnasta yhdessä laitetoimittajien kanssa. Kerran kuukaudessa pidetään tekniikkapalaveri, jossa käydään läpi toiminnan haasteita ja onnistumisia sekä kehitetään yhteistyötä.

Aktiivista yhteistyötä e-vastaanottotoiminnan ja asiakkaan hoitotahon esimerkiksi kotihoidon kanssa ei ole. Yhteyttä otetaan vain, jos asiakas niin toivoo. Sairaanhoitaja voi olla yhteydessä asiakkaan hoitotahoon asiakkaan pyynnöstä, mutta pääsääntöisesti asiakasta ohjataan olemaan itse yhteydessä hoitotahoonsa. Jos asiakkaan vointi edellyttää lääkärin tapaamista tai on kyse lääkehoidollisista asioista ohjataan asiakasta ottamaan yhteys omaan terveysasemaan ja omaan hoitavaan lääkäriin. Asiakkaan hoitovastuu säilyy koko e-vastaanottotoiminnan pilotin ajan hänen omalla hoitavalla terveysasemallaan ja lääkärillä (kuva 2). E-vastaanottotoiminnan pilotin ei ole tarkoitus korvata asiakkaan oman hoitotahon antamaa hoitoa, vaan olla tukemassa asiakkaan omahoitoa ja kotona selviämistä sekä antaa asiakkaalle turvallisuuden tunnetta.

”mikäli asiakkaan terveydentilassa on jotain sellaista joka vaatii täsmällistä tai vaatii lääkärin vastaanottoa niin silloin me ohjataan asiakas ottamaan itse yhteyttä lääkäriin ja menemään lääkäriin”



Kuva 2. Esimerkki prosessikuvauksesta

E-vastaanoton sisältö määräytyy asiakkaan seurannan kohteiden ja tarpeiden mukaan. Ennen e-vastaanottoa sairaanhoitaja käy läpi asiakkaan kotona suorittamat mittaustulokset ja mahdolliset lääkärin viestit sekä kertaa edellisen vastaanoton asiat. Asiakkaiden vastaanotot ovat joka viikko samaan aikaan. Vastaanotto alkaa kuulumisten vaihtamisella, jonka jälkeen yleensä käydään mittaustulokset ja niihin vaikuttaneet tekijät läpi. E-vastaanoton aikana sairaanhoitaja ohjaa ja tukee asiakasta kohti omahoitoa. Annettava ohjaus on monitasoista ja lähtee asiakkaan tarpeista ja toiveista eikä e-vastaanotolla ei ole etukäteen määriteltyä sisältöä. Asiakkaita on ohjattu pitämään päiväkirjaa, johon he kirjoittavat asioita joita haluavat kysyä tai joista haluavat keskustella e-vastaanotolla.

”Ohjaus tapahtuu monella tasolla, se voi liittyä terveydentilaan, se voi liittyä näihin taustasairauksiin, diabetekseen, sydänoireisiin, verenpainetautiin, lääkitykseen, se voi liittyä siihen että jos lääkitystä on muutettu, joku oire on korostunut ja asiakkaalla ei sitä aikaisemmin ole ollut ja mistä se johtuu. Se voi liittyä liikuntaan, se voi liittyä haavanhoidollisiin asioihin, kaikkeen mikä sivuaa terveyttä.”

Asiakaan vointia ja jaksamista seurataan e-vastaanotoilla ja jokaisen e-vastaanoton aikana sairaanhoitaja tekee terveysarvion asiakkaan sen hetkisestä terveydentilasta. E-vastaanotolla tuetaan asiakkaan jaksamista ja pyritään ylläpitämään sen hetkistä terveydentilaa. Usein vastaanotoilla hoidetaan yksinäisyyttä. Tavoitteena on, että asiakas tuntee olonsa turvalliseksi ja pystyy toimimaan oma-aloitteisesti omaa terveyttään kohtaan.

”Pääasiassa tai useimmiten vois sanoa, että hoidetaan yksinäisyyttä. Sitä että asiakas jaksaa kotona ja että siihen on tukea siihen omaan terveydentilaan.”

Sairaanhoitaja voi antaa e-vastaanotolla asiakkaalle ohjeita ja neuvoja, joita asiakas noudattaa seuraavan viikon aikana. Ohjaukseen perustuvat asiakkaan toiminnan tulokset käydään läpi seuraavalla vastaanotolla. Tehtävä voi liittyä esimerkiksi ruokavalioon tai liikuntaan. E-vastaanotolla sairaanhoitaja ja lääkäri antavat asiakkaille positiivista palautetta. Palaute on asiakkaille tärkeää ja tukee omahoitoa.

”Säännöllinen seuranta tsemppaa heitä huolehtimaan itsestään.”

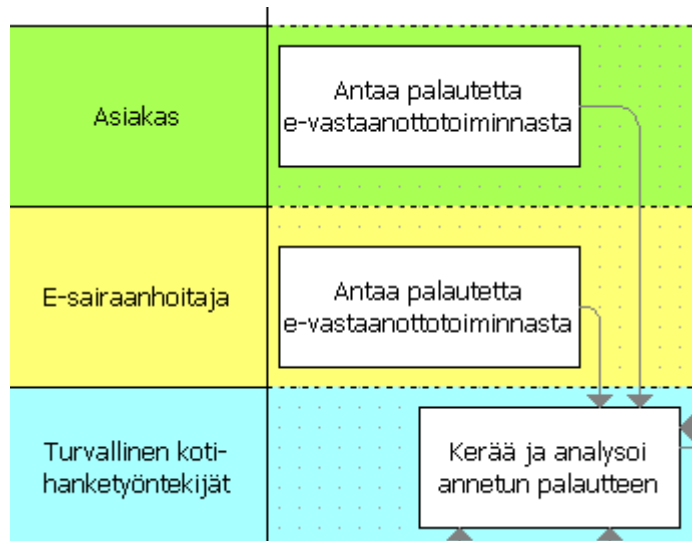
Asiakkaan ja sairaanhoitajan välille muodostuu hoitosuhde. On tärkeää, että hoitosuhteessa vallitsee luottamus, jotta asiakas voi kertoa sairaanhoitajalle mieltään painavia asioita. E-vastaanotto eroaa ympäristöltään perinteisestä hoitajan ja lääkärin vastaanotosta. Asiakkaan ollessa e-vastaanoton aikana omassa kodissaan, saattaa hän kertoa hoitajalle hyvinkin henkilökohtaisia asioita. Sairaalaympäristössä asiakkaalla on tietty rooli ja hän on sairaalassa hoidettavana tietyn vaivan vuoksi ja usein vastaanotolla on eri hoitaja kuin edellisellä kerralla. E-vastaanotolla asiakas voi puhua mistä vain mieltään painavasta asiasta tutulle henkilölle. E-vastaanoton aikana sairaanhoitaja voi seurata asiakkaan voinnin lisäksi asiakkaan ympäristöä. Ympäristön muutoksista sairaanhoitaja voi saada vihjettä alkavasta muistisairaudesta tai mäsennuksesta.

”On varmasti hyvä tietää, aavistuksen nähdä minkälaisessa ympäristössä tää asiakas hoitaa sitä terveyttään.”

5.3 E-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen

Pääkategoria e-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen muodostuu kahdesta yläkategoriasta, joita ovat toiminnan kehittäminen ja toiminnan arviointi. Yläkategoria toiminnan kehittäminen muodostuu kahdesta alakategoriasta, jotka ovat kehittämisideat ja yhteistyön kehittäminen. Yläkategoria arviointi muodostuu myös kahdesta alakategoriasta joita ovat vastaanottotoiminnan arviointi ja e-sairaanhoitajan tekemä arviointi.

E-vastaanottotoimintaa arvioidaan ja kehitetään asiakaspalautteen, sairaanhoitajan ja lääkärin antaman palautteen, toiminnasta muodostettujen prosessikuvausten, kustannussäästöjen ja mittaustulosten kautta saadun kokonaiskuvan perusteella (kuva 3). E-vastaanottotoimintaa arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti. E-vastaanottoja on järjestetty noin vuoden ajan. Toiminnan aikana e-vastaanottotoiminta on löytänyt paikkansa HyvinvointiTV:n ohjelmistossa ja e-vastaanotoista on tullut säännöllisempiä. Toiminta on tullut asiakkaille ja henkilökunnalle tutuksi ja siihen on syntynyt tietynlainen rutiini.



Kuva 3. Esimerkki prosessikuvauksesta.

Asiakkaat ovat antaneet positiivista palautetta e-palveluista.

”Asiakkailta on tullut palautetta että on ihanaa et on tämmöset vaki-ihmiset jotka on sitten oppinut jo tuntemaan hoitohistorian ja muuten ehkä vähän pitemmälle sitä elämänkaarta.”

Säästöjä syntyy, kun asiakkaalle ei tule matkakustannuksia eikä hänen tarvitse huolehtia omaishoitajana sijaishoitajan järjestämisestä vastaanoton ajaksi. E-vastaanotto toiminnalla pyritään edistämään iäkkäiden ihmisten kotona pärjäämistä ja jaksamista, joten säästöjä syntyy, kun asiakas saa tukea terveytensä hoitoon omaan kotiin eikä hänen tarvitse hakeutua terveyskeskuksen vastaanotolle. E-vastaanoton vaikutuksia voidaan arvioida mittauksien kautta. Asiakkailta on mahdollisuus käyttää mielialamittaria, josta saatujen arvojen perusteella voidaan arvioida e-vastaanoton vaikutuksia iäkkäiden kokemaan hyvinvointiin ja mielialaan. Verenpaine- ja sokerimittauksista ja vaa’an arvoista voidaan arvioida annetun ohjauksen ja omahoidon tukemisen vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja terveystietoisuuteen. Jokaisen e-vastaanoton aikana sairaanhoitaja tekee arvon sen hetkisestä terveydentilasta sekä arvioi antamiensa ohjeiden sopivuutta ja tuloksia.

” Jos on kovasti kipua, jos on ollut flunssa tämmösiä asioita ja onkohan asiakas esimerkiksi parantunut niistä nyt viikon aikana ja ihan perusterveyden seuranta.”

HyvinvointiTV:n asiakkailta on tullut toiveita e-palvelujen suhteen. Asiakkaat ovat esimerkiksi toivoneet ohjelmaa mielenterveydestä ja lääkkeitä. Lastensuojelun nuoret voisivat hyötyä e-nuorisopsykologista ja jälkihuollon tarkistuskäyntien hoitamisesta HyvinvointiTV:n välityksellä. Aholan (2010, 36) opinnäytetyön mukaan HyvinvointiTV:n asiakkaat toivovat e-palveluiksi

neurologin, psykologin ja diabeteskonsultaatiota sekä muistiklinikkaa ja fysioterapiaklinikkaa. Nämä toimintamuodot on mahdollista toteuttaa e-vastaanottotoiminnan tapaisesti.

Sairaanhoitajan e-vastaanottotoiminnan pilotti loppuu syksyllä 2011. Asiakkaat ovat kokeneet e-palvelutoiminnan hyväksi ja ovat kyselleet toiminnan jatkumisesta. Pilotin tavoitteena on, että e-vastaanottotoiminta jäisi elämään ainakin jossakin muodossa osana kuntien ja organisaatioiden palvelutoimintaa.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu ja aihetta valitessa tulee pohtia, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimusaihetta valitessa tulee pohtia sen hyödyllisyyttä asiakkaalle, työyhteisölle, yhteiskunnalle tai muille tahoille sekä hoitotyön laadulle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 - 177.)

Tietoa opinnäytetyöhön on kerätty haastattelemalla, jolloin on huomioitava haastateltavien henkilöiden antamien tietojen luottamuksellisuus. Tutkimuksessa mukana oleville henkilöille on kerrottu tutkimuksen tarkoitus ja menetelmät, tutkimuksesta odotettavissa oleva hyöty sekä mahdolliset riskit ja rasitus. Tutkittavia on informoitu miten aineistoa säilytetään ja missä tulokset julkaistaan. Tutkimukseen osallistumisen oli vapaaehtoista ja perustui tutkittavien suostumukseen. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden nimiä ei mainita heidän anonymiteettinsa suojaamiseksi. Tutkittavien informoinnissa käytetään saatekirjettä, jossa kerrotaan nämä tutkimukseen liittyvät asiat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174 - 178; Kuula 2006, 99 - 107; Tuomi & Sarajärvi 2002, 128 - 129.) Haastatteluun osallistuville henkilöille lähetettiin sähköpostitse kirje, jossa haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja haastattelun teemat. Saatekirjeessä oli opinnäytetyöntekijän yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. Saatekirjeessä kerrottiin, että haastattelu tullaan nauhoittamaan ja nauhat tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista. Ennen haastattelun aloitusta haastateltavat allekirjoittivat haastattelusuostumuslomakkeen (liite 2).

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneiden haastateltavien tiedot ovat luottamuksellisia ja saatuja tietoja tullaan käyttämään vain tähän opinnäytetyöhön. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat henkilöt ovat kuitenkin melko hyvin tunnistettavissa ja tämän vuoksi eettiseksi kysymykseksi nousee heidän tunnistettavuutensa. Opinnäytetyö käsittelee e-vastaanoton prosessikuvausta ja haastateltavilta kerätty tieto koskee e-vastaanottotoiminnan suunnittelua, kulkua ja arviointia. Haastateltavilta ei ole kerätty henkilökohtaisia tietoja tai mielipiteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128 - 129.)

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tarkka selostus haastattelun kulusta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä. Haastattelun luotettavuuteen vaikuttaa haastateltavien asiantuntemus tutkittavasta aiheesta sekä ajan käytön mahdollisuus. Tässä opinnäytetyössä haastateltiin kahta e-vastaanottotoiminnan hyvin tuntevaa henkilöä. Haastatteluihin varattiin aikaa 1,5 tuntia kiireen välttämiseksi. Molemmat haastattelut kestivät noin 45 minuuttia. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja haastattelut tehtiin Laurea-ammattikorkeakoulu Otaniemen kokoushuoneissa. Haastatteluissa oli läsnä haastateltava ja haastattelija eli opinnäytetyöntekijä. Haastattelut nauhoitettiin jonka jälkeen nauhat litteroitiin eli auki kirjoitettiin. Toisen henkilön haastattelun litterointivaiheessa ilmeni nauhoituksessa tekninen vika. Nauhuri oli nauhoittanut haastateltavan puheen mutta vain osittain haastattelijan puheen. Tästä syystä nauhalta puuttui haastateltavalle esitetyt kysymykset. Haastateltavan vastauksista pystyi kuitenkin päättelemään esitetyn kysymyksen sisällön. Tutkimuksen kannalta haastateltavalta saatu informaatio on tärkein ja haastattelijan roolina on esittää kysymykset. Kahden henkilön haastelluista saatu informaatio täydensi toisiaan. Luotettavuutta lisää, että molemmissa haastatteluissa ilmeni samanlaisia asioita. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 - 218; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84 - 85.)

Aineiston analyysi on tehty aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Haastatteluin saatu aineisto purettiin nauhoilta litteroimalla. Opinnäytetyön luottamuksellisuuteen vaikuttaa, miten tarkasti litterointi noudattaa haastateltujen suullisia lausumia. Tässä opinnäytetyössä on havainnollistettu aineiston analyysin kulkua taulukoiden avulla, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta ja tutkimuksen kulun seurattavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 20.)

Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on merkattu asianmukaisesti tekstin sisäisesti sekä lähdeluetteloon. Kirjoittajan oma teksti on erotettavissa lähteistä. Tutkimustulokset on raportoitu huolellisesti ja tarkasti. Tutkimuksen etenemistä on mahdollista seurata opinnäytetyöraportista. Tutkimustulosten oikeellisuus on varmistettu osallistujatarkistuksella, jolloin haastateltavat itse saivat tutustua tutkijan tulkintoihin. Haastateltavat ovat tarkastaneet muodostetun prosessikuvauksen sekä kirjallisesti esitetyt opinnäytetyön tulokset. Opinnäytetyön tulokset on raportoitu totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 189; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 141; Tuomi & Sarajärvi 2002, 129 - 130.)

Osa opinnäytetyön luotettavuutta on sen uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että niiden perusteella tiedetään, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tämän opinnäytetyön tulokset on kuvattu selkeästi sekä kirjallisesti että prosessikaavion muodossa. Opinnäytetyöraportista

on mahdollista seurata opinnäytetyön etenemistä. Lisäksi opinnäytetyöstä tulee käydä ilmi aineiston keruun ja aineiston analyysin kuvaus. Kuvaukset ovat tarkkoja, jos toinen henkilö pystyy niiden avulla seuraamaan prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida metodologisen täsmällisyyden ja tutkijan tutkimustaitojen näkökulmista. Tämän opinnäytetyön metodologista täsmällisyyttä on, että ennen tutkimuksen aloitusta tehtiin opinnäytetyösuunnitelma, jossa esitettiin opinnäytetyössä käytettävät tutkimus- ja analyysimenetelmät sekä keskeiset käsitteet kirjallisuuteen pohjautuen. Opinnäytetyösuunnitelman arvioivat opinnäytetyötä ohjaavat opettajat sekä kaksi opiskelijaa, jotka oppoivat suunnitelman. Tutkimusprosessi eteni tämän suunnitelman mukaisesti. Tutkijan kokemuksen ja taitojen voidaan katsoa olevan riittävät, jos tutkija kykenee ajattelemaan täsmällisesti tutkiessaan aineistoa ja arvioimaan saamia tuloksia. Tutkijan pätevyyttä on kuitenkin vaikea arvioida ja usein joudutaan luottamaan tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Tätä opinnäytetyötä on tehnyt yksi henkilö, jolloin saaduista tuloksista ei ole voitu keskustella tutkijoiden kesken. Opinnäytetyön tulokset on esitetty haastatelluille henkilöille tulosten oikeellisuuden varmistamiseksi, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. (Forman ym. 2008.)

6.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli muodostaa prosessikuvaus sairaanhoitajan e- vastaanotosta HyvinvointiTV:ssä. Aihe on ajankohtainen, sillä HyvinvointiTV:n e-vastaanottohanke päättyi elokuussa 2011. Muodostettu prosessikuvaus auttaa hahmottamaan ja arvioimaan sairaanhoitajan e-vastaanoton eri vaiheita ja toimii pohjana toiminnan kehittämiseksi. E- vastaanottotoiminnan kehittämistä tulee ehdottomasti jatkaa, sillä se mahdollistaa uudenlaisen tavan tuottaa palveluita asiakkaille kustannustehokkaasti. Palveluiden saaminen omaan kotiin antaa palvelulle lisäarvoa, sillä se tukee kotona asumista ja pärjäämistä. Palveluiden tarjoaminen asiakkaan kotiin on myös osa esteetöntä yhteiskuntaa ja edistää tasa-arvoa.

Muodostetusta prosessikuvauksessa on esitetty e-vastaanoton vaiheet sekä e-vastaanottoon liittyvät toimijat ja heidän roolinsa. Sairaanhoitajan e-vastaanoton tärkeimmät toimijat ovat asiakas ja sairaanhoitaja. Muut toimijat mahdollistavat e-vastaanoton ja tukevat e-vastaanottotoimintaa. E-vastaanoton ensimmäinen vaihe prosessikaaviossa on e-vastaanottotoiminnan käynnistäminen, toinen vaihe e-vastaanottotoiminnan toteutus ja kolmas vaihe e-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen. Kaikki vaiheet on toteutettu asiakaslähtöisesti ja arviointia tapahtuu prosessin kaikissa vaiheissa. Asiakaslähtöisyys ilmenee siinä, että e-vastaanottotoiminnan suunnittelu ja toteutus ovat lähtöisin asiakkaiden tarpeesta sairaanhoitajan e-palvelulle. Itse e-vastaanottotapahtuma on myös lähtöisin asiakkaan tarpeista. E-vastaanotolla annettavan ohjauksen sisällön määrittelee asiakas omista lähtökoh-

distaan ja ohjauksen tarpeistaan. Ohjausta annetaan myös mittareilla mitattujen arvojen pohjalta. Asiakkaat ovat tärkeitä e-vastaanottotoiminnan arvioitsijoita. Heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan e-vastaanottotoiminnasta on kerätty pilotin aikana. E-vastaanottotoiminnan arvioinnissa huomioidaan asiakaspalaute, toimijoiden palaute ja aiheeseen liittyvät tutkimukset. Tätä opinnäytetyötä ja muodostettua prosessikuvausta voidaan hyödyntää e-vastaanottotoiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä.

Tämä opinnäytetyö käsittelee sairaanhoitajan e-vastaanoton pilottivaiheen prosessikuvausta. Turvallinen Koti -hankkeen tavoitteena on, että e-vastaanottotoiminta jalkautuisi osaksi palvelutarjontaa. Jalkautunut malli on kuitenkin erilainen kuin tämä pilottivaiheen malli. Jos e-vastaanottotoiminnasta tulee osa jatkuvaa kuntien palvelutarjontaa, tarkoittaa se sitä, että asiakasmäärät tulevat kasvamaan huomattavasti, vastaanottoa pitäviä henkilöitä on useampia ja yhteistyökumppaneita enemmän. Pilottivaiheessa e-vastaanottoa piti yhteensä kaksi eri sairaanhoitajaa ja asiakkaita oli mukana seitsemän. E-vastaanotolla tuettiin asiakkaan omahoitoa ja kotona jaksamista hoitovastuun säilyessä asiakkaan omalla terveysasemalla. E-vastaanoton asiakkaat olivat kaikki ikääntyneitä ja mukana omasta halustaan. Asiakkaat ja sairaanhoitaja tulivat toisilleen tutuiksi e-vastaanottojen aikana. Jos e-vastaanottotoiminnasta tulee osa palvelutarjontaa, tulee asiakasmäärä ja asiakkaiden heterogeenisuus kasvamaan. Asiakkaita voi olla satoja ja heidän ikänsä vaihdella vauvasta vaariin. Asiakkaiden ongelmat ovat moninaisempia, mikä tuo oman haasteensa vastaanottotoiminnalle. Kun asiakasmäärä kasvaa, tarvitaan myös lisää e-vastaanottoa pitäviä sairaanhoitajia. Kommunikointi videoneuvotteluyhteyden välityksellä voi olla haastavaa ja se vaatii ammattilaiselta harjoittelua. Erityisesti korostuvat sairaanhoitajan sosiaaliset taidot ja vuorovaikutustaidot. Kun henkilökuntaa on enemmän, voi käydä niin, että asiakkaiden suuressa arvossa pitämä saman hoitajan tapaaminen ei enää onnistu. Erityisesti tähän tulee mielestäni kiinnittää huomiota, sillä asiakkaat kokevat tutun sairaanhoitajan näkemisen lisäävän turvallisuutta sekä hoidon jatkuvuutta.

E-vastaanottotoiminta vaikuttaa toimivan hyvin tukevana palveluna asiakkaan omien terveyspalveluiden lisäksi, jolloin sen roolina on edesauttaa asiakkaan kotona jaksamista ja pärjäämistä. Se ei voi täysin korvata kotihoidon ja kotisairaanhoidon toimintaa, sillä e-vastaanotolla ei voida auttaa asiakasta fyysisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa. E-vastaanottotoiminnan avulla voidaan kuitenkin korvata joitain kotihoidon käyntejä. Esimerkiksi muistutukset lääkkeiden otosta ja lääkehoidossa avustaminen sekä verenpaineen ja veren-sokerin sekä yleisen hyvinvoinnin ja jaksamisen seuranta voidaan toteuttaa e-vastaanotolla. E-vastaanoton kautta on mahdollista toteuttaa myös muiden ammattiryhmien toimintoja, kuten sosiaalityötä, puheterapiaa, muistiklinikan vastaanottoja ja fysioterapiaa. Asiakkaiden hyvinvointia palvelisi, jos mukana toiminnassa olisi moniammattillinen tiimi, jonka kautta olisi mahdollista saada palveluita mahdollisimman laaja-alaisesti.

Yksi e-vastaanottotoiminnan vahvuuksista on sen yksinkertaisuus. E-vastaanotolla käytettävät laitteet on mahdollista sijoittaa käytännössä mihin vain. Asiakkaalla videoneuvottelulaitteet ovat kotona ja samalla tavoin e-vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan olisi mahdollista toteuttaa e-vastaanottoa omasta kodistaan käsin. Tällaisessa tilanteessa täytyy kuitenkin huomioda, että e-vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan tulee olla rekisteröity ja laillistettu sairaanhoitaja ja ammatinharjoittaja. E-vastaanoton riippumattomuus paikasta, johon välineistö asennetaan, antaa mahdollisuuksia kunnille rekrytoida sairaanhoitajia itsenäiseen työhön. Kun hoitoalalle koittaa työvoimapula, voidaan työntekijöitä rekrytoida esimerkiksi hoitovapaalla olevista vanhemmista, jotka ovat halukkaita tekemään töitä kotoa käsin.

Timonen (2004) ja Dimmick ym. (2000) tutkimusten tulosten mukaan e-vastaanottotoiminnalla on mahdollista korvata ainakin osittain perinteinen vastaanotto. Lisäksi se on kustannustehokas tapa tuottaa palveluita. Erityisesti e-vastaanottotoiminta vaikuttaa soveltuvan haja-asutusalueelle, jossa välimatkat ovat pitkiä. Dimmick ym. (2000) tutkimuksessa rahallista säästöä syntyi noin 49,33 USD ja ajallista säästöä noin 28 minuuttia yhtä e-vastaanottoa kohden verrattuna perinteisesti tehtyyn kotikäyntiin. Määreet eivät sellaisenaan ole suoraa sovellettavissa suomalaisiin olosuhteisiin, mutta antavat viitettä mahdollisista säästöistä. Timosen (2004) tutkimuksessa raportoitiin e-vastaanottotoiminnasta kertyvän hieman enemmän kustannuksia kuin perinteisestä lääkärin vastaanotosta. Kun e-vastaanottotoimintaa suunnitellaan ja kehitellään, on tarkkaan mietittävä millaisia palveluita ja osa-alueita e-vastaanotolla pyritään korvaamaan. E-vastaanottotoiminnalla ei voida korvata tai edes täydentää kaikkia terveyden- ja sosiaalialan palveluita. Jotta säästöjä, niin rahallisia kuin ajallisia syntyisi, tulee e-vastaanottotoiminnot kohdentaa oikeille asiakasryhmille.

Isola ym. (2007) iäkkäille erikoissairaanhoidon asiakkaille tekemän tutkimuksen mukaan iäkkäät toivovat ohjauksen olevan henkilökohtaista, yksilöllisiä sekä ohjaustilanteen soveltuvan paremmin ohjaukseen. Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät kokivat ohjaajien vaihtumisen ongelmalliseksi. Iäkkäät asiakkaat myös toivoivat, että annetut hoito-ohjeet ovat heidän elämäntilanteeseensa soveltuvia. Sairaanhoitajan e-vastaanoton vahvuutena on, että asiakkaat tulevat sairaanhoitajalle tutuksi. Kun sairaanhoitaja tuntee asiakkaat, hän voi huomioda asiakkaan tarpeet ohjauksen suhteen sekä sovittaa antamansa ohjauksen asiakkaan elämäntilanteeseen. Lisäksi e-vastaanotolla annettava ohjaus on henkilökohtaista ja yksilöllistä. Ohjausta annetaan asiakkaan omista tarpeista ja toiveista lähtien, jolloin ohjaus on asiakasta voimavaraistavaa ja omahoitoa tukevaa (Kivistö ym. 2009). Asiakkaat ovat antaneet palautetta, että on mukavaa, kun e-vastaanotolla on tuttu sairaanhoitaja. Kyngäs ym. (2007) tutkimuksen mukaan on tärkeää, että ohjaus on toistuvaa. Pilottihankkeessa sairaanhoitajan e-vastaanotto oli kerran viikossa, jolloin annettu ohjaus oli toistuvaa. Toistuva ohjaus motivoi ja kannustaa asiakasta omahoidossa ja tuo turvallisuuden tunnetta.

6.4 Jatkoasteet

Kun e-vastaanottotoiminta jalkautuu osaksi palvelutarjontaa, tulee siitä muodostaa uusi prosessikuvaus, sillä toimijoita tulee tuolloin mahdollisesti lisää ja heidän roolinsa tulee muuttamaan. Toinen jatkotutkimusaihe on asiakkaiden kokemukset e-vastaanottotoiminnasta. Miten asiakkaat ovat toiminnan kokeneet ja miten he haluaisivat sitä kehittää. Lisäksi e-vastaanottotoiminnasta voisi tehdä kansainvälisiin lähteisiin perustuvan kirjallisuuskatsauksen. E-vastaanottotoiminta on vielä suhteellisen uutta Suomessa ja e-vastaanotto- ja e-palvelutoiminnan termistö on vielä epäselvää ja pääasiassa englanninkielistä, jolloin kirjallisuuskatsauksen avulla voitaisiin selventää alan termejä suomenkielellä. Tässä opinnäytetyössä ei selvitetty e-vastaanottotoiminnan kustannuksia verrattuna perinteiseen vastaanottoon. Jatkotutkimuksena ehdotan, että e-vastaanoton kustannukset lasketaan ja niitä verrataan perinteiseen sairaanhoitajan vastaanottoon tai kotikäyntiin.

Lähteet

- Ahola, H. 2010. Tutkimus ikääntyneille toteutettavista e-hyvinvointipalveluista HyvinvointiTV:n kontekstissa. Laurea- ammattikorkeakoulu. Tietojenkäsittelyn koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Ahtiainen, M. & Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla- hyöty vai haitta? Toim. Suhonen, L. & Siikanen, T. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C, osa 26.
- CaringTV. 2011. <http://www.caringtv.fi/professionals.html> (viitattu 2.2.2011).
- Charmaz, K. 2002. Qualitative interviewing and grounded theory analysis. Teoksesta: Gubrium, J. & Holstein, J. (toim.) (2002). Handbook of Interview Research. Context & Method. Sage Publications. United State of America: Sage Publications, 675-694.
- Dimmick, S., Mustaleski, C., Burgiss, S. & Welsh, T. 2000. A Case Study of Benefits & Potential Savings in Rural Home Telemedicine. Home Healthcare Nurse vol. 18, nro 2, 2/2000, 125- 135.
- Forman, J., Creswell, J., Damschroder, L., Kowalski, C. & Krein, S. 2008. Qualitative research methods: Key features and insights gained from use in infection prevention research. American Journal of Infection Control 2008; 36(10): 764-771.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksesta: Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksesta: Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2/2007, vol.19, 51-62.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kytö, H. & Tuorila, H. 2005. Verkkopalvelut ikääntyvien hyvinvoinnin edistäjinä. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 5:2005.
- Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi, H. 2009. Asiakkaan voimavaroistamista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 1/2009, vol 21, 13-22.
- KOTIIN-hanke. 2011. Hanke-esittely. <http://kotiin.laurea.fi/index.php> (viitattu 17.2.2011)
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY 2007.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999, 3-12.

Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Suomen laatu keskus. Keuruu: Otavan kirjapaino

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) (2001). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21 - 43.

Lehto, P. 2008. KOTIIN -hankkeen tutkimus- ja kehittämistoiminta. Teoksessa: Lehto, P. (toim.) (2008). KOTIIN-hanke. Asiakasvetoiset interaktiiviset ratkaisut ikääntyvän kotona selviytymisen tukena. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja A 63, 17 - 102. Redfina Oy, Espoo.

Lehto, P. & Raij, K. 2008. Caring TV as a Service Design with and for Elderly People. Teoksessa: Tsihrintzis, G., Virvou, M., Howlett, R. & Jain, L. (toim.) (2008). New Directions in Intelligent Interactive Multimedia. Springer, 481-488.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskenäinen potilas. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tuotannonohjaus. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

MTV3 uutiset. Vanhusten virtuaalihoito kasvussa. 20.1.2011. <http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/2011/01/1259063/vanhusten-virtuaalihoito-kasvussa> (viitattu 1.2.2011).

Mäensivu, V. 2003. Ikääntyvien viestintävalmiudet ja digitaalinen epätasa-arvo. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 71. Kansaneläkelaitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkelä, K. 2006. Terveystieteiden tietotekniikka. Talentum Media Oy. Helsinki: Tammer-Paino Oy.

QPR software Oy. 2008. QPR ProcessGuide. <http://www.qpr.fi/> (viitattu 12.8.2010).

Raj, K. 2008. HyvinvointiTV- Safe Home service design with and for elderly. PowerPoint-esitys 2008. http://www.tekes.fi/fi/gateway/PTARGS_0_201_403_994_2095_43/http%3B/tekes-ali1%3B7087/publishedcontent/publish/programmes/aal/aaineistot/esitysaineistot/aktivointiseminaari_29_4_08/hyvinvointitv.pdf (viitattu 28.2.2011)

Saranummi, N. 2001. Hyvinvointi- ja terveystieteiden teknologia- ja palvelutuotteet. Teknologiatieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 103/2001. Helsinki: Karisto Oy.

Stake, R. 2005. Qualitative Case Studies. Teoksessa: Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) (2005). The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition. United States of America: Sage Publications, 443-466.

Timonen, O. 2004. Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Oulu University Press. Oulu 2004. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514274075/isbn9514274075.pdf> (viitattu 12.8.2010).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2001. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Turvallinen koti- hanke. 2011. Hanke-esittely. HyvinvointiTV.
<http://www.turvallinenkotihanke.fi/> (viitattu 8.8.2010 ja 17.2.2011)

Vahla, L. 2008. Saumaton hoitoketju on aivoinfarktin liuotushoidon kulmakivi. Sairaanhoidaja 10/2008. Sähköinen versio. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/10_2008/muut_artikkelit/saumaton_hoitoketju_on_aivoinfar/ (Viitattu 24.9.2010)

Äyväre, H. 2009. Teknologia kotona asumisen tukena.
http://www.valli.fi/pdf/teknologia_kotona_asumisen_tukena_raportti_elokuu2009.pdf (viitattu 9.9.2010).

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupahakemus

Tanja Karhu, sairaanhoitajaopiskelija
 Laurea- ammattikorkeakoulu Otaniemi
 tanja.karhu@laurea.fi
 Puhelin xxx xxx xxxx

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

3.10.2010

Paula Lehto, yliopettaja
 Maria Suokannas, yliopettaja
 Laurea- ammattikorkeakoulu Otaniemi

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Olen viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Laurea- ammattikorkeakoulusta, Otaniemestä. Haen tutkimuslupaa opinnäytetyölleni, jonka aiheena on prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV:ssä.

Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyöni tarkoitus on tuottaa prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta. Keskeiset käsitteet opinnäytetyössäni ovat ohjaus ja neuvonta, hyvinvointiteknologia, e-vastaanotto ja prosessikuvaus. Keskeiset tutkimuskysymykset ovat: Millainen on sairaanhoitajan e-vastaanoton kulku HyvinvointiTV:ssä? Millaisia yhteistyökumppaneita sairaanhoitajan e-vastaanotolla on HyvinvointiTV:ssä ja mikä on heidän roolinsa prosessissa? Valmista opinnäytetyötä voidaan hyödyntää esimerkiksi prosessin toimivuuden ja tehokkuuden arvioinnissa, toimintatapojen yhtenäistämässä ja uuden työntekijän perehdyttämisessä.

Prosessikuvauksen muodostamiseksi tarkoitukseni on haastatella 2-3 HyvinvointiTV:n työntekijää. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ryhmässä ja haastattelu nauhoitetaan. Nauhalta haastattelu litteroidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Nauhat tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelu-
 jen pohjalta muodostan prosessikuvauksen QPR-ohjelmistolla. Opinnäytetyötä tehdessäni noudatan tutkijan eettisiä ohjeita. Opinnäytetyöni on tarkoitus valmistua keväällä 2011. Valmis opinnäytetyö toimitetaan HyvinvointiTV:n työntekijöille sekä julkaistaan ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi. Liitteenä tässä kirjeessä on opinnäytetyösuunnitelmani, josta saatte enemmän tietoa opinnäytetyöni tarkoituksesta, tavoitteista, taustasta ja menetelmällisistä ratkaisuista.

Yhteistyö terveisin
 Tanja Karhu

LIITTEET

opinnäytetyösuunnitelma

Liite 2 Haastattelusuostumus ja saatekirje

Haastattelusuostumus ja saatekirje

Haastattelusuostumus ja saatekirje HyvinvointiTV:n työntekijöille, joita tulen haastattelemaan opinnäytetyöhöni.

Hyvä vastaanottaja

Nimeni on Tanja Karhu ja opiskelen sairaanhoitajaksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Otaniemessä. Teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV:ssä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteluja apuna käyttäen. Haastattelun teemat koskevat sairaanhoitajan e-vastaanoton asiakkaan hoitopolkua, ohjauksen sisältöä sekä yhteistyötä HyvinvointiTV:n eri toimijoiden välillä. Pyydän haastateltavaksi kahta tai kolmea HyvinvointiTV:n työntekijää, joista toisen toivon olevan e-vastaanoton pitäjä tai sen toiminnan muuten hyvin tunteva henkilö. Haastatteluun menee aikaa noin 1-1,5 tuntia. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ja haastattelu nauhoitetaan. Nauhat tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua.

Pyydän suostumustanne haastateltavaksi, osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Jos teillä on kysyttävää aiheesta, pyydän ystävällisesti ottamaan minuun yhteyttä.

Ystävällisin terveisin

Tanja Karhu

tanja.karhu@laurea.fi

xxx xxx xxxx

Haastattelusuostumus

Haastattelu koskee opinnäytetyötä, jonka aiheena on prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV:ssä.

Olen saanut informaatiota haastattelusta ja sen tarkoituksesta. Osallistun haastatteluun vapaaehtoisesti.

___/___/2010

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3 Haastatteluteemat ja kysymykset

Haastatteluteemat ja kysymykset

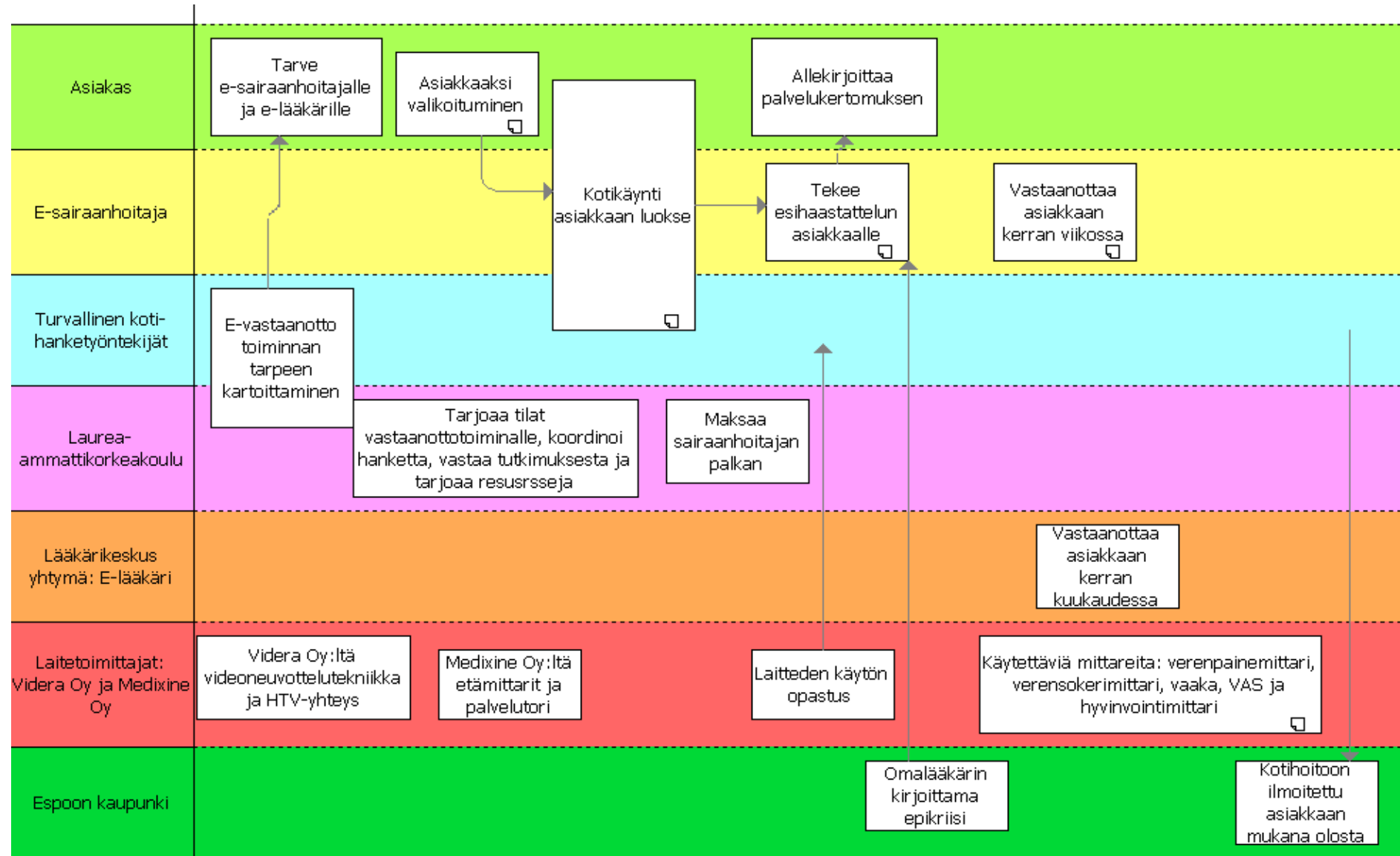
1. Asiakkaan hoitopolku HyvinvointiTV:ssä liittyen sairaanhoitajan e-vastaanottoon
 - mitä tapahtuu ennen sairaanhoitajan e-vastaanottoa?
 - mitä tapahtuu sairaanhoitajan e-vastaanoton jälkeen?

2. Sairaanhoitajan e-vastaanoton ohjauksen sisältö
 - mitä tapahtuu sairaanhoitajan e-vastaanoton aikana?
 - millaista ohjausta asiakkaalle annetaan?

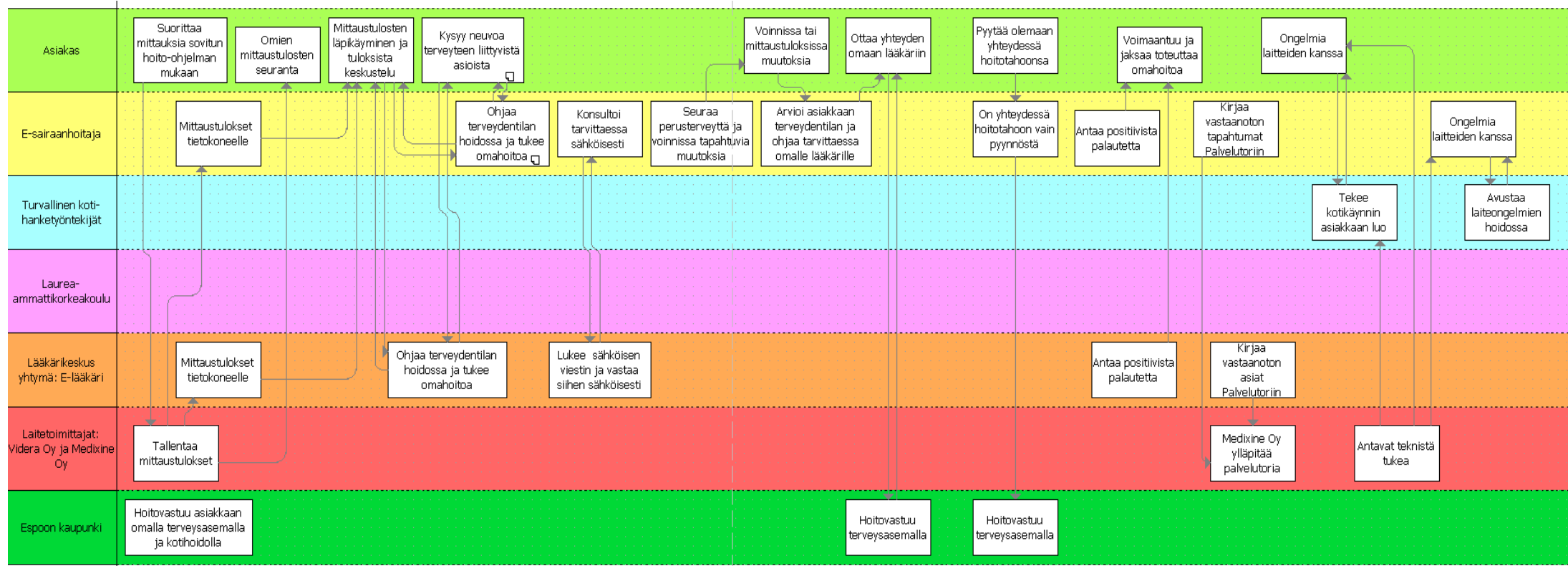
3. Toimijat HyvinvointiTV:ssä liittyen sairaanhoitajan e-vastaanottoon
 - Millaisia toimijoita HyvinvointiTV:ssä on liittyen sairaanhoitajan e-vastaanottoon?
 - Millainen rooli toimijoilla on?
 - Miten yhteydenpito eri toimijoiden välillä tapahtuu?

Liite 4 Prosessikuvaus

E-vastaanotto toiminnan käynnistäminen



E-vastaanotto



E-vastaanottotoiminnan arviointi ja kehittäminen

