

Videovälitteisen etävastaanot- topalvelun käyttöönotto ja käy- tön vakiintuminen perustervey- denhuollossa.

- Hoitotyöntekijän näkökulma

Marika Tamski

Opinnäytetyö

Marraskuu 2020

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Tamski, Marika	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä marraskuu 2020
	Sivumäärä 54 sivua + 3 liitettä	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotto ja käytön vakiintuminen perusterveydenhuollossa - Hoitotyöntekijän näkökulma		
Tutkinto-ohjelma Kliininen asiantuntija (YAMK)		
Työn ohjaaja(t) Lehtori Katja Raitio, lehtori Hannele Tyrväinen		
Toimeksiantaja(t) Nokian kaupunki, perusturvapalvelut		
Tiivistelmä <p>Yhteiskunnalliset muutokset ja sähköisten palvelujen kasvava tarve ovat asettaneet terveydenhuollolle tarpeen uusien, myös digitaalisten palvelumuotojen käyttöönottoon. Samaan aikaan videovälitteistä etävastaanottopalvelua käytetään Suomessa perusterveydenhuollossa vielä melko vähän, vaikka maantieteelliset välimatkat ovat pitkiä ja etävastaanoton avulla erikoislääkäripalvelujen saatavuus voidaan turvata myös pienemmillä paikkakunnilla.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä tekijöitä organisaation tulee ottaa huomioon videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoprosessissa, jotta prosessi tukee käyttäjälähtöisyyttä ja edistää palvelun integroitumista osaksi käytännön hoitotyötä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena on edistää videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoa ja käytön vakiintumista perusterveydenhuollon terveyskeskuksessa. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin sähköisellä Webropol -kyselylomakkeella. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja analyysin jälkeen suoritettiin refleksiivinen sähköpostihaastattelu.</p> <p>Tulosten mukaan videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoon ja käytön vakiintumiseen vaikuttavat monet eri tekijät, jotka voidaan määritellä työntekijään, organisaatioon ja potilaaseen kohdistuviin tekijöihin. Tuloksista nousi esiin käyttöönottoprosessien hyvän suunnittelun sekä hoitotyöntekijöiden koulutuksen ja tukemisen merkitys. Hyvä suunnittelu sisältää sekä saatavan hyödyn ja palvelun tarpeen kartoituksen että teknologian ja toimintaympäristön toimivuuden ja laitteiden saatavuuden varmistamisen.</p> <p>Tulosten perusteella hoitotyöntekijöiden koulutus tulee suunnitella ja aloittaa jo ennen varsinaista käyttöönottoa, kohdistettu koulutus ja tarvittava taitojen ylläpito tulee huomioida myös resursoinnissa. On myös tärkeää huomioida, että sovellusten käytettävyys, saatavilla oleva tekninen tuki ja kannustus käyttöön lisäävät käyttäjien käyttömyönteisyyttä.</p>		
Avainsanat Teleterveys, etävastaanotto, perusterveydenhuolto, käyttöönotto, käyttöönottoprosessi		

Author(s) Tamski, Marika	Type of publication Master's thesis	Date November 2020 Language of publication: Finnish language
	Number of pages 54 pages + 3 appendices	Permission for web publication: x
Title of publication Adopting and establishing remote video appointment service as a practise in primary health care. - Health care personnel perspective		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Senior Lecturer Raitio Katja. Senior Lecturer Tyrväinen Hannele		
Assigned by City of Nokia, primary health care		
Abstract <p>Changes in society and the increasing need for electronic access have created a need for the healthcare services to adopt new means, for example, digital services. Use of remote video appointments is still quite limited in the Finnish basic healthcare services, even with long distances and the ability to provide specialist doctor's appointments in smaller municipalities.</p> <p>The objective of the work was to determine the factors an organization must take to account when taking remote video appointments into use, so that the process is user-centric and contributes to integrating the services as part of the basic healthcare services' practical work. The aim was to advance remote video appointment adoption in a public medical center. The study was conducted as a qualitative study and the material was collected with a web-based questionnaire. Received material was analyzed using data-driven content analysis. After the analysis, a reflective interview was conducted via e-mail.</p> <p>According to the results, the factors affecting remote video appointment service adoption and establishment can be categorized as factors affecting the carer, the organization and the patient. Most prominent factors identified were the adoption process planning and care worker training and support. Good planning includes both identifying the benefit and service need and verifying the functionality of the technology and the working environment used, and availability of the needed devices.</p> <p>Based on the results, the training for the care workers must be planned and started before the adoption. Training and maintaining the skills required must be taken to account when resourcing the work. It is also important to note that usability of the applications, availability of technical support and encouragement to use the system increase the positive attitudes towards the system among the users.</p>		
Keywords Implementation, eHealth, teleconsultation, primary health care, telehealth,		

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Toimintatapojen muutostarve sosiaali- ja terveydenhuollossa	8
	2.1 Digitalisaatio sosiaali- ja terveysalalla	8
	2.2 Digitaalinen etävastaanotto	9
3	Digitaalisen palvelun käyttöönottoprosessi.....	12
	3.1 Digitaalisen palvelun käyttöönotossa huomioitavia tekijöitä	12
	3.2 Digitaalisen palvelun käytön vakiintumiseen vaikuttavia tekijöitä	15
	3.3 Henkilökunnan osaamisen huomioiminen käyttöönottoprosessissa	17
4	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	21
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	21
	5.1 Tutkimusmenetelmä	21
	5.2 Aineiston keruu	23
	5.3 Aineiston analysointi	25
	5.4 Refleksiivinen haastattelukierros	29
6	Tulokset	31
	6.1 Työntekijää koskevat tekijät videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa.	31
	6.2 Organisaatiota koskevat tekijät videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa.	33
	6.3 Potilaasta koskevat tekijät videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa.	34
7	Pohdinta.....	37
	7.1 Tulosten tarkastelu.....	37
	7.2 Opinnäytetyön eettisyys	41
	7.3 Opinnäytetyön luotettavuus	43

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	46
---	----

Lähteet	49
----------------------	-----------

Liite 1. Analyysiprosessin eteneminen	55
---	----

Liite 3. Kyselylomakkeen kysymykset	57
---	----

Kuviot

Kuvio 1. Teknologian hyväksymismalli	15
--	----

Kuvio 2. Ammatillaisen tiedonhallinnan osaamistasot.	19
---	----

Kuvio 3. Tutkimustulokset	36
---------------------------------	----

Kuvio 4. Kehittämissuosituksia	47
--------------------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä	28
---	----

1 Johdanto

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ovat suurien haasteiden edessä tulevien vuosien aikana. Julkishallinnon kasvava alijäämä pakottaa toimijat vastaamaan lisääntyvään hoidon tarpeeseen entistä pienemmillä taloudellisilla resursseilla. Tämä vaatii aikaisempaa enemmän tuottavuutta, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta, joita sähköisiä palveluja kehittämällä tavoitellaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Sähköisten palveluiden toivotaan ylittävän maantieteellisiä etäisyyksiä ja tuovan palvelut lähelle potilasta ja siten parantavan potilaiden yhdenvertaisuutta ja palvelujen saatavuutta (Hyppönen & Ilmarinen 2016, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palveluiden vahvistaminen, kehittäminen ja saatavuuden parantaminen ovat keskeisiä tavoitteita käynnissä olevissa valtakunnallisissa hankkeissa, kuten sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä, vuosina 2020-2022 toteutettavassa, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa. Hankkeen painopiste on peruspalveluiden vahvistamisessa ja ohjelmassa jatketaan STM:n Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -hankkeen aikana aloitettua sote-tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen kehittämistä. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2020.) Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -hankkeen loppuraportissa mainitaan, että digitalisaation todellinen vaikuttavuus saavutetaan ainoastaan toiminnan ja toimintatapojen muutoksella. Tulosten saavuttamiseksi toimenpiteet tulee sitoa kiinteästi toimintatapojen uudistamiseen ja uudistamisen onnistuminen edellyttää työntekijöiden osallistamista kaikissa hankkeen vaiheissa. Tietoteknisillä ratkaisuilla itsessään ei ole arvoa, vaan arvo syntyy toimivista palveluista, ammattilaisten uudentlaisista toimintamalleista, ammattilaisten osaamisen varmistamisesta ja johtamisen muutoksesta. (Seppälä & Puranen 2019, 69.)

Osaamisen turvaamiseen tähtää myös kuudesta osa-alueesta koostuva Sairaanhoidotalouden sähköisten terveystalouden strategia vuosille 2015 – 2020. Strategialle on määritelty päätavoitteet, joissa painottuvat sairaanhoitajien tietotekninen osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Monikanavaisilla sähköisillä terveystalouksilla ja

luotettavalla näyttöön perustuvalla tiedolla on tulevaisuudessa entistä keskeisempi rooli sekä sairaanhoitajille että kansalaisille. (Sairaanhoitajaliitto 2015, 5.)

Tässä opinnäytetyössä etävastaanotolla tarkoitetaan ammattilaisten välistä videoneuvotteluyhteyttä, joka toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Videokuvan avulla tehtävällä etävastaanotolla potilas on mukana, keskeisessä roolissa. Potilaan mukanaolo edistää myös hänen omahoitoisuuttaan ja tietoisuuttaan. Mukana oleva ammattilainen voi olla joko lääkäri tai sairaanhoitaja sekä potilaan vierellä että konsultoitavassa yksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä tekijöitä organisaation tulee ottaa huomioon digitaalisen palvelun käyttöönottoprosessissa, jotta prosessi tukee käyttäjälähtöisyyttä ja edistää palvelun integroitumista osaksi käytännön hoitotyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoa ja käytön vakiintumista perusterveydenhuollon terveyskeskuksessa.

2 Toimintatapojen muutostarve sosiaali- ja terveydenhuollossa

Terveydenhuollon nykytilannetta ja tulevaisuutta leimaa jatkuvasti kiristynyt taloustilanne ja sen mukanaan tuomat ongelmat tarvittavan hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Väestön ikääntyminen, hoitomenetelmien kehittyminen ja vaatimustason nousu ovat osaltaan nostaneet erikoissaraanhoidon kustannuksia perusterveydenhuollon kustannuksia nopeammin. (Kuusisto 2016, 39.) Palvelutarpeen muuttuminen vaatii uusia toimintatapoja, joihin digitalisaatioon liittyvät hankkeet tähtäävät uusien sähköisten työkalujen ja modernien kommunikaatioyhteyksien käyttöönotolla. Niiden avulla tehostetaan terveydenhuollon laatua ja kattavuutta (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2273; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Sähköiset palvelut, kuten etävastaanotto, laajentavat hoitotyön tekemisen tapoja ja niiden avulla mahdollistetaan tehokkaampien palveluprosessien tuottaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Tavoitteena on, että hoitotyötä voidaan tehdä aikaisempaa hajautetummin ja yksilöllisemmin eri paikoissa (Alasoini 2015, 29). Etäterveyspalveluiden käyttöönotto ja integroituminen käytäntöön ei kuitenkaan ole kehittynyt sopusoinnussa muun yhteiskunnan teknologian nopean kehittymisen kanssa vaan se on ollut hidasta ja hajanaista. Jotta etäterveyspalvelut saadaan integroitumaan terveydenhuoltojärjestelmäämme, tulee kiinnittää huomiota sovellusten käytettävyyteen ja yhteensopivuuteen sekä palvelujen kustannusrakenteeseen. (Bradford, Caffery & Smith 2016.)

2.1 Digitalisaatio sosiaali- ja terveysalalla

Sähköiset terveydenhuoltopalvelut (eHealth) ovat tärkeä osa-alue sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa, joiden avulla parannetaan palvelujen saatavuutta ja kustannustehokkuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Sähköiset terveydenhuoltopalvelut käsitteenä kattaa laajan kokonaisuuden erilaisia sovelluksia, järjestelmiä, välineitä ja palveluita, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintäteknologiaa. Ne kattavat,

paitsi tietojen vaihdon potilaan ja/ tai terveydenhuollon toimijoiden välillä, myös monia muita sovelluksia, kuten potilastietojärjestelmät ja kansalliset tietoarkistot. (Euroopan komissio 2013.)

Digitalisaatioon katsotaan kuuluvaksi sovellusten lisäksi terveydenhuoltojärjestelmien synnyttämät organisaatiomuutokset sekä tarvittavat uudet taidot. Näiden avulla tavoitteena on parantaa asiakkaan terveyttä ja terveystalouden tarjoamisen tehokkuutta. (Ahonen, Kinnunen & Kouri 2016,13.) Digitalisaation myötä muuttuva terveydenhuolto mahdollistaa potilaalle ja hoitohenkilökunnalle nopeamman ja helpomman palvelujen tavoitettavuuden, joka on merkittävä tavoite tämän päivän perusterveydenhuollon vastaanottoalalle (Kunnari & Koivula 2018, 330). Digitalisaation kehittymisen myötä hoitotyöhön syntyy uusia työskentelyn tapoja ja ne asettavat vaatimuksia uudelle osaamiselle. Osaamisen turvaamiseksi ympäröivän maailman muutokset tulee huomioida entistä laajemmin myös hoitotyön perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Koulutuksessa tulisikin jo nyt valmistautua tulevaisuuteen, koska teknologian kehitys on tällä hetkellä nopeaa, eikä sairaanhoitaja välttämättä enää tulevaisuudessa pärjää nykyisellä tietoperustalla. (Salanterä, Mieronkoski, Terävä & Suhonen 2016, 92-93.) Tulevaisuuden hoitotyön osaajalta edellytetään erityisesti tiedon hyödyntämisen taitoa (Salanterä ym. 2016, 97). Toimintaympäristön digitalisoitumisesta huolimatta tärkeintä on, että hoitotyön arvoperusta ja eettisyys säilyvät ja hoitotyön ytimenä on edelleenkin hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde. Inhimillisyyden ja aidon kohtaamisen tarve ei poistu, kohtaamisen ympäristö vain on aikaisempaa monimuotoisempi. (Salanterä ym. 2016, 93; Numminen 2016, 131.)

2.2 Digitaalinen etävastaanotto

Digitaaliset etäpalvelut tarkoittavat terveydenhuollossa sitä, että potilaan tutkiminen, diagnostiikka, tarkkailu, seuranta tai hoitaminen/ konsultaatio tehdään esimer-

kiksi videon välityksellä verkossa tai välitetään älypuhelimella vastaanottajalle. Tällöin potilaan hoitoon liittyvät päätökset perustuvat etäpalveluiden välityksellä siirrettyihin tietoihin ja dokumentteihin. (Valvira 2015.) Etävastaanotot mahdollistavat sijainnista riippumattoman reaaliaikaisen kohtaamisen näkö- / ääniyhteydellä ja esimerkiksi potilaan hoidossa tarvittavan erityisosaamisen viemisen kuntiin, joissa palvelua ei olisi muuten saatavilla (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2274).

Perusterveydenhuollossa hoidon saatavuuden ongelmaan on etsitty ratkaisua muun muassa etäpalvelujen hyödyntämisellä. Jo nyt on nähtävissä, että hoitajien antama puhelinneuvonta vähentää lääkärin vastaanotolla käyntejä ja nopeuttaa hoidon saatavuutta. Erikoissairaanhoidossa etähoitoa käytetään varsinkin kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden jatkoseurannassa. Kuten Kuusisto (2016) väitöskirjassaan toteaa, kontrollipotilaiden etähoito on yhtä tehokasta kuin hoito kasvokkain vastaanotolla ja potilastyytyväisyys etähoitoon on korkea (Kuusisto 2016, 66).

Etävastaanotto voi olla puhelinvastaanotto tai kuvan kanssa tapahtuva vastaanotto. Se voi olla potilaan ja hoitajan välinen yhteys tai ammattilaisten välinen konsultaatiovastaanotto. Etävastaanoton pääpiirteitä ovat reaaliaikaisuus, audiovisuaalisuus sekä interaktiivinen potilasvastaanotto etätyömenetelmien avulla. (Juhta 2012.) Etäyhteyden avulla muodostetaan reaaliaikainen yhteys esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Videovälitteisen sovelluksen avulla potilaasta ja konsultaation kohteesta saadaan siirrettyä visuaalinen tieto konsultoivaan yksikköön ja tarvittaessa kuvakulmaa voidaan muuttaa heti. (Simkins 2017, 3.) Etähoito on osa etälääketiedettä ja etälääketiede kuuluu osaltaan sähköisiin terveyspalveluihin (eHealth). Etähoitotilanteessa potilas on keskeisessä asemassa ja mukana päätöksenteossa, mikä erottaa sen perinteisemmästä etäkonsultaatiosta, jossa ainoastaan asiantuntijat vaihtavat tietoa. (Kuusisto 2016, 2.)

Sekä Valvira että Sosiaali- ja terveysministeriö ovat 2015 annetuissa ohjeissaan linjanneet, että vaikka etäpalveluissa potilasta tutkitaan ja hoidetaan esimerkiksi videovälitteisesti internetyhteyden kautta, etänä annetut terveydenhuollon palvelut ovat pääsääntöisesti verrattavissa kasvokkain tapahtuviin vastaanottokäynteihin. Tällöin etäpalvelua tarjoavan terveydenhuollon ammattihenkilön on pystyttävä arvioimaan

huolellisesti, sopiiko annettava palvelu etäpalveluna toteutettavaksi sekä arvioitava palvelun soveltuvuus erikseen kunkin potilaan kohdalla. Tarvittaessa potilas tulee ohjata tavalliselle vastaanotolle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Valvira 2015.) Valviran (2015) mukaan etäpalvelua toteuttavalla on oltava asianmukaiset tilat, laitteet ja asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Lisäksi etäpalvelun on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja potilasturvallisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Etäpalveluissa potilastietojen siirtoon ja tallentamiseen käytettävien järjestelmien on täytettävä salassapitoa, tietosuojaa sekä tietoturvaan koskevien säännösten vaatimukset. (Valvira 2015.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella videovälitteinen etävastaanottopalvelu otettiin käyttöön erikoissairaanhoidon haavakeskuksen ja perusterveydenhuollon terveyskeskusten välillä kesällä 2017. Sairaanhoitopiirin alue on laaja ja tähän maantieteelliseen laajuuteen ensimmäinen idea etävastaanottopalvelusta perustuikin. Monet potilasryhmät joutuvat käymään kontrollikäynneillä erikoissairaanhoidon poliklinikoilla pitkien matkojen päästä ja kuitenkin potilaiden jatkohoito järjestetään pääosin omissa terveyskeskuksissa. Eri toimipisteiden välillä potilaat liikkuvat joko taksiilla tai omalla kyydillään ja hoito-ohjeet paperisina. Koska käytettävä teknologiakin oli jo olemassa, lähti suunnitelmallinen prosessi kohti potilaita hyödyttävää etävastaanottopalvelua etenemään. (Moksén 2019.)

Yksityisen palveluntuottajan kanssa Tampereen yliopistollisen sairaalan keskeiset toimijat suunnittelivat jo olemassa olevalle alustalle helpon ja liikuteltavan yhteyden, joka on osoittautunut erittäin muunneltavaksi ja helppokäyttöiseksi. Aikaisemmin videoyhteyttä oli käytetty lähinnä lääkäreiden etäkoulutuksissa hyväksi ja toimivuuden sekä helppokäyttöisyyden vuoksi yhteys oli sopiva myös kehitteillä olevaan hankkeeseen. Alkujaan ongelmia tuotti vastaanottavan henkilön identifioiminen eli vahva tunnistus. Koska vahva tunnistautuminen on keskeisessä roolissa tietoturvaan, ohjelmaa muutettiin niin, että vahva tunnistautuminen vaaditaan etäyhteyden mahdollistamiseksi. (Moksén 2019.)

Toiminnan käynnistämiseksi ja juurruttamiseksi perusterveydenhuollon yksiköissä, PSHP:n etävastaanotoista vastaava digihoitaja kävi henkilökohtaisesti kaikissa yhteistyökunnissa ja kertoi hankkeesta sekä varmisti tarvittavan teknologian olemassaolon ja tarvittaessa ohjasi teknologiahankinnoissa. Myös käyttöönotto-ohjauksessa PSHP:n etävastaanotoista vastaava digihoitaja oli henkilökohtaisesti paikalla ohjaamassa hoitajia ja lääkäreitä. PSHP:n etävastaanotoista vastaavan digihoitajan kokemuksen mukaan suurin haaste oli tarvittavan teknologian yhteensovittaminen. Organisaatioiden henkilökunnan keskuudessa mahdollisuus etävastaanottoon otettiin pääsääntöisesti hyvin vastaan ja tarvetta tämän tyyppiselle palvelulle katsottiin olevan. (Moksén 2019.) Kuten Kuusisto (2016) väitöskirjassaan toteaa, etävastaanoton päämääränä on yhdistää erikoislääkäri perusterveydenhuollossa hoidettavan potilaan hoitoon niin, että ainoastaan tieto siirtyy, mutta potilas ei. (Kuusisto 2016, 2).

3 Digitaalisen palvelun käyttöönottoprosessi

Palvelujen digitalisaatio ja lisääntynyt sähköinen työskentely terveydenhuollon yksiköissä edellyttää palveluketjujen uudistamista ja toimintatapojen muutosta. Toimintatapojen muutokset vaikuttavat sekä työskentelyyn että tarvittavien tietojen omaksumiseen. (Jauhiainen, Sihvo, Jääskeläinen, Ojasalo & Hämäläinen 2017, 138.) Terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttöönottoprosessi on haastava prosessi, jossa pitää huomioida monia tekijöitä sekä organisaatio- että yksilötasolla (Vuononvirta 2011, 36). Uuden teknologian käyttöönottoon vaikuttaa suurelta osin se, kuinka tuleva muutos suunnitellaan, kuinka palvelun käyttöönotto organisaatiossa toteutetaan ja kuinka se vakiinnutetaan päivittäiseen toimintaan (Hyppönen & Valkeakari, 2009, 25).

3.1 Digitaalisen palvelun käyttöönotossa huomioitavia tekijöitä

Terveydenhuollon sähköisen palvelun käyttöönottoprosessin huolellinen suunnittelu on prosessin ensimmäinen ja yksi tärkeimmistä vaiheista (AIDossary, Martin-Khan,

Bradford, Armfield & Smith. 2017, 7). Käyttöönottoprosessin aliarvioiminen tai vaillinaisen suunnittelu voi estää monen prosessin edistymisen tai niiden vakiintumisen pysyviksi käytännöiksi alkuvaiheen jälkeen (AlDossary ym. 2017, 1). Strategisen suunnitelman laatiminen käyttöönoton kokonaisuuden hahmottamiseksi on välttämätöntä. Jokaisella organisaatiolla on omat erityispiirteensä, jotka tulisi ottaa huomioon jo suunnitteluvaiheessa. (Odeh, Kayyali, Nabhani-Gebara & Philip 2014, 1133.)

Sähköisen palvelun käyttöönotto uutena työmallina aiheuttaa toisinaan muutosvastarintaa ja jopa vastustusta työyksikössä ja sen vuoksi kokonaisvaltaisen käyttöönotosuunnitelman laatiminen on avainasemassa uuden toiminnan käyttöönotossa ja menestyksessä. (AlDossary ym. 2017, 2.) Uusien toimintamallien integroituminen osaksi käytäntöä vaatii esimiehiltä ja organisaation johdolta sitoutumista käyttöönottoprosessiin sekä tukea ja rohkaisua työntekijöille uuden teknologian käyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Rahkonen 2007, 74). Sitä vastoin käyttöön ”pakottaminen” lisää käyttöä hetkellisesti, mutta laskee todennäköisyyttä käytön vakiintumiselle (Toivo 2016, 15, 17).

Käyttöönoton toimeenpanemisessa tarvitaan tiivistä yhteistyötä organisaation johdon ja kliinistä työtä tekevien käyttäjien välillä, koska muutoksen tapahtuminen edellyttää muutosta organisaatiossa, työntekijöissä ja työn tekemisen kulttuurissa (Odeh ym. 2014, 1132). Käyttöönotto edellyttää todellisen toiminnan kehittämistä ja muutosta, minkä vuoksi se vaatii käyttäjiltä asiaan perehtymistä ja käyttäjien vastuun laajentamista ”pelkästä” käyttämisestä yhdessä kehittämiseen (Hyppönen & Valkeakari, 2009, 22-23; Toivo 2016, 15).

Johanssonin (2015) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat ilmi huolensa resurssien riittävyydestä sekä aikataulullisista ongelmista, joiden vuoksi etävastaanoton käytöstä ei ole tullut vakiintunutta työskentelytapaa (Johansson 2015, 10, 18). Myös muissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että resurssien ja organisaation tuen puuttuminen sekä työmäärän kasvaminen ja työnkuvan sirpaloituminen voivat heikentää henkilökunnan motivaatiota ja teknologian käyttöhalukkuutta. (Odeh ym. 2014, 1135; Koivisto, Koroma & Ruusuvoori 2019, 188; Guise & Wiig 2017.)

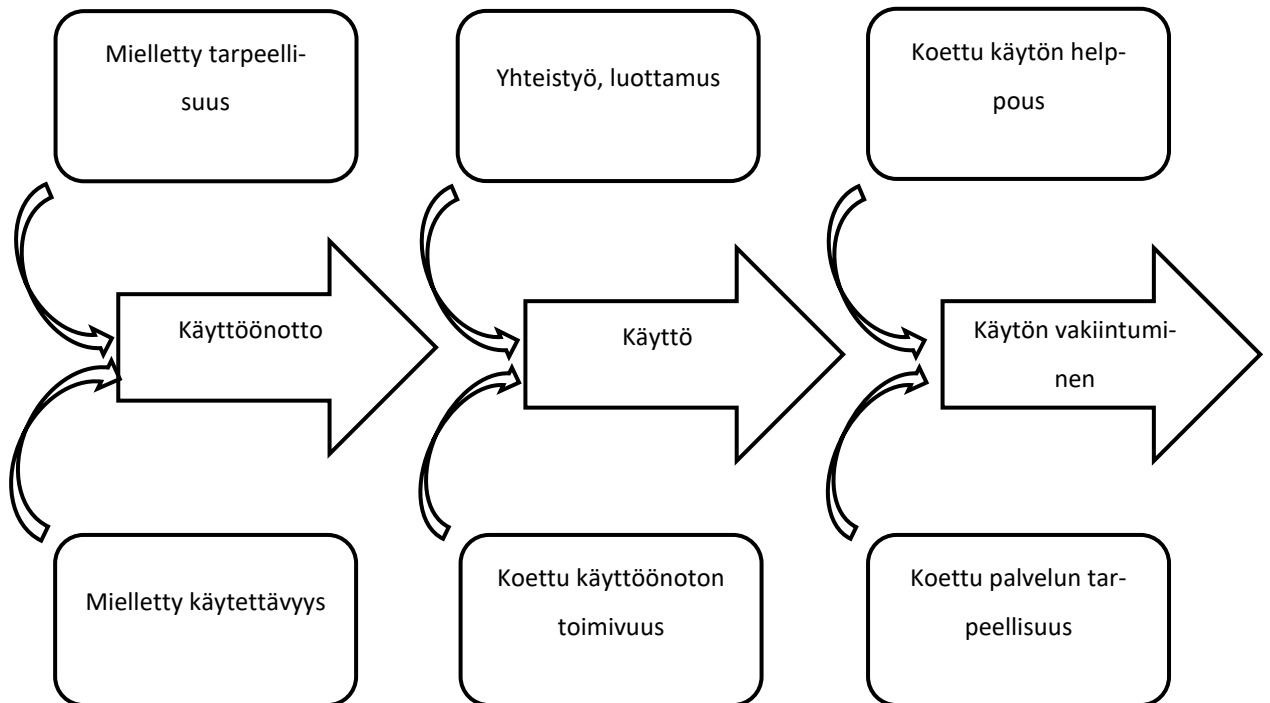
Onnistuneessa käyttöönotossa huomiota tulee kiinnittää myös palveluiden käytettävyyteen, koska palvelun käytön helppous vaikuttaa suoraan käyttäjän mielipiteeseen teknologian hyödyllisyydestä. Helposti käytettävä teknologia johtaa parempaan suoriutumiseen ja mitä tyytyväisempiä käyttäjät ovat, sitä suuremmat ovat palvelun hyödyt. (Toivo 2016, 16; Koivisto ym. 2019, 185.) Mitä enemmän hoitajat kokivat videokonsultoinnista olevan hyötyä toiminnalleen ja auttavan heitä päivittäisissä toiminnoissaan, sen myönteisemmin he sitä käyttivät (Johansson 2015, 18, 33; Odeh ym. 2014, 1133; Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns & Kort 2013, 8).

Saavutetun hyödyn ja helppokäyttöisyyden lisäksi onnistuneen käyttöönoton kannalta olennaista on kliinistä työtä tekevien ammattilaisten hyväksyntä, joka saavutetaan ottamalla ammattilaiset jo suunnitteluvaiheessa mukaan käyttöönottoprosessiin (Koivisto ym. 2019, 185; AlDossary ym. 2017, 2; Johansson, Lindberg & Söderberg 2013). Käytön vakiinnuttamisen vuoksi on tärkeää, että videoväliteistä etävastaanottoa pyritään käyttämään mahdollisimman usein, jolloin käyttäjät saisivat positiivisia käyttökokemuksia ja sitä kautta varmuutta palvelun käyttöön (Johansson 2015, 17.)

Myös Kaasisen (2005) väitöskirjassa tutkittiin niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat keskeisesti käyttäjän käyttöaikomukseen ja teknologian hyväksymiseen teknologian hyväksymismallin (The Technology Acceptance Model, TAM) mukaisesti. Mallin mukaan teknologian hyväksymiseen vaikuttavat keskeisimmät tekijät ovat; mielletty palvelun arvo eli hyödyllisyys, koettu käyttömukavuus ja luottamus teknologiaan. Myöhemmin malliin on liitetty huomioon otettavina tekijöinä myös ulkoisten resurssien vaikutus käyttöaikomukseen. TAM: ta on käytetty lähinnä jo olemassa olevien tuotteiden arviointiin, mutta Kaasinen nostaa esille mallin käyttämisen jo kehitysprojektien suunnitteluvaiheessa, jolloin teknologiaratkaisun hyväksyntä tai hyväksyntää estävät ongelmat voitaisiin paremmin ennakoida (Kaasinen 2005, 5, 48-49.) Kuviossa 1. on esitetty keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat teknologiaratkaisun hyväksyntään ja käyttöaikomukseen.

Uudet työskentelytavat tulee integroida ja mukauttaa herkällä tavalla jo olemassa oleviin käytäntöihin. Henkilökunnan voimavarat ja vahvuudet tulee tunnistaa ja rohkaista henkilökuntaa uusien työskentelytapojen käyttöönotossa. (Barakat ym. 2013,

5.) Työntekijän positiivinen asenne ja luottamus tekniikan toimivuuteen auttaa häntä työtapojen muutoksessa ja hyväksymisessä (Johansson ym. 2013).



Kuvio 1. Teknologian hyväksymismalli. (Mukaillen Kaasinen 2005, 48)

3.2 Digitaalisen palvelun käytön vakiintumiseen vaikuttavia tekijöitä

Aikaisemmista tutkimuksista nousee esiin monia keskeisiä tekijöitä, joiden vaikutus käyttöönottoon ja käytön vakiintumiseen on merkittävä. Yksilötasolla videovälitteinen etävastaanotto tai -konsultointi erikoissairaanhoidon henkilöstön kanssa antoi perusterveydenhuollon henkilöstölle oppimiskokemuksia ja lisäsi ammatillista osaamista. Samoin perusterveydenhuollon konsultaatiomahdollisuudet paranivat ja nopeutuivat. (Kolltveit, Gjengedal, Graue, Iversen, Thorne & Kirkevold 2016; Smith-Ström, Iversen, Graue, Skele & Kirkevold 2016; Di Cerbo, Morales-Medina, Palmieri & Iannitti 2015, 75.)

Tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon henkilöstö koki potilaan hoitoon liittyvän tiedonvälityksen tehostuneen ja virtaviivaistuneen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Kolltveit ym. 2016; Koivisto ym. 2019, 188). Hoitohenkilökunta sai uuden tiedon muuttuneesta hoitosuunnitelmasta heti käyttöönsä ja he kokivat, että se nopeutti potilaan hoitoa, varmisti hoidon jatkuvuuden ja paransi hoidon tuloksia (Johansson 2015, 36; Di Cerbo ym. 2015, 75). Reaaliaikaisen kuvan käyttö etävastaanoton yhteydessä tarkensi kliinistä arviota, lisäsi kaikkien osapuolien ymmärrystä kyseessä olevasta ongelmasta sekä lisäsi ammattilaisten yhteistä pohdintaa hoitovaihtoehtoista. (Kolltveit ym. 2016; Smith-Ström ym. 2016)

Käyttöönoton organisoinnissa tulee ottaa huomioon ja suunnitella myös etäteknologian ja palveluympäristön yhteensopivuus. Aikaisemmissa tutkimuksissa, kuten Odeh, Kayyali, Nabhani-Gebara ja Philip (2014); Johansson (2015); Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns ja Kort (2013) toteavat, että tärkeää on huolehtia teknisten laitteiden ja välineiden asianmukaisesta sijoittelusta sekä ympäristön rauhallisuudesta ja valaistuksesta, jotta kuva ja ääni välittyvät mahdollisimman hyvätasoisena ja todenmukaisena. (Odeh ym. 2014, 1132; Johansson 2015, 38; Barakat ym. 2013, 8.) Ympäristön suunnittelu vaikuttaa myös potilasturvallisuuteen, koska väärinymmärrysten riski pienenee ja tarkempaan diagnoosiin on helpompi päästä ulkopuoliselta melulta rauhoitetussa ympäristössä (Johansson ym. 2013).

Monessa aikaisemmassa tutkimuksessa nousee esiin hoitotyöntekijöiden huoli tekniikasta ja sen toimivuudesta. Suurin osa negatiivisista kokemuksista etävastaanoton käyttöönottoa koskien käsitteli huolta ja pelkoa teknologian toimimattomuudesta ja ammattilaisten osin riittämättömistä valmiuksista ja osaamisesta digitaalisten välineiden käytössä (Koivisto ym. 2019, 190; Johansson 2015, 33; Odeh ym. 2014, 1133). Tekniikan toimimattomuus heikentää ammattilaisten luottamusta teknologiaa kohtaan ja vähentää teknologisten palveluiden käyttöä (Barakat ym. 2013, 8). Teknisen tuen saatavuuden varmistaminen heti ongelmien ilmaannuttua on tärkeää, koska riittämätön käyttötuki on yksi teknologian käytön suurimmista esteistä (Koivisto ym. 2019, 190; Odeh ym. 2014, 1134; Johansson 2015, 33; Hyppönen, Lääveri, Hahtela, Suutarla, Sillanpää, Kinnunen, Ahonen, Rajalahti, Kaipio, Heponiemi & Saranto 2018, 53-54).

3.3 Henkilökunnan osaamisen huomioiminen käyttöönottoprosessissa

Sähköisten terveyspalveluiden yleistymisen terveydenhuollossa muuttaa hoitotyöntekijöiden työtä, toimintoja ja tiedon tarvetta. Uusien työskentelytapojen käyttöönotto ja käyttö edellyttävät ammattilaisten osaamisen ja pätevyyden varmistamista ja tarvittavaa koulutusta. (Jauhiainen ym. 2014, 53-54.) Kuten Guise ja Wiig (2017) tutkimuksessaan toteavat, terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat lisäkoulutusta sähköisten palvelujen käyttöön, koska monessa terveydenhuollon organisaatiossa tarvittavien tietojen ja taitojen puute estää sähköisten palvelujen käyttöönoton (Guise & Wiig 2017).

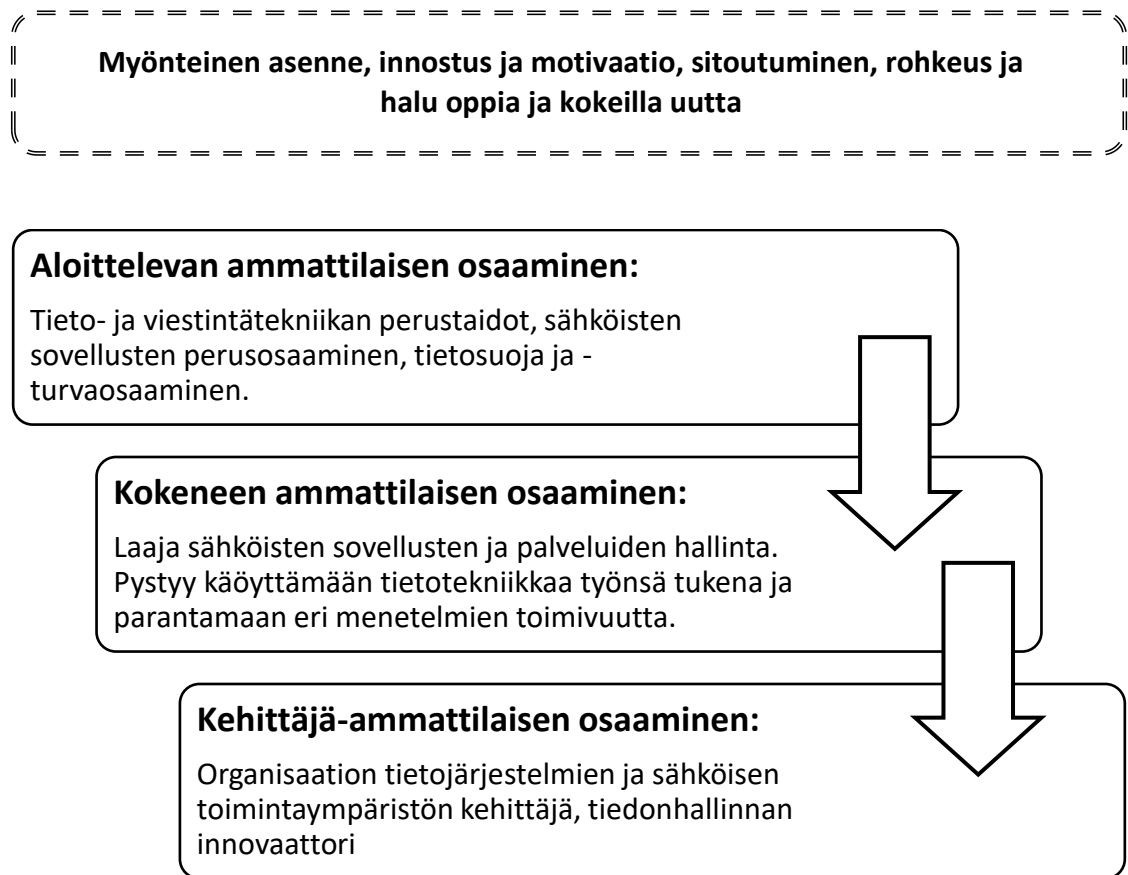
Sähköisten palvelujen käyttöönotto antaa mahdollisuuden terveydenhuollon ammattilaiselle uusien asioiden opetteluun ja uusien taitojen myötä mahdollisuuden vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Jokaisen ammattilaisen tulee huolehtia itsensä kehittämisestä ja kouluttautumisesta ja digiosaaminen on osa hoitotyön kokonaisuutta nyt ja tulevaisuudessa. (Jauhiainen ym. 2014, 15.) Hoitotyöntekijöiden toiminta sähköisissä terveyspalveluissa tulee perustua hoitotyön eettisiin ohjeisiin ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuihin lakeihin. Koulutuksessaan hoitotyöntekijän tulee oppia muun muassa tiedon lukutaitoa, tietämyksen hallintaa ja teknologian käyttötaitoja. Jokaisella hoitotyöntekijällä tulee olla tasavertaiset mahdollisuudet tutkimus- ja kehittämistiedon käyttöön sekä taito hyödyntää tietoa osana turvallista hoitoa. (Sairaanhoitajaliitto 2015, 7.)

Asianmukaisen koulutuksen valmistelu ja tarjoaminen hoitohenkilökunnalle tulisi sisältyä osaksi sähköisten palvelujen käyttöönottoprosessia. Ennakoimalla osaamistarpeita saadaan tietoa, millaista digiosaamista työelämässä tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa. (Guise & Wiig 2017; Jauhiainen ym. 2014, 53-54.) Esimiehen tulee huomioida resursoinnissa, että työntekijöillä on mahdollisuus itsensä kehittämiseen ja uuden oppimiselle. Siihen sisältyy esimerkiksi työntekijän kokemus siitä, että organisaatiossa annetaan työntekijöille tarpeeksi aikaa oppimiseen ja koulutukseen sekä huomioidaan työyksikön työtilanne, jotta kouluttautuminen mahdollistuu. (Toivo 2016, 17; Jauhiainen ym. 2014, 36-37.)

Hoitotyöntekijöiden oppimistarpeet voivat olla hyvinkin erilaiset, riippuen aikaisemmasta osaamisesta ja teknologian käytöstä (Guise & Wiig 2017). Koiviston, Koroman ja Ruusuvuoren (2019) tutkimuksessa erottui selkeästi kaksi ääripäätä. Osa vastaajista ei ollut käyttänyt työssään lainkaan tai hyvin rajoitetusti teknologiaa ja osa vastaajista toivoi ainoastaan päivitystä uusimpaan teknologiaan ja sovelluksiin. (Koivisto ym. 2019, 191.) Taitojen vaihtelevuuden vuoksi ammattilaisilla on erilaiset koulutustarpeet, jotka tulisi huomioida koulutuksia suunniteltaessa (Guise & Wiig 2017). Terveystieteiden ammattilainen saa peruskoulutuksensa aikana tieto- ja viestintäteknikan hyödyntämiseen ja asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon tarvittavat perustiedot ja -taidot. Hoitotyön peruskoulutuksessa ja harjoittelujaksoilla hankittu tietotekninen osaaminen ei välttämättä enää tulevaisuudessa riitä, vaan sähköisten terveystieteiden kehittäminen, käyttöönotto ja käyttö edellyttävät uudenlaista osaamista ja osaamisen kartoittamista. (Jauhiainen ym. 2014, 54-55.)

Henkilökunnan osaamiskartoitus tulisi tehdä jo hyvissä ajoin ennen sähköisten palveluiden käyttöönottoa, koska kartoituksen avulla tarvittava koulutus voidaan suunnitella ja kohdentaa oikein (Tripp 2013). Aikaisemmissa tutkimuksissa, kuten Stagers, Gassert ja Curran (2001) sekä Sihvo, Jauhiainen ja Ikonen (2014) on kehitetty hoitotyöntekijöiden tiedonhallinnan osaamista kuvaavia tasoja ja mittareita osaamisen arviointiin. Tasoja on mittareissa määritelty kolme tai neljä, riippuen kirjoittajista, kuitenkin tasojen sisältö noudattaa samaa linjaa ja korostaa henkilökohtaista motivaatiota ja halua kehittyä.

Ensimmäisellä tasolla olevalla aloittelevalla ammattilaisella on tietotekniset perustaidot hallinnassa. Hän kykenee käyttämään päivittäisissä toimissaan tarvittavia sovelluksia ja ymmärtää tietosuojan ja tietoturvan merkityksen työssään. Seuraavan tason kokenut ammattilainen on jo taitava tiedonhallinnan käyttäjä ja hän pystyy hyödyntämään tietotekniikkaa työnsä tukena. Korkeimmalla tasolla oleva kehittäjäammattilainen on tiedonhallinnan asiantuntija ja kehittäjä, tiedonhallinnan innovaattori. Hän osallistuu tietojärjestelmien kehittämiseen omassa organisaatiossaan ja hyödyntää erikoisosaamistaan tiedonhallinnan koulutuksessa ja tutkimuksessa. (Stagers ym. 2001, 306; Sihvo ym. 2014, 55.) Kuviossa 2. on esitetty osaamistasot ja keskeisimmät osaamisalueet mukaillen aikaisempia tutkimuksia.



Kuvio 2. Ammattilaisen tiedonhallinnan osaamistasot. (Mukaiillen: Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014)

Kuten Stagers, Gassert ja Curran (2001) tutkimuksessaan toteavat, jokaisen hoitotyöntekijän ei tarvitse hallita kaikkea osaamista eikä sitä pidä tavoitellakaan, mutta organisaatiossa olisi hyvä olla myös asiantuntijaosaajia, joilla on muita laajempi osaaminen ja tietoisuus uusista teknologisista ratkaisuista. Laajan osaamisen ja jatkuvan kehittymisen avulla organisaatio pystyy varmistamaan sähköisten palvelujen jatkuvan kehittämisen ja niiden käyttöönottojen onnistumisen (Stagers, Gassert & Curran 2001, 307; Jauhiainen ym. 2014, 60.) Organisaatiosta kannattaisikin valita yksi tai kaksi hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, joille annetaan isompi vastuu sähköisten palveluiden käyttöönotossa (Tripp 2013; Kolltveit ym. 2016).

Asiantuntijaosaajien käyttö henkilökunnan perehdyttämisessä edesauttaa muiden ammattilaisten osaamisen kehittymistä ja asennoitumista esimerkiksi yhteisen terminologian avulla. Asiantuntijaosaajien tulee olla motivoituneita ja aktiivisia uuden teknologian käyttäjiä, koska heidän avullaan varmistetaan sähköisten palvelujen käyttö ja kehittäminen (Toivo 2016, 17-18; Jauhiainen ym. 2014, 60). Myös muissa aikaisemmissa tutkimuksissa on korostunut tukihenkilöiden ts. asiantuntijaosaajien käyttö muun henkilökunnan perehdyttämisessä ja käyttöönoton tukemisessa (Ghosh, McCarthy & Halcomb 2016; Tripp 2013; Toivo 2016, 17-18; Kolltveit ym. 2016; Liddy, Maranger, Afkham & Keely 2013, 989).

Asianmukaisen, määrätietoisen ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaavan koulutuksen saaminen on tärkeää terveydenhuollon ammattilaisille, joiden suunnitellaan ottavan käyttöön etähoidon edellyttämät uudet toimintatavat. Guise ja Wiigin (2017) tutkimuksessa esiin tulleet havainnot tukevat ajatusta siitä, että etävastaanottokoulutus ei tarkoita ainoastaan uuden tekniikan hallintaa, vaan kyseessä on myös oppiminen ja mukautuminen uusiin työprosesseihin ja uusiin terveydenhuollon tarjoamistapoihin. Samassa tutkimuksessa haastateltavat ottivat kantaa myös koulutuksen toteuttamistapoihin. Koulutuksen oikea ajoitus on tärkeää, jotta opitut asiat olisi mahdollista nopeasti siirtää käytäntöön. Hyvin ajoitettu koulutus lisää koulutuksen laadukkuutta ja osaltaan myös koulutusmyönteisyyttä. (Guise & Wiig 2017.)

Koulutuksen tulisi olla käytännönläheistä, kokeilua ja harjoittelua simulaation tai virtuaalikäyntien avulla (Jauhiainen ym. 2014, 36-37; Guise & Wiig 2017). Koulutuksen toteuttamiseen toivottiin sekä pienryhmäopetusta että henkilökohtaista ohjausta. Kollegiaalinen ohjaus ja toisen työntekijän tukeminen ovatkin keskeisiä tekijöitä työyhteisön sisällä tapahtuvalle oppimiselle. (Jauhiainen ym. 2014, 36-37.) Työntekijän oma kiinnostus teknologian käyttöä kohtaan edistää henkilökohtaista oppimista ja mahdollistaa tiedon jakamisen työyhteisön sisällä. Oma kiinnostus luo perustan positiivisille asenteille ja oppimiskulttuurille. (Barakat ym. 2013, 6.)

4 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä tekijöitä organisaation tulee ottaa huomioon digitaalisen palvelun käyttöönottoprosessissa, jotta prosessi tukee käyttäjälähtöisyyttä ja edistää palvelun integroitumista osaksi käytännön hoitotyötä.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoa ja käytön vakiintumista perusterveydenhuollon terveyskeskuksessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoon perusterveydenhuollossa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat videovälitteisen etävastaanottopalvelun käytön vakiintumiseen perusterveydenhuollossa?

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimustyön keskeinen osa on tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen pohdinta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 15). Tutkimuksen teoreettinen viitekehys voidaan muodostaa monella tavalla, mutta tärkeintä on se, että lähestymistapa on tarkoituksenmukainen ja sopii kyseiseen tutkimusilmiöön. Menetelmälliset valinnat ja niiden käyttö tulee perustella eikä valinta saa perustua mielipiteisiin tai tekijän aikaisempaan kokemukseen aiheesta. (Vilka 2015, 34; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.) Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa kysymys siitä, millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan eli mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vastaajien omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä sekä ymmärtää, tulkita ja kuvata niitä merkityksiä, joita vastaajat esittävät tutkittavasta aiheesta eli tutkia käyttöönottoprosessin onnistumista ymmärtämisen näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 40-41; Vilka 2015, 123; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.) Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, koska sen avulla tutkimuskysymyksiin arvioitiin saatavan kokemusperäiseen tietoon ja ymmärrykseen perustuvia vastauksia. Laadullinen menetelmä sopii tähän opinnäytetyöhön, koska aihetta on melko vähän tutkittu hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja tutkimus perustuu ihmisen kokemukselle tutkittavasta asiasta.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon. Tämän vuoksi vastaajien valinnan tulee olla tarkoitukseen sopivaa ja harkittua. Harkinnanvarainen vastaajien valinta tulee perustella ja esittää selvästi lukijalle tutkimuksen raporttiosuudessa. Tällöin lukija voi tehdä päätelmänsä harkinnanvaraisuuden onnistumisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Tuomi & Sarajärvi 2018 toteavat teoksessaan, että puhuttaessa laadullisen tutkimuksen kohdejoukon koosta, merkitsevämpää on aineisto kestävyys ja syvyys kuin aineiston koko, koska laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, vaan ymmärtämään toimintaa tai kokemusta. Kohdejoukon harkinnanvarainen valinta tulee perustella ja esittää selvästi lukijalle tutkimuksen raporttiosuudessa, sillä hyvän raportoinnin avulla lukija voi tehdä johtopäätöksiä harkinnanvaraisuuden onnistumisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.)

Tutkimuksen kohdejoukko määriteltiin tarkoituksenmukaisesti eli vastaajat valittiin sen perusteella, että heillä on tietämystä tutkittavasta asiasta. He kaikki ovat osallistuneet jo aikaisemmin videovälitteistä etävastaanottopalvelua koskevaan koulutukseen ja heidän jokaisen työyhteisöissä on tekniset valmiudet etävastaanottoon. Näin ollen kaikilla vastaajilla on ollut tekninen ja taidollinen mahdollisuus videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöön.

5.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla, puolistrukturoituja kysymyksiä käyttäen. Sähköinen kysely on käyttökelpoinen vaihtoehto puhelimitse tai kasvokkain tehtävälle haastattelulle. Se vähentää haastatteluajojen yhteensovittamista ja mahdollistaa myös maantieteellisesti etäällä olevien vastaajien haastattelun. (Valli & Perkkilä 2018, 117.) Sähköinen kysely mahdollistaa tarkasti samojen kysymysten esittämisen kaikille vastaajille ja vähentää haastattelijan läsnäolosta johtuvia, varsinkin negatiivisista kokemuksista ja mielipiteistä kertomista. Sähköisesti tehty kysely voi onnistuessaan säästää sekä aikaa että rahaa. (Odeh ym. 2014, 1134; Tuomi & Sarajärvi 2018, 85.) Sähköisen kyselyn riskeinä on mainittu muun muassa alhaiset vastausprosentit, vastausten pinnallisuus sekä mahdollisuus tulkintavirheisiin, koska sähköisessä kyselyssä tekijällä ei ole mahdollisuutta tarkentaviin kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86.) Myös ei-sanallisen viestinnän tuomaa lisäarvoa vastauksien välityksessä on mahdotonta havainnoida käytettäessä sähköistä kyselyä (Graneheim & Lundman 2004, 111).

Tuomen ja Sarajärven (2018) teoksessa Eskola (1975) määrittelee kyselyn sellaiseksi aineistonkeruun tavaksi, jossa haastateltavat itse täyttävät heille osoitetun kyselylomakkeen. Puolistrukturoitujen kysymysten käyttö lomakehaastattelussa tarkoittaa sitä, että kaikki samat kysymykset esitetään vastaajille samassa järjestyksessä, mutta vastausjärjestys ei ole määritelty eli vastaaja voi vaihdella vastausjärjestystä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tutkijan tulee huomioda, että kyselylomakkeella kysytään ainoastaan tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle tulee löytyä perustelu tutkimuksen viitekehystä ja jokaisen kysymyksen kohdalla tulee miettiä, onko sen kysyminen tutkimuksen kannalta oleellista eli mitä lisäarvoa se tutkimukselle tuo. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-87.)

Varsinkin sähköisenä esitetyn kyselyn ennakoivaltimet; suunnittelu ja lomakkeen esitestaus on tehtävä huolellisesti, koska tutkijalla ei ole mahdollisuutta esittää lisä-

tai tarkentavia kysymyksiä. Visuaalisuus, ymmärrettävyys ja helppokäyttöisyys nousevat tärkeiksi ominaisuuksiksi, jotka vaikuttavat ratkaisevasti tutkimuksen onnistumiseen. (Valli & Perkkilä 2018, 118.) Kun kyselylomake on laadittu, se tulee testata eli pilotoida pienellä otoksella kohdejoukon edustajia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 204). Esitestauksen avulla kysymyksistä saadaan selkeitä ja yksiselitteisiä, käytetyn kielen tulee olla vastaajalle tuttua. Myös kysymysten määrä, ryhmittely ja luonnollinen johdonmukaisuus helpottavat vastaamista. (Vilka 2015, 107.) Esitestauksen jälkeen lomakkeen rakenteeseen ja kysymysten sisältöihin sekä keskinäiseen järjestykseen tehdään tarvittavat muutokset ennen lomakkeen lähettämistä varsinaisille vastaajille (Vilka 2015, 107-108).

Aineiston kerättiin Webropol -kyselylomakkeella erään erikoissairaanhoidon haavakeskuksen ja perusterveydenhuollon yksiköiden yhteyshenkilöiksi nimetyiltä hoitotyöntekijöiltä maaliskuun 2020 aikana. Vastaajien työskentelyorganisaatioissa on jo videovälitteinen etävastaanottovalmius olemassa. Ennen Webropol -kyselylomakkeen lähetystä se esitettiin kolmen terveydenhuoltoalalla työskentelevän henkilön toimesta ja esitestauksessa ilmi tulleiden muutosehdotusten avulla kysymyksiä muo-
toiltiin ja kysymyslomakkeen rakennetta muutettiin selkeämmäksi. Hoitotyöntekijät edustivat 12 eri organisaatiota ja kysely lähetettiin yhteensä 15 hoitotyöntekijälle. Kaikista 12 tutkimukseen osallistuneesta organisaatiosta haettiin ja saatiin asianmukainen tutkimuslupa tutkimuksen toteuttamiseksi.

Kyselyyn osallistuvat hoitotyöntekijät saivat Webropol -sovelluksen kautta henkilökohtaisen sähköpostin, jossa oli sekä saatekirje että linkki varsinaiseen kyselylomakkeeseen. Sähköpostit lähetettiin vastaajille henkilökohtaisesti, jolloin muiden vastaajien sähköpostiosoitteet eivät näkyneet muille vastaanottajille ja jokaisen vastaajan anonymiteetti säilyi. Tietosuojan liittyvät asiat sekä vastaajien anonymiteetti suunniteltiin jo etukäteen tarkasti ja ne on dokumentoitu ”Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus” -luvussa. Ensimmäiseen kyselyyn annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa ja sen jälkeen lähetettiin muistutuslähete niille vastaanottajille, jotka eivät olleet vielä kyselyyn vastanneet. Webropol -kyselytyökalu mahdollistaa muistutusten lähettämisen ja vastausten raportoinnin täysin anonymisti, joten opinnäytetyön tekijä-

kään ei saanut tietoa vastaajien henkilöllisyyksistä (Webropol). Muistutusviestin jälkeen vastausaikaa oli yksi viikko. Sen jälkeen lähetettiin vielä toinen muistutusviesti ja sen yhteydessä vastausaikaa annettiin yksi viikko. Näin kokonaisvastausajaksi muodostui yksi kuukausi.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysin valintaa ohjaa ensisijaisesti tutkimuksen tarkoitus (Elo & Kyngäs 2008, 109). Opinnäytetyön tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysia kuvataan tutkimussuunnittelun kannalta joustavaksi laadullisen aineiston analyysimenetelmäksi, jonka avulla etsitään sanallisina tulkintoina esitettäviä asiayhteyksiä, teemoja ja merkityskokonaisuuksia. (Vilkkä 2015, 163; Elo & Kyngäs 2008, 108-109.) Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, jota tavoitellaan järjestämällä hajanainen aineisto mielekkääseen ja tiiviiseen muotoon, kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).

Elo ja Kyngäs (2008) jakavat sisällönanalyysin kolmeen vaiheeseen eli valmistelu-, ryhmittely- ja raportointivaihe (Elo & Kyngäs 2008, 109). Analyysin vaiheista on käytetty kirjallisuudessa erilaisia nimikkeitä, esimerkiksi redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Pääperiaate on kuitenkin kaikissa yhteinen eli ensin aineisto hajotetaan osiin, sen jälkeen osat luokitellaan ja lopuksi kootaan ne uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123; Graneheim & Lundman 2004, 106.)

Aineiston analysoinnissa keskeistä on luokittelu ja tulkintojen teko. Luotettavuuden osoittamiseksi on tärkeää, että yhteys tulosten ja aineiston välillä pystytään osoittamaan. (Elo & Kyngäs 2008, 112; Graneheim & Lundman 2004, 109.) Aineistosta ei nouse itsestään esiin teemoja tai merkityksiä, vaan tutkijan on löydettävä ne. Aineiston pilkkominen koodaamalla on usein tutkijan tekemää keinotekoista asioiden irrot-

tamista toisistaan, koska tutkija kiinnittää huomionsa lähinnä oman tutkimusongelmansa kannalta oleellisiin asioihin. (Silvasti 2014, 40-41.) Analyysi perustuukin aina tutkijan tulkintaan ja päättelyyn, mutta analyysin kaikissa vaiheissa tutkijan tulee pyrkiä ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127).

Aineiston analyysin valmisteluvaiheessa perehdytään saatuihin vastauksiin ja alkuperäiseen kokonaisaineistoon käymällä ainestoa läpi riittävän monta kertaa (Elo & Kyngäs 2008, 109). Aineistoon perehtymisen jälkeen alkuperäistä aineistoa lähdetään pelkistämään eli tutkimuskysymysten kannalta epäolennainen teksti karsitaan pois ja tietoa tiivistetään. Tässä vaiheessa on erityisen tärkeä huomioida yhteys tutkimuskysymyksiin, ettei mitään tärkeää informaatiota häviä. (Graneheim & Lundman 2004, 107; Elo & Kyngäs 2008, 109; Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Pelkistämistä voidaan helpottaa koodaamalla eli merkitsemällä yhtenevät ilmaisut eri värein tai marginaalikirjoituksin. Aineiston erilaista koodausta tehdään analyysin edetessä monta kertaa ja monella erilaisella tavalla. (Vilka 2015, 164; Silvasti 2014, 39.)

Valmisteluvaiheen jälkeen merkitykselliset käsitteet ryhmitellään teemoittain eli luokitellaan. Pelkistysvaiheessa yhtenevästi koodatut, samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet yhdistetään ja näin aineistosta syntyvät alaluokat. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla nimikkeellä. (Elo & Kyngäs 2008, 111; Tuomi & Sarajärvi 2018, 114, 124.) Luokittelua jatketaan yläluokkien muodostamisella. Yläluokat muodostetaan yhdistelemällä alaluokkia ja edelleen yläluokkia tutkimalla ja yhdistelemällä muodostetaan pääluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114, 124). Luokittelun tarkoituksena on tarjota keino, jonka avulla tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata ja sitä kautta lisätä ymmärrystä ja tuottaa tietoa. Luokkien sisältöä yhdistämällä siirrytään yksilöidyistä ilmaisuista kohti yleisempää kokonaisuutta. (Elo & Kyngäs 2008, 109; Silvasti 2014, 40.)

Analyysiprosessin tulokset tulee kuvata niin yksityiskohtaisesti, että lukija saa selkeän kuvan siitä, miten analyysi on tehty ja kuinka esitettyihin tuloksiin on päädytty. Tuloksista voidaan nähdä, miten luokittelu on onnistunut ja vastaavatko tulokset tutkimuskysymyksiin. (Elo & Kyngäs 2008, 108-109.) Raportoinnissa liitteitä ja taulukoita voidaan käyttää helpottamaan yhteyksien seuraamista aineiston ja tuloksien välillä. (Elo

& Kyngäs 2008, 112.) Samoin suorien lainauksien ja autenttisten dokumenttien esittäminen selventää lukijalle, mihin esitetyt johtopäätökset perustuvat ja kuinka tutkija on niihin päätenyt. (Hirsjärvi ym. 2015, 232-233; Elo, Kyngäs, Kanste, Kääriäinen & Pölkki 2011, 140; Vilkkä 2005, 158–160.) Käyttäessään alkuperäisilmaisuja ja suoria lainauksia, tutkijan tulee varmistaa, että haastateltavia ei pysty tunnistamaan suorista lainauksista. Myöskään suorien lainauksien määrä ei saa kasvaa niin isoksi, että tutkijan oma analyysi jää lainauksien varjoon ja sen myötä tutkimuksen luotettavuus heikkenee. (Elo & Kyngäs 2008, 112.)

Analyysivaiheen alussa koko aineisto luettiin läpi useaan kertaan ja samalla syventyi näkemys alkuperäisestä aineistosta. Valmisteluvaiheen aikana tekijä kirjoitti tekstistä nousseita mielikuvia ja ensivaikutelmia muistiin. Silmäilyn jälkeen vastaukset koodattiin, jotta alkuperäisiin ilmaisiin voidaan tarvittaessa palata myöhemmissä vaiheissa. Ensimmäisen koodauksen tarkoituksena oli alkuperäisten ilmaisujen liittäminen oikeaan vastauskokonaisuuteen. Koodauksen jälkeen alkuperäiset ilmaisut kirjoitettiin allekkain Word -tiedostoon. Valmisteluvaiheen loppuun alkuperäisistä ilmaisuista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut, jotka koodattiin eri värein ja ne kirjoitettiin allekkain Word -tiedostoon. Kyselyn vastauksista koottu Word-tiedosto purettiin teemoin Excel-tilukoon, jossa oli taulukoituna alkuperäiset ilmaisut -, pelkistetyt ilmaisut -, alaluokka -, yläluokka - ja pääluokka -sarakeet. Taulukossa 1 on esitetty aineiston analysointia esimerkkien avulla ja koko analyysiprosessi on kuvattu liitteessä 1.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
<p>...Riittävä tiedon saanti, ohjaus ja tuki...</p> <p>Hyvä koulutus ja ylläpidetään osaamista.</p> <p>Onnistuneet vastaanotot ja potilaanhoitoon saadut ohjeet eli välitön hyöty.</p> <p>Esimies kannustus, laajempi tietoisuus ja tiedotus palvelusta...</p> <p>Tekniikan ongelmat, tiedon puute, asenteet. Yhteistyö etäyksikköön. On paljon kiinni nykyisin henkilöiden innokkuudesta ja järjeltelyhalukkuudesta</p> <p>...pääsen myös itse tuomaan esille omat näkemykseni potilaan tilanteesta ja kommunikointi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on mutkatonta.</p> <p>Etävastaanotot ... haavakeskukseen, hoitaja saa heti tiedon suunnitellusta hoidosta, kertoa samalla miten on hoidettu jne. Jos asiakas kotihoidon piirissä, myös kotisairaanhoidaja paikalla etävastaanoitoilla.</p> <p>Nopeuttaa potilaan pääsyä asiantuntijan vastaanotolle, helpottaa kulkemista, verkostoyhteistyön edut. Voidaan yhteistyössä suunnitella ja arvioida potilaan hoitoa ja sen totetutusta (haavavastaanotot). Käynti erikouslääkärillä onnistuu myös vuodepotilailla. Aikasäästö jne....</p>	<p>Riittävä tiedon saanti (V5K3)</p> <p>Tekninen osaaminen (V5K3)</p> <p>Hyvä koulutus (V3K4)</p> <p>Riittävä ohjaus (V2K4)</p> <p>Ylläpidetään osaamista (V3K4)</p> <p>Vähäinen tekninen ohjaus (V2K5)</p> <p>Kokemus oman ammattitaidon kunnioituksesta (V4K3)</p> <p>Kätevä tapa olla yhteydessä erikoissairaanhoidon (V4K1)</p> <p>Käytön helppous (V4K3)</p> <p>Onnistuneet vastaanotot (V5K2)</p> <p>Asenteet (V5K5)</p> <p>Käyttö kiinni henkilöiden innokkuudesta (V5K5)</p> <p>Kannustus etävastaanottojen hyödyntämiseen (V1K4)</p> <p>Tarvittaessa kotisairaanhoidajakin paikalla (V1K1)</p> <p>Ei informaatiokatkoa potilaan hoidossa (V3K1)</p> <p>Myös hoitaja pystyy tuomaan esille oman näkemyksensä (V4K1)</p> <p>Verkostoyhteistyön edut (V5K1)</p> <p>Tiedonsaanti nopeutuu (V1K2)</p> <p>Kommunikointi mutkatonta (V4K1)</p>	<p>Koulutuksen merkitys</p> <p>Ohjauksen merkitys</p> <p>Osaamisen turvaaminen</p> <p>Osaamisen ylläpito</p> <p>Käyttötuki</p> <p>Ammattitaidon kunnioitus</p> <p>Hyvä aikaisempi kokemus</p> <p>Tiedon lisääminen palvelusta</p> <p>Tietoisuus tarvittavasta tuesta</p> <p>Käytön helppous</p> <p>Asenteen merkitys</p> <p>Esimiehen kannustus</p> <p>Reaaliaikainen kommunikointi</p> <p>Yhteistyön merkitys</p> <p>Tiedonsaanti sujuvaa</p> <p>Tietojen vaihto helppoa</p> <p>Epäselvyyksien väheneminen</p> <p>Tiedonsaannin nopeus</p>	<p>Työntekijän osaaminen</p> <p>Työntekijän kokemus ja asenteet</p> <p>Tiedonkulun sujuvuus</p>	<p><u>Työntekijään liittyvät tekijät</u></p>

5.4 Refleksiivinen haastattelukierros

Opinnäytetyön aihealue on hyvin käytännönläheinen ja tutkimuskysymyksillä haetaan vastauksia toimintatapojen kehittämiseen käyttäjien kokemusten avulla. Sen vuoksi opinnäytetyön tekijä halusi mukaan dialogista vuorovaikutusta, jota hankaloitti vastaajien maantieteellinen etäisyys ja vastaajien anonymiteetti. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla, mutta vastausten vähäisen määrän vuoksi tekijä halusi vielä antaa vastaajille mahdollisuuden lisäinformaation jakamiseen ja saada samalla refleksiivisyyttä tekemilleen päätelmille. Sähköpostin välityksellä tehty anonymiteetin suojaava aineiston keruu ei anna tutkimuksen tekijälle mahdollisuutta henkilökohtaisesti lisäkysymysten tai jatkokysymysten esittämiseen. Sen vuoksi opinnäytetyössä päädyttiin suorittamaan uusi haastattelukierros, jolla tavoiteltiin refleksiivisen haastattelun ominaisuutta eli tutkittavan aktiivista roolia myös aineiston osuvuuden vahvistajana (Puusa & Juuti 2020, 115).

Refleksiivinen haastattelu antaa tutkijalle mahdollisuuden saada haastateltaviltaan lisäinformaatiota tai vahvistuksen johtopäätöksilleen sen jälkeen, kun tutkija on analysoinut alkuperäisen aineiston ja saanut vastaukset tutkimuskysymyksiin. Menetelmän avulla tutkija pääsee perehtymään syväälle tutkittavaan ilmiöön ja hänellä on mahdollisuus rakentaa aineisto, joka vastaa mahdollisimman tarkasti tutkittavien käsitteitä tutkittavasta aiheesta ja sitä kautta vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta (Puusa & Juuti 2020, 115). Refleksiivinen haastattelu sopii menetelmänä hyvin tutkimuksen ja käytännön yhdistävään tutkimukselliseen kehittämistoimintaan.

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on lähestymistapa tai viitekehys, jolla kuvataan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä (Toikko & Rantanen 2009, 21). Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan avulla pyritään ymmärtämään käyttäjien maailmaa ja keräämään heiltä kokemukseen perustuvaa tietoa asioiden kehittämiseksi (Puusa & Juuti 2020, 277). Kehittäminen on käytännöllistä asioiden edistämistä ja parantamista, jolla tavoitellaan jotain aikaisempaa parempaa tai tehokkaampaa. Kehittämisen päämääränä on muutos, joka tähtää uusien taitojen ja uuden tiedon siir-

toon. (Toikko & Rantanen 2009, 16.) Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on tieteellistä ja kriittistä mutta refleksiivistä uuden tiedon hankintaa tavalla, jossa pyritään saamaan käytännön toiminta ja teoreettinen tutkimus vuorovaikutukseen (Toikko & Rantanen 2009, 19; Puusa & Juuti 2020, 280). Tutkimuksella on keskeinen ja tärkeä osuus tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassakin. Siihen kuuluu olennaisena osana tiedon kerääminen ja sen analysointi tieteellisesti vakiintuneita menettelytapoja hyödyntäen. (Toikko & Rantanen, 19; Puusa & Juuti 2020, 268.)

Lähestymistapana tutkimuksellisen kehittämistoiminta on osallistava ja kohdistuu käytännön asioihin. Sen keskeisiä ominaisuuksia ovat pyrkimys reflektiiviseen ajatteluun ja dialogiseen lähestymistapaan ja niiden kautta yhteisön toiminnan kehittymiseen. Sen vuoksi tutkimuksen kohteena olevat toimijat osallistuvat usein myös aineiston analysointiin ja päätelmien tekemiseen. (Puusa & Juuti 2020, 274, 277.) Osallistavan tutkimuksen metodeina käytetään usein laadullisen tutkimuksen tieteellisesti kestäviä menetelmiä ja luotettavuuden arviointitapoja (Puusa & Juuti 2020, 280-281). Kuten Ramstad ja Alasoini teoksessaan (2007) toteavat teknologiaa ei voi kehittää ilman, että huomioidaan toiminnan kehittämisen merkitys ja tärkeys (Ramstad & Alasoini 2007, 17).

Refleksiivinen haastattelukierros tehtiin sähköpostin ja Webropol -kyselytyökalun välityksellä samalle kohdejoukolla kuin alkuperäisenkin kysely. Vahvan anonymiteettisuojan vuoksi tekijällä ei ollut tietoa vastauksia lähettäneiden henkilöisyyksistä, joten varmin tapa saavuttaa kaikki vastauksia lähettäneet hoitotyön tekijät oli lähettää analysoitu aineisto jokaiselle alkuperäiseen kohdejoukkoon kuuluvalla. Vastauksia palautui kuusi kappaletta eli yksi enemmän kuin alkuperäisen haastattelun vastaajia oli. Yksi vastaaja halusi lisätä aikaisempaan vastaukseensa ajankäytön haastavuuden ja resurssoinnin huomioimisen, mitkä olivat muutamassa muussakin alkuperäisessä vastauksessa tuotu esiin. Yleisesti vastauksista välittyi hyväksyntä ja tekijä sai vahvistusta omille tulkinnoilleen ja johtopäätöksilleen. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tulokset esitettiin vastaajille sisällönanalyysin avulla analysoituina ja teemoiteltuina (Kuvio 3.). Koko analyysiprosessi on kuvattuna liitteessä 1.

6 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä tekijöitä organisaation tulee ottaa huomioon digitaalisen palvelun käyttöönottoprosessissa, jotta prosessi tukee käyttäjälähtöisyyttä ja edistää palvelun vakiintumista osaksi käytännön hoitotyötä. Videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytössä huomioitavia tekijöitä nousi kyselyiden vastauksista runsaasti, lukumääräisesti vähäisestä vastausmäärästä huolimatta. Tulokset esitetään analyysin seurauksena syntyneiden pääluokkien mukaisesti ja tuloksien tukena käytetään kyselyiden alkuperäisiä ilmauksia. Aineistosta syntyi kolme pääluokkaa; työntekijään liittyvät tekijät, organisaatioon liittyvät tekijät ja potilaaseen liittyvät tekijät.

Vastaajille esitettiin kyselyn aluksi taustatietoja kartoittavia kysymyksiä, joiden avulla oli tarkoitus arvioida koulutustaustan, työkokemuksen tai iän vaikutusta käyttökokemukseen. Vastausprosentin jäädessä pieneksi, ei vertailua ollut mielekäästä tehdä. Sähköisen Webropol -lomakkeen avulla tehty kysely lähetettiin 15 vastaajalle, jotka edustivat perusterveydenhuollon eri organisaatioita. Vastauksia palautui viisi kappaletta eli vastausprosentiksi muodostui 33 %. Vastaajien ikä jakautui vuosien 36-53 välille eli keskiarvoksi muodostui 46 vuotta. Hoitotyön työkokemus vaihteli vastaajilla 5 ja 32 vuoden välillä, keskiarvon ollessa 20,8 vuotta. Neljä vastaajaa ilmoitti, että videovälitteinen etävastaanottopalvelu on heidän yksikössään jo käytössä ja yksi vastaaja ilmoitti, että heillä ei vielä ole palvelua otettu käyttöön.

6.1 Työntekijää koskevat tekijät videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa.

Vastausten perusteella työntekijään liittyvät tekijät uuden teknologian käyttöönoton yhteydessä huomioitavista seikoista ovat **työntekijän osaaminen, työntekijän kokemus ja asenteet** sekä **tiedonkulun sujuvuus**. Jokaisen osallistujan vastauksista nousi esiin työntekijän osaamisen varmistaminen ja koulutuksen tärkeys jo käyttöönottoa suunniteltaessa. Oikein ajoitettu koulutus ja taitojen ylläpito vaikuttavat positiivisesti

hoitotyöntekijöiden asenteisiin uuden palvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa. Vastaavasti kyselyyn vastaajat toivat esiin ohjauksen puutteen aiheuttavan haasteita käyttöönotolle ja käytölle.

”...Ensin hyvä ohjaus ja suunnitelma...”

”...Hyvä koulutus ja ylläpidetään osaamista...”

Työntekijän aikaisemmat kokemukset videovälitteisen etävastaanoton käytöstä nousi vastauksissa tärkeiksi sekä käyttöä vahvistavana että haasteita tuovana tekijänä. Jos aikaisempi kokemus oli ollut myönteinen, käytön jatkaminen oli helpompaa ja todennäköisempää. Positiivista kokemusta vahvistaa ammattitaidon kunnioitus ja mahdollisuus kertoa omia mielipiteitä ja päätelmiä erikoissairaanhoidon asiantuntijoille. Jos etävastaanottoa pitävä hoitaja koki, että erikoissairaanhoidon asiantuntijan asenne on vähättelevä, se aiheutti haasteita palvelun käytölle tulevaisuudessa.

”...Kokemus siitä, että omaa ammattitaitoasi kunnioitetaan...”

Omien asenteiden vaikutus tuotiin esille muutamassa vastauksessa. Samoin esimiehen tuella ja kannatuksella on iso rooli uuden toimintatavan hyväksynnässä ja käyttöönotossa. Myös harvoin käytetty etävastaanottopalvelu koettiin haasteita tuovana tekijänä.

”...käyttö kiinni henkilöiden innokkuudesta ja järjestelyhalukkuudesta ...”

Videovälitteisen etävastaanottopalvelun tärkeimmäksi hyödyksi vastaajat kokivat tiedonkulun suoraviivaistumisen. Reaaliaikainen etäyhteys mahdollistaa kaikkien potilasta hoitavien henkilöiden läsnäolon, jolloin tieto saavuttaa kaikki hoitoon osallistuvat samanaikaisesti. Reaaliaikaisuuden vuoksi tiedonvaihto koettiin helpoksi ja uusien hoito-ohjeiden saaminen sujuvaksi. Etävastaanoton avulla kommunikointi koettiin mutkattomaksi ja epäselvyydet vähenivät. Etävastaanotto mahdollistaa verkostoyhteistyön eri asiantuntijoiden kesken.

”...Jos asiakas kotihoidon piirissä, myös kotisairaanhoidaja paikalla etävastaanotoilla...”

6.2 Organisaatiota koskevat tekijät videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa.

Organisaatioon liittyviksi tekijöiksi muodostui **tekniset vaatimukset, organisaation tuki ja yhteistyön merkitys**. Yhtenä keskeisenä tekijänä vastauksista nousi esiin tekniikan toimivuus ja teknisen tuen tärkeys, joko positiivisuutta lisäten tai haastavuutta aiheuttaen. Jokainen vastaaja otti kantaa laitteiston saatavuuteen ja toimintaympäristön huomiointiin. Koko etävastaanottotilanteen tekniseen toimivuuteen kiinnitettiin vastauksissa eniten huomiota.

Toimivat ja riittävä laitteisto on avainasemassa etävastaanoton onnistumisessa. Yksi vastaaja ehdotti liikkuvan yksikön mallia, jolloin vastaanotto olisi teknisesti mahdollista suorittaa missä tilassa tahansa. Vastaavasti esitettiin myös tiettyä huonetilaa, jolloin laitteisto olisi aina samassa tilassa ja vain henkilöt liikkuisivat. Teknisen tuen saatavuus ja tieto siitä ovat edellytyksiä positiiviselle kokemukselle etävastaanotosta. Yksi vastaaja toi esiin, että epävarmuus tekniikan toimivuudesta ja epätietoisuus tuen saatavuudesta ovat isoimmat haasteet etävastaanoton käytölle.

”...että teknistä tukea olisi heti saatavilla, ainakin alkuvaiheessa...”

Organisaatiolta ja johdolta vastaajat toivovat hyvää ja kattavaa tiedottamista sekä riittävää resurssointia. Tiedottaminen palvelusta ja sen käyttömahdollisuuksista on yhden vastaajan mukaan kovin vähäistä ainakin heidän organisaatiossaan. Tietoisuuden lisääntymistä auttaisi myös etävastaanoton mahdollisuudesta mainitseminen potilaan jatkohoitosuunnitelmassa.

”...laajempi tietoisuus ja tiedotus palvelusta...”

Resursoinnin tarve nousi kaikkien vastaajien vastauksista esiin. Resurssointia kaivataan jo koulutusvaiheessa, jotta hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus osallistua koulutuksiin ja harjoitella uusien toimintamallien käyttöä. Samoin resurssointiin tulee kiinnittää huomiota etävastaanottopalvelun käyttöä aloitettaessa. Johdolta toivottavaan resurssointiin katsottiin kuuluviksi muun muassa, aika-, henkilö- ja tilaresurssointi.

”...Työajan antaminen tarpeen mukaan...”

Yhteistyön toimiminen tai toimimattomuus voi vastausten perusteella sekä vahvistaa että tuoda haasteita etävastaanottopalvelun käyttöön. Vastauksissa yhteistyöllä tarkoitettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Ajan käyttö kahden yksikön välillä koettiin haastavaksi. Inhimillisistä syistä tapahtuvat aikataulumuutokset tai aikojen venyminen aiheuttaa ongelmia muun toiminnan suhteen. Myös toteutuksen ja käytäntöjen suhteen toivotaan nykyistä toimivampia ja helpompia ratkaisuja.

”...Potilaalle tarvitsee varata riittävän pitkä aika, sillä etävastaanotto saattaa venyä paljonkin, jos ajat erikoissairaanhoidossa myöhässä...”

”...Jos toteutus olisi helpompaa eli aikojen yhteensovittaminen yksiköiden välillä...”

6.3 Potilaasta koskevat tekijät videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytön vakiintumisessa.

Potilaaseen liittyvät keskeiset tekijät ovat **lisäarvo potilaalle** ja **potilasturvallisuus**. Vastaajien kokemuksen perusteella potilaat ovat olleet etävastaanottopalveluun tyytyväisiä ja se on antanut positiivista kannustusta käytön jatkamiseen. Potilailta on säästynyt sekä aikaa että rahaa, kun heidän ei ole tarvinnut matkustaa erikoissairaanhoidon yksiköihin.

”... Palvelee potilasta niin, ettei pitkiä ja raskaita käyntejä sairaalaan tule niin usein...”

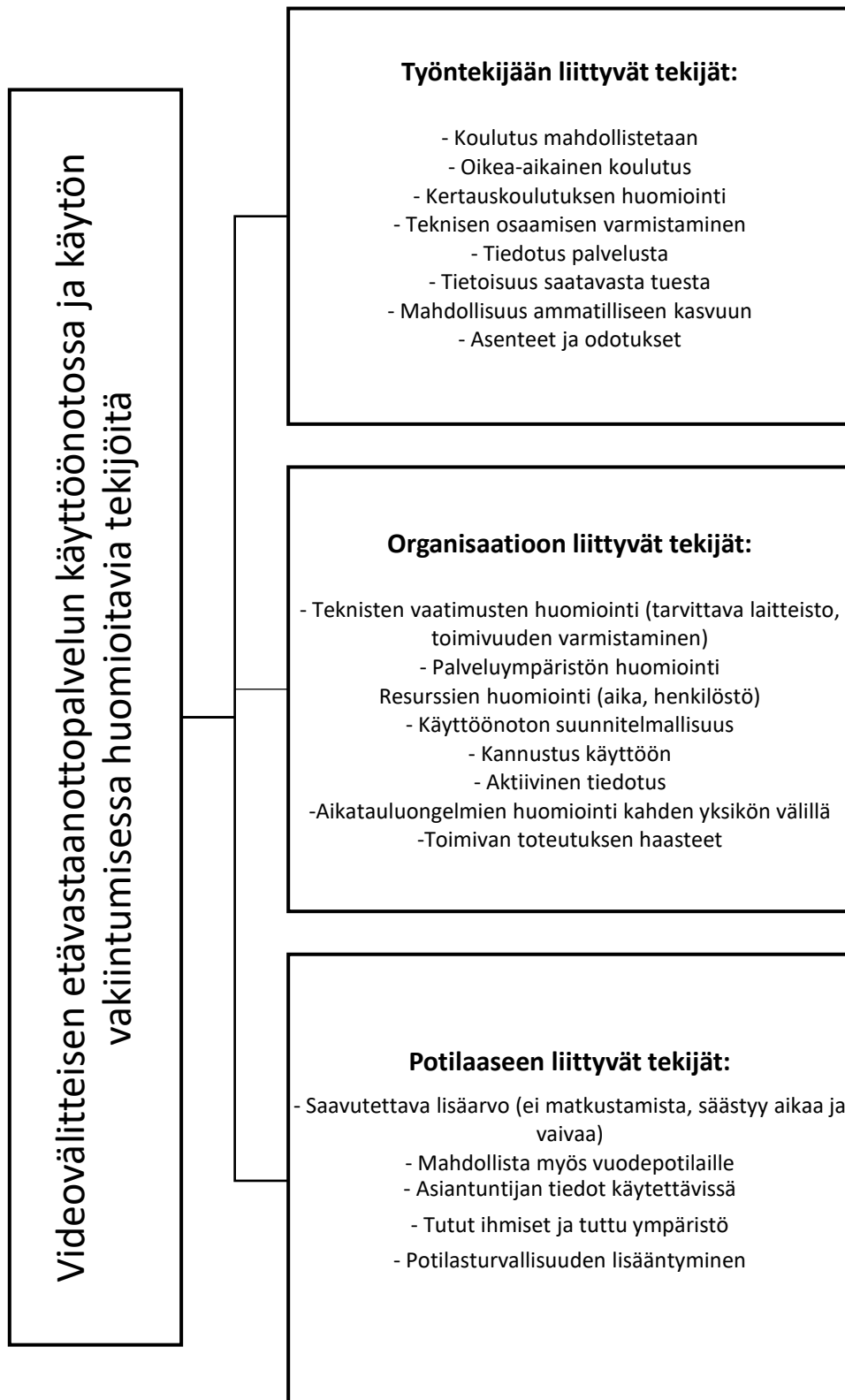
Videovälitteinen etävastaanotto mahdollistaa erikoislääkärin palvelujen saatavuuden myös perusterveydenhuollon yksiköihin ja vastaajien mukaan potilaiden pääsy asiantuntijan vastaanotolle on nopeutunut. Myös osastopotilaiden on mahdollista päästä erikoislääkärin vastaanotolle ilman potilaan siirtämistä hoitopaikkojen välillä.

”... Käynti erikoislääkärillä onnistuu myös vuodepotilailla...”

Monessa vastauksessa tuotiin esille potilasturvallisuuden parantuminen, koska epäselvyydet hoito-ohjeista ovat vähentyneet kuvallisen yhteyden myötä. Reaaliaikaisuus turvaa potilaan hoitoa välittömän tarkennusmahdollisuuden myötä eikä tietoja kirjata esimerkiksi väärän potilaan tietoihin.

”...voi heti kysyä tai korjata, jos vaikka kuuluu huonosti...”

”...ei tule kirjoitusvirheitä ohjeisiin tai ne mene väärälle potilaalle...”



Kuvio 3. Tutkimustulokset.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksien avulla etsittiin vastauksia siihen, mitkä tekijät vaikuttavat videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoon perusterveydenhuollossa sekä siihen, mitkä tekijät vaikuttavat videovälitteisen etävastaanottopalvelun käytön vakiintumiseen perusterveydenhuollossa. Työntekijään liittyvät tekijät uuden teknologian käyttöönoton yhteydessä huomioitavista seikoista ovat työntekijän osaaminen, työntekijän kokemus ja asenteet sekä tiedonkulun sujuvuus. Organisaatioon liittyviksi tekijöiksi muodostui tekniset vaatimukset, organisaation tuki ja yhteistyön merkitys. Potilaaseen liittyvät keskeiset tekijät ovat lisäarvo potilaalle ja potilasturvallisuuden paraneminen.

Opinnäytetyön tulokset vahvistavat aikaisemmista tutkimuksista saatua tietoa videovälitteisen etävastaanoton käyttöönottoon ja käyttöön vaikuttavista tekijöistä. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa, myös tässä tutkimuksessa keskeisimpänä tekijänä nousee esille henkilökunnan koulutuksen ja osaamisen merkitys. Kuten Guise ja Wiig (2017) tutkimuksessaan toteavat, monessa terveydenhuollon organisaatiossa tarvittavien tietojen ja taitojen puute on este sähköisten palvelujen käyttöönottoon. Koiviston, Koroman ja Ruusuvooren (2019) tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitotyöntekijöiden oppimistarpeet voivat olla hyvinkin eritasoisia ja tämä tulee huomioida koulutuksia suunniteltaessa. Osaamiskartoituksen teko auttaa esimiehiä kartoittamaan henkilökunnan koulutustarvetta, kuten Tripp (2013) tutkimuksessaan kirjoittaa. Tämän tutkimuksen vastauksissa huomioitiin myös koulutuksen oikea ajoitus, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin uuden palvelun käyttöönottoa ja käyttöä.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa asiantuntijahoitajien käyttö hoitotyöntekijöiden koulutuksessa ja ohjauksessa nousi merkittäväksi tekijäksi käyttömyönteisyyden lisäämiseksi ja käytön tukemiseksi. Huomioitavaa on, että asiantuntijahoitajat koulutetaan omasta organisaatiosta eli käytetään hyväksi yhteistä terminologiaa ja yhteisiä

tavoitteita, kuten Tripp (2016) ja Kolltveit, Gjengedal, Graue, Iversen, Thorne ja Kirkevold (2016) tutkimustuloksissaan nostivat esiin. Asiantuntijahoitajien käyttö auttaa muun hoitotyöntekijöiden asennoitumista uuden asian oppimiseen ja sisäistämiseen.

Asenteiden merkitys videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöön nousi tämänkin tutkimuksen tuloksissa huomioon otettavaksi tekijäksi. Asenteiden lisäksi kokemus videovälitteisen etävastaanottopalvelun käytöstä vaikuttaa käyttöönnokkuuteen sekä myönteisesti että kielteisesti. Yksi vastaaja toi esiin palvelun vaativan aikaa huomattavasti enemmän kuin perinteinen vastaanottokäynti, koska palvelun onnistumiseksi tulee yhteensovittaa kahden palveluntuottajan aikataulut. Aikataululliset ongelmat osaltaan heikentävät käyttöönnokkuutta. Toisaalta muutama vastaaja kirjoitti hyvistä käyttökokemuksista, joiden hyötyinä korostui muun muassa oman tiedon lisääntyminen ja verkostoitumismahdollisuus.

Tässä tutkimuksessa, kuten useissa aikaisemmissakin tutkimuksissa, vastaajien keskuudessa yleinen asenne videovälitteistä etävastaanottoa kohtaan oli positiivinen ja vastauksista kävi ilmi, että palvelun hyödyt olivat jo nähtävillä niissä organisaatioissa, jossa palvelu oli otettu käyttöön. Hyötynäkökulma tuotiin esiin myös monen aikaisemman tutkimuksen tuloksissa, esimerkiksi Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns ja Kortin (2013) sekä Johanssonin (2015) tutkimuksissa mainittiin, että mitä enemmän hoitajat kokivat palvelusta olevan hyötyä toiminnalleen ja auttavan heitä päivittäisissä toiminnoissaan, sen myönteisemmin he sitä käyttivät.

Organisaatioon liitettyistä tekijöistä tärkeimmäksi nousi tekniikan toimivuuden merkitys. Tekniikan toimivuus tai toimimattomuus nousi jokaisen vastaajan vastauksissa esille. Samaan johtopäätökseen oli päädytty myös kaikissa läpikäytyissä aikaisemmissa tutkimuksissa eli tekniikan toimivuuden varmistaminen on ehdoton edellytys palvelun käyttöönotolle ja käytön vakiintumiselle. Jo mahdollisuus tekniikan pettämiseen vähentää käyttöönnokkuutta palvelua kohtaan ja sen vuoksi on tärkeää, että etenkin palvelun käyttöönoton alkuvaiheessa tekninen tuki on helposti hoitotyöntekijän saatavilla, mieluiten fyysisesti läsnä, kuten yksi vastaaja kirjoitti. Samoin riittävä ja toimiva laitteisto on ehdoton edellytys toiminnalle.

Resursoinnin merkitys videovälitteisen etävastaanoton käytölle nousi merkittäväksi tekijäksi. Enemmistö vastaajista koki, ettei heillä ole ollut resurssien puitteissa mahdollista riittävästi osallistua koulutuksiin tai harjoitella etävastaanottopalvelun käyttöä. Näissä vastauksissa resursseiksi määriteltiin hoitotyöntekijöiden määrä ja aikaresurssi. Samansuuntaisia tuloksia esitti muun muassa Johansson (2015) tutkimuksessaan. Kaksi vastaajaa toi ilmi myös tilaresursoinnin tärkeyden, mikä on huomioitu myös muun muassa Odehin, Kayyalin, Nabhani-Gebaran ja Philipin (2014) sekä Johanssonin (2015) tutkimuksissa.

Myös esimiehen sitoutuneisuus ja kannustus käytölle nousi vastauksissa tärkeäksi tekijäksi. Varsinkin yksikössä, jossa etävastaanottopalvelua ei vielä ole otettu käyttöön, toivottiin enemmän kannustusta ja resursointia käyttöönottoon. Resursoinnin ja esimiehen tuen merkitys nostettiin esiin myös Jauhiaisen, Sihvon ja Ikosen (2014) tutkimuksessa. Myös Koivisto, Koroma ja Ruusuvuori (2019) sekä Guise ja Wiig (2017) esittävät tutkimustuloksissaan, että resurssien ja organisaation tuen puuttuminen sekä pelko hoitotyöntekijöiden työmäärän kasvamisesta ja työnkuvan sirpaloitumisesta heikentävät henkilökunnan käyttömyönteisyyttä. Kuten Johansson (2015) tutkimuksessaan esittää, käytön vakiinnuttamisen vuoksi on tärkeää, että videovälitteistä etävastaanottoa pyritään käyttämään mahdollisimman usein, jolloin käyttäjät saisivat positiivisia käyttökokemuksia ja sitä kautta varmuutta palvelun käyttöön. Tämänkin tutkimuksen tuloksista nousi tottumisen tarpeellisuus eli vastaaja toivoi useampia käyttökertoja, jotta käyttö olisi helpompaa.

Tässä tutkimuksessa potilaaseen liitetyt tekijät kuvaavat potilaiden saamaa hyötyä eli lisäarvoa palvelusta. Vastauksissa tuotiin esiin sekä matkustustarpeen väheneminen että mahdollinen itsehoitoisuuden paraneminen. Potilaan saaman aika- ja kustannustehokkuuden toi esiin Di Cerbo, Morales-Medina, Palmieri ja Iannitti (2015) tutkimuksessaan. Kun potilas saa erikoissairaanhoidon palvelua tutussa paikassa ja tuttujen hoitajien kanssa, hänen kiinnostuksensa omaa hoitoaan kohtaan kasvaa ja itsehoitoisuus paranee. Samoin tuloksista käy ilmi, että vastaajista kaksi koki potilasturvallisuuden kasvavan videovälitteisen etävastaanottopalvelun avulla. Vastaajien mukaan väärinymmärrykset vähenevät, koska interaktiivisen vuorovaikutuksen myötä epäselvyyden voi heti ilmaista ja saada siihen korjauksen. Paperiseen hoitopalautteeseen

tai jatkohoitosuunnitelmaan verrattuna, tietojen kirjaantuminen väärän potilaan tietoihin on epätodennäköisempää. Aikaisemmista tutkimuksista ainoastaan Johansson, Lindberg ja Söderberg (2013) tuovat esiin potilasturvallisuuden lisääntymisen, lähinnä hyvän tilaresursoinnin avulla.

Tämän tutkimuksen vastauksista nousi esiin tiedonkulun merkitys käyttöä edistävänä tai estävänä tekijänä. Vastauksissa toivottiin parempaa organisaation sisäistä informaatiota sekä enemmän tiedotusta myös erikoissairaanhoidon taholta. Harvoin käytetty palvelu unohtuu, jos tiedotuksesta ei pidetä huolta. Konkreettinen tiedotusta parantava ehdotus oli, että potilaan jatkohoitosuunnitelmassa olisi merkintä mahdollisuudesta sähköiselle etävastaanotolle. Aikaisemmissa tutkimuksissa tiedotuksen merkitys ei esiintynyt erillisenä tekijänä.

Tiedotuksen tärkeys tulee esiin myös vastauksissa, joissa toivottiin huomiota erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämiseen. Tuloksissa nousi esiin lähinnä aikataululliset haasteet sekä toimivampi yhteistyö. Aikataulullisten haasteiden osalta vastauksissa mainittiin oman päiväohjelman venyminen ja muiden potilaiden vastaanottojen venyminen, jos erikoissairaanhoidon vastaanotot eivät pysy aikataulussa. Kahden eri organisaation toiminnan yhteensovittaminen on aina haasteellista ja tämä olisi yksi tärkeä yhteinen kehittämiskohde.

Tutkimuksen aineistosta nousi aikaisemmista tutkimuksista poikkeava tekijä, joka on huomionarvoinen hyöty videovälitteisen etävastaanottopalvelun käytölle. Yksi vastaaja oli saanut hyvän käyttökokemuksen pitäessään etävastaanottokäynnin vuodepotilaan luona. Etävastaanoton ansiosta raskaat ja aikaa vievät siirtokuljetukset voidaan unohtaa ja myös vuodepotilaalla on mahdollisuus erikoissairaanhoidon vastaanottokäyntiin. Samassa yhteydessä tuli ilmi liikkuvan laitteistoyksikön tarpeellisuus ja käytännöllisyys. Kun tarvittava laitteisto on toimipaikassa sijoitettuna liikkuvalla alustalle, se on helposti otettavissa käyttöön eri paikoissa. Vastaus ilmentää hyvin koko sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation yhtä keskeistä tavoitetta eli palvelun paikasta riippumatonta saatavuutta.

Yhteenvetona tutkimuksesta voidaan todeta, että videovälitteisen etävastaanotto-palvelun käyttöönottoon ja käytön vakiintumiseen vaikuttaa monia tekijöitä, joita organisaatioiden tulee huomioida. Hoitotyöntekijöiden koulutus ja osaamisen varmistaminen avainhenkilöiden avulla, tarvittavan laitteiston ja resurssien hankinta ja käyttöönottoprosessin huolellinen suunnittelu tulee ottaa huomioon jo ennen varsinaista käyttöönottoa. Käytön vakiintumista edesauttaa tekniikan toimivuuden ja teknisen tuen varmistaminen, hyvä tiedottaminen sekä käyttäjien tukeminen ja motivointi.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikka voidaan määritellä menettelytavaksi, jonka avulla tutkija voi miettiä, miten hänen tulisi toimia ja analysoida monimutkaisia tai arkaluonteisia ongelmia ja kysymyksiä (Resnik 2015). Artikkelissaan Resnik (2015) tuo esille keskeisimmät eettisille arvoille ja ohjeille asetetut tehtävät. Nämä arvot luovat yhteisen pohjan kaikelle tieteellisen tutkimuksen tekemiselle. Hänen mukaansa eettiset ohjeet edistävät tutkimuksen tavoitteita, kuten tietämystä, totuutta, virheiden välttämistä sekä tutkittavien hyvää kohtelua. (Mts.)

Tutkijan tulee noudattaa läpi koko opinnäytetyöprosessin eettistä työskentelytapaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka keskeiset periaatteet Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut ja julkaissut vuonna 2009. (TENK 2012, 6-7.) Tutkimuksen teossa on käytettävä eettisesti soveltuvia menetelmiä, sekä pohdittava ennen tutkimuksen aloittamista aineistojen säilyttämiseen ja käyttöön koskevia kysymyksiä. (TENK 2012, 6-7.) Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää myös se, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 154). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimuksen teossa tulee noudattaa tarkkuutta, huolellisuutta, rehellisyyttä ja vastuullisuutta sekä tutkimusta tehtäessä että tutkimustuloksia raportoitaessa (TENK 2012). Tutkija on vastuullinen yhteiskumppaneilleen, yleisölle ja ennen kaikkea tutkittavilleen (Resnik 2015).

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia hyviä tutkimuskäytänteitä ja eettistä työskentelytapaa huolellisesti koko tutkimuksen ajan. Tutkimusaineiston keräämiseksi anottiin tutkimusluvut erikseen kaikista niistä organisaatioista, joissa tutkimuksen kohderyhmään kuuluvia hoitotyöntekijöitä työskenteli. Teoriatiedon hankinnassa käytettiin tieteelliseen tutkimukseen perustuvia lähteitä ja lähdemerkinnät on esitetty täsmällisesti.

Tutkimusaineisto kerättiin Webropol -kyselytutkimustyökalun avulla. Webropol -kyselytyökalu on yksi osa 2011 perustettua suomalaislähtöistä Webropol -sovelluspalvelukokonaisuutta. Webropol:n kautta suoritettu tiedon keruu tapahtuu turvallisesti ja anonymisti, joten henkilön tietosuoja on vahva. (Webropol.) Webropol - palveluun kirjaututaan Suomen korkeakoulujen yhteisen HAKA- käyttäjätunnistusjärjestelmän kautta henkilökohtaisilla tunnuksilla. Sovelluksen käyttämät palvelimet sijaitsevat palveluntarjoajan korkean tietoturvatason palvelinkeskuksissa. Kaikki sähköisessä muodossa olevat aineistot on suojattu palomuuerein ja salasanoin ja SSL-yhteydellä varmistetaan vastausten lähettäminen turvallisen ja salatun yhteyden kautta. (JAMK 2019.)

Kyselyyn osallistuvat hoitotyöntekijät saivat Webropol -sovelluksen kautta henkilökohtaisen sähköpostin, jossa oli sekä saatekirje että linkki varsinaiseen kyselylomakkeeseen. Kyselyyn liittyvässä saatekirjeessä kerrottiin vastaajille kyselyn tavoite, tarkoitus ja tuotiin esiin vastaamisen vapaaehtoisuus sekä vastaajien anonymiteetistä huolehtiminen. Kyselyissä ei kysytty vastaajien henkilötietoja ja henkilökohtaiset sähköpostit varmistivat sen, ettei vastaajat nähneet muiden osallistujien yhteystietoja. Kyselyn vastaukset palautuivat tekijälle nimettöminä ja ilman sähköpostiosoitetta, jolloin tekijäkään ei tiennyt, kuka kohdejoukosta oli vastannut ja kuka ei. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja tulokset julkaistaan analysoituina kokonaistuloksina eli ketään vastaajaa ei voi jäljittää vastausten perusteella.

Kyselyn avulla saatavaa tutkimusaineistoa käytettiin vain tähän opinnäytetyöhön ja tutkimustulosten esittämisen jälkeen sähköinen tutkimusaineisto tuhoaan asianmukaisesti. Sähköiset tiedostot tuhoaan kaksinkertaisella ylikirjoittamisella, erillistä oh-

jelmaa käyttäen. Webropol -ohjelmaan syntyneet kyselyt poistetaan sovelluksen ohjeistuksen mukaisesti. Tutkimusaineistoa käsitteli ainoastaan opinnäytetyön tekijä ja työtä ohjaavat opettajat kommentoivat aineistosta tehtyjä kohteja. Tutkimuksen yhteydessä vastaajien sähköpostiosoitteista muodostui henkilörekisteri, jonka vuoksi jokaisen vastaajan tuli antaa suostumus henkilötietojen käsittelyyn. Vastaaminen oli kaikille vapaaehtoista ja vastaamalla kyselyyn vastaaja antoi suostumuksen henkilötietojen käsittelyyn tietosuojaohjeistuksen mukaisesti.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kirjallisuudessa tutkimuksen luotettavuutta käsitellään usein validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Validiteetti ilmaisee sen, miten hyvin tutkijan käyttämä tutkimusmenetelmä sopii tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä ja reliabiliteetti vastaavasti ilmaisee tutkimuksen toistettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.) Reliabiliteetti liitetään usein määrälliseen tutkimukseen ja laadullisen tutkimuksen metodikirjallisuudessa se onkin saanut erilaisia tulkintoja ja sitä on pidetty osin jopa epäselvänä. (Hirsjärvi ym. 2015, 232.) Puhuttaessa laadullisesta tutkimuksesta kysymykset reliabiliteetista ja validiteetista on usein korvattu vakuuttavuuden käsitteellä, joka perustuu aineiston käsittelyn avoimuuteen kaikissa tutkimuksen vaiheissa (Toikko & Rantanen, 2009, 123).

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kattaa koko tutkimusprosessin eli se kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston laatuun, aineiston analysointiin sekä tutkimuksen raportointiin. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2018.) Tutkijan tulee kuvata tutkimuskonteksti, osallistujien valinta, aineiston keruu ja analyysin teko tarkasti ja huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että aineisto on koottu sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2018; Hirsjärvi ym. 2015, 232-233).

Tämän tutkimuksen kohdejoukko muodostui perusterveydenhuollon eri yksiköissä työskentelevistä hoitotyöntekijöistä (15 kpl). Lista yhteyshenkilöistä oli saatu alueen

yliopistollisen sairaalan haavakeskukselta ja kaikki listassa olleet hoitotyöntekijät olivat saaneet saman sisältöisen koulutuksen videovälitteisen etävastaanoton käyttöön. Kohdejoukon valinta onnistui hyvin, koska kaikilla vastaajilla oli tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Lukumääräisesti vastauksia palautui vähän, muistutusviesteistä huolimatta, joten johtopäätöksiä tehtäessä huomioitiin vähäinen vastausmäärä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Taustatekijöiden vaikutusta vastaajien näkemyksiin oli vaikea arvioida suppean aineiston perusteella.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin sähköpostikysely siksi, että vastaajat ovat maantieteellisesti laajalla alueella ja haastatteluaikojen yhteensovittaminen olisi voinut olla vaikeaa. Arvioitiin myös, että sähköpostin välityksellä esitettävä kyselylomake olisi tutkittaville ajankäytöllisesti helppo tapa osallistua ja sillä voisi olla positiivinen vaikutus vastausmääriin. Oman haasteensa aineistonkeruulle asetti kevään koronaepidemia, jonka vuoksi hoitajien tarve perustyössään kasvoi entisestään ja henkilökohtaisten haastattelujen aikataulullinen sopiminen olisi ollut vielä normaaliakin haastavampaa.

Tämän opinnäytetyön osalta aineistonkeruumenetelmän valintaa olisi voinut vielä miettiä tarkemmin. Sähköpostin kautta lähetetty kyselylinkki ei ehkä ollut sopivin valinta laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi, vaikka menetelmän valintaa puolsi pitkät maantieteelliset etäisyydet ja useampi vastaaja (15 kpl). Sähköisen kyselyn suurimmaksi haasteeksi nousi se, että jatko- tai tarkentavia kysymyksiä ei voinut tehdä, kuten kasvokkain tapahtuvan haastattelun tai puhelinhaastattelun aikana. Vahva anonymiteetin turvaaminen kääntyi osittain itseään vastaan. Luotettavuuden lisäämiseksi ja omien päätelmiensä tueksi tekijä päätyi tekemään toisen haastattelukierroksen ja näin mahdollisti annettujen vastausten täydentämisen ja/ tai tehtyjen päätelmien hyväksymisen.

Tutkimuksissaan Elo, Kyngäs, Kanste, Kääriäinen ja Pölkki (2011) sekä Tuomi ja Sarajärvi (2018) havaitsivat, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu monilla eri kriteeristöillä. Yleisesti laadullisissa tutkimuksissa käytettyjä, luotettavuutta arvioivia kriteerejä ovat muun muassa vakuuttavuus, uskottavuus, siirrettävyys ja

hyödynnettävyys. (Elo ym. 2011, 145; Tuomi & Sarajärvi 2018, 161-163) Vaikka kriteeristöjä on monia, olennaisinta ja yhteistä niille kaikille on luotettavuuden toteennäyttäminen, ei niinkään käytetty käsite (Elo ym. 2011, 139-140; Tuomi & Sarajärvi 2018, 161; Graneheim & Lundman 2004, 109).

Vakuuttavuus ja siihen läheisesti liittyvä uskottavuuden käsite ovat laadullisen tutkimuksen keskeisimmät käsitteet. Tutkijan on kuvattava ja perusteltava tutkimuksen tavoitteiden kautta jokainen tekemänsä valinta sekä arvioitava tekemiensä valintojen toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus. Valintojensa ja tulkintojensa läpinäkyvyyden avulla tutkija pystyy vakuuttamaan sekä lukijan että tiedeyhteisön tutkimuksensa luotettavuudesta. (Vilka 2015, 197; Toikko & Rantanen 2009, 123.) Uskottavuudella tarkoitetaan myös sitä, kuinka hyvin tutkija on onnistunut tulkitsemaan vastaajien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittavan ilmiön ymmärtäminen vastaajan näkökulmasta vaatii sitä, että tutkijalla on tarpeeksi aikaa perehtyä ja sisäistää keräämänsä aineisto. (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.) Tutkimustuloksista puhuttaessa uskottavuus merkitsee myös sitä, kuinka hyvin tutkijan muodostamat luokat kattavat koko aineiston (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Graneheim & Lundman 2004, 110). Tutkijan tekemä oman toimintansa kriittinen reflektointi läpi koko tutkimuksen lisää tutkimuksen luotettavuutta (Graneheim & Lundman 2004, 111).

Aineistoon tutustumiseen ja perehtymiseen käytettiin runsaasti aikaa, aineisto luettiin läpi moneen kertaan ja sen auki kirjoitukseen varattiin riittävästi aikaa. Analyysivaiheessa käytettiin aineiston koodaukseen eri värejä ja fläppitaulua kokonaisuuksien hahmottamiseen. Luokittelun edetessä jouduttiin palaamaan muutaman kerran takaisin alkuperäisiin ilmaisuihin, koska pelkistetty ilmaisu tai ryhmittely ei tuntunut vastaavan tutkimuskysymyksiin. Tarkka ja syvä perehtyminen aineistoon lisäsi tässä opinnäytetyössä tulosten luotettavuutta. Aineiston analysointi sisälönanalyysin avulla on kuvattuna taulukossa 1.

Kysymysten ymmärrettävyyttä testattiin kyselylomakkeiden ennakkotestaamisella ja näin pyrittiin muokkaamaan kyselylomakkeita helppolukuisemmaksi. Saadut vastauk-

set jäivät lyhyiksi ja ajoittain tekijälle tuli epäily, ovatko vastaajat ymmärtäneet käytetyt käsitteet oikein? Keskeiset käsitteet, käyttöönotto ja käytön vakiintuminen ovat lähellä toisiaan, joten myös tuloksissa oli havaittavissa päällekkäisyyttä ja keskeisiä käsitteitä olisi voinut vielä tarkentaa tai erotella selvemmin ennakoiviin ja ylläpitäviin toimenpiteisiin. Kuitenkin vastaukset olivat vastaajien kesken samansuuntaisia eli sen perusteella kysymykset oli ymmärretty oikein.

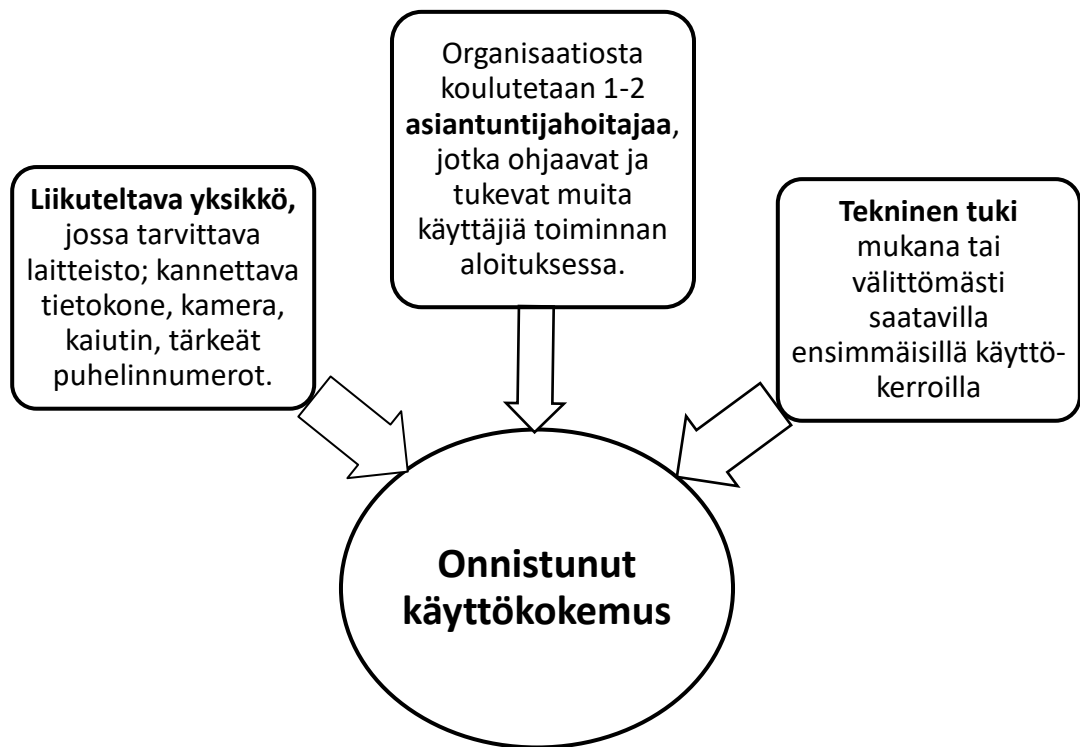
Tutkimuksen yhteydessä siirrettävyys viittaa siihen, miten tutkimuksen tulokset voisivat olla siirrettävissä toiseen, vastaavaan tutkimusympäristöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Jotta tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida, tutkimus tulee taustoittaa niin, että tutkimusprosessin seuraaminen toisen tutkijan toimesta mahdollistuu (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Graneheim & Lundman 2004, 110). Toikko ja Rantasen (2009) mukaan tutkimustulosten hyödynnettävyyttä arvioitaessa voidaan käyttää kriteerinä myös sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset voidaan siirtää toiseen kontekstiin. Heidän mukaansa tulosten käyttökelpoisuus määrittää niiden arvoa johdonmukaisuutta enemmän. (Toikko & Rantanen 2009, 125-126.)

Opinnäytetyössä tuodaan esiin hoitohenkilöstön kokemuksia videoväliteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotosta ja käytön vakiintumisesta perusterveydenhuollossa, joten tuloksia ei suoraan voi siirtää tai yleistää. Tulosten perusteella ei voi tehdä yleistyksiä siitä, miten palvelun käyttöönotto tulee tehdä, mutta tulosten avulla perusterveydenhuollon organisaatiot saavat tietoa ja viitteitä siitä, mitä tulee huomioida käyttöönottoa suunniteltaessa ja millaisia tekijöitä etävastaanottopalvelujen kehittämisessä tulisi ottaa huomioon. Tutkimustuloksia eri organisaatioissa voidaan hyödyntää soveltamalla niitä jokaisen organisaation omaan toimintaan sopiviksi.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Terveystieteiden alalla sähköiset palvelut ovat kehittyneet muuhun yhteiskuntaan verrattuna hitaammin, mutta tulevaisuudessa etäyhteydenpito sekä potilaisiin että

kollegoihin tulee olemaan yksi normaali toimintatapa. Myös hoitotyöntekijöiden valmiudet teknologian käyttöön laajenevat luonnollisesti nuorempien hoitajien mukana, mutta osaamisen lisääminen ja teknologian käyttöön kannustaminen tulisi olla keskeisessä roolissa myös jo alalla toimivien hoitotyöntekijöiden koulutuksessa. Tutkimusosuuksien tuloksista ja kirjallisuudesta saadusta tiedosta muodostui perusterveydenhuollon käyttöön listaus niistä tekijöistä, jotka tulee huomioida videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönottoa ja käyttöä suunniteltaessa (kuvio 3). Saatujen tulosten pohjalta esitetään muutamia konkreettisia kehittämissuosituksia (kuvio 4) perusterveydenhuollon toimintayksiköille. Jokaisen organisaation tulee suhteuttaa esitetyt tulokset ja kehittämissuositukset organisaatioonsa niin, että ne soveltuvat juuri kyseisen yksikön toimintaan.



Kuvio 4. Kehittämissuosituksia.

Tutkimustulokset antavat hyvän lähtökohdan etävastaanotto toiminnan kehittämiseksi eri organisaatioissa. Tulosten avulla organisaatioissa voidaan kehittää työtapoja

ja -prosesseja yhdessä tehden ja yksikön omat erityispiirteet huomioiden. Kuten kehittämiprosessien luonteeseen kuuluu, tavoitetilan saavuttaminen on yksi iso päämäärä, mutta yhtä tärkeää on jatkuva reflektointi ja toiminnan arvioiminen, joiden avulla toimintoja voidaan edelleen parantaa ja muokata ajan haasteita vastaaviksi.

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä etäyhteydenpitoa. Jatkossa olisi tärkeää tutkia ja saada selville tärkeitä tekijöitä suunniteltaessa etäyhteyksiä esimerkiksi potilaan ja hoitajan välillä sekä potilaan ja omalääkärin välillä perusterveydenhuollossa. Saako esimerkiksi kotisairaanhoidon työkalun etävideoyhteydestä tai hoituuko jatkossa pitkäaikaissairauksien kontrollikäynnit omalääkärin kanssa etäyhteyden avulla? Mielenkiintoista olisi tutkia myös koronapandemian vaikutusta etävastaanottopalvelujen käyttöönottoon ja käytön vakiintumiseen, esimerkiksi miten yhteydenpito potilaisiin on hoidettu pandemia-aikana eli onko vähentyneitä vastaanottokäyntejä korvattu etävastaanotoilla?

Opinnäytetyön valmistumisen aikana nousi jokaisen kansalaisen tietoisuuteen termi ”uusi normaali” eli poikkeusolosuhte muuttuu tulevaisuudessa tietyiltä osin normaali toiminnaksi. Samaa termiä voidaan käyttää sähköisistä etävastaanottopalveluista, jotka vielä tänään ovat perusterveydenhuollossa perinteisen vastaanoton vähemmän käytetty vaihtoehto. Onko etävastaanotto tulevaisuuden uusi normaali ja perinteinen vastaanotto sen korvaaja olosuhteiden niin vaatiessa?

Lähteet

Graneheim, U. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today* 24, 105-112. Viitattu 15.2.2020.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.490.2963&rep=rep1&type=pdf>

Ahonen, O., Kinnunen, U-M. & Kouri, P. 2016. Sähköiset terveystalvet hoitotyössä. Teoksessa Pirhonen, K. (toim.): *Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hoitotyön vuosikirja 2016. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell.

Alasoini, T. 2015. Digitalisaatio muuttaa työtä – millaista työelämää uudistavaa innovaatiopolitiikkaa tarvitaan? *Työpoliittinen Aikakauskirja 2/2015*. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 3.8.2019. <https://tem.fi/documents/1410877/2874993/tak22015.pdf>

AlDossary, S., Martin-Khan, M.G., Bradford, N.K., Armfield, N.R & Smith, A.C. 2017. The Development of a Telemedicine Planning Framework Based on Needs Assessment. *Journal of Medical Systems* (2017) 41:74. Viitattu 10.5.2020. https://www.researchgate.net/publication/315453522_The_Development_of_a_Telemedicine_Planning_Framework_Based_on_Needs_Assessment

Barakat A., Woolrych R.D., Sixsmith A., Kearns W.D. & Kort H.S.M. 2013. eHealth Technology Competencies for Health Professionals Working in Home Care to Support Older Adults to Age in Place: Outcomes of a Two-Day Collaborative Workshop. *Medicine* 2013;2(2): e10. Viitattu 11.5.2020. <http://www.medicine20.com/2013/2/e10/>

Bradford, N.K., Caffery, L.J. & Smith, A.C. 2016. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and remote health* 2016; 16: 4268. Viitattu 31.5.2020. <https://www.rrh.org.au/journal/article/4268>

Di Cerbo, A., Morales-Medina, J., Palmieri, B. & Iannitti, T. 2015. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Preference Adherence* 2015;9: 65 – 75. Viitattu 24.5.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298290/>

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115. Viitattu 29.7.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Elo, S., Kyngäs, H., Kanste, O., Kääriäinen, T. & Pölkki, T. 2011 Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138–148. Viitattu 5.11.2019. https://www.researchgate.net/profile/Tarja_Poelkki/publication/261723764_Sisällönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf

Euroopan komissio. 2013. Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012–2020 – innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Viitattu 20.8.2019. <http://www.europarl.europa.eu/sides/get-Doc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2013-0443+0+DOC+PDF+V0//FI>

Ghosh, A., McCarthy, S. & Halcomb, E. 2016. Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study. Viitattu 26.4.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845375/>

Guise, V. & Wiig, S. 2017. Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. BMC Health Serv Res, Feb 23, 17, 1, 164. Viitattu 2.3.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28231852>.

Hakala, S., Rintala, A. & Sjögren, T. (toim.) 2017. Etäteknologian vaikuttavuus liikunnallisessa kuntoutuksessa - Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 145. Helsinki: Kela.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyppönen, H. & Valkeakari, S. 2009. Muutosvalmennus sähköisten palveluiden käyttöönoton tukena. Case Oulu omahoito. Raportti 34/2009. Viitattu 18.8.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085209>

Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.8.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-739-8>

Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T. & Saranto, K. 2018. Smart systems for capable users? Nurses' experiences on patient information systems 2017. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 10(1), pp. 30-59. doi: 10.23996/fjhw.65363. Viitattu 22.4.2020. <https://journal.fi/finjehew/article/view/65363>

Hyväri, S. & Vuokila-Oikonen, P. 2018. Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Viitattu 1.2.2019. <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=3530138>.

Jauhiainen, A., Sihvo, P., Ikonen, H. 2014. Terveydenhuollon henkilöstön osaaminen ja valmiudet ottaa käyttöön sähköiset terveystalvet. Julkaisussa Sähköiset terveystalvet asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – teoriasta käytäntöön. Toim. A. Jauhiainen & P. Sihvo. Viitattu 5.1.2019. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf;jsessionid=52D1CA22406569C00C901C2C6B5CE3B9>

Jauhiainen A., Sihvo P., Jääskeläinen H., Ojasalo J. & Hämäläinen S. 2017. Skenaariotyöskentelyllä tietoa tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalvetuista ja osaamistarpeista. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 9(2-3), 136-147. Viitattu 11.3.2020. <https://doi.org/10.23996/fjhw.61002>

- Johansson, A., Lindberg, I. & Söderberg, S. 2013. The views of health-care personnel about video consultation prior to implementation in primary health care in rural areas. *Primary health care research & development* 2014 Apr; 15(2): 170–179. Viitattu 21.4.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950891/>.
- Johansson, A. 2015. Implementation of Videoconsultation to Increase Accessibility to Care and Specialist Care in Rural Areas - Residents, patients and healthcare personnel's views. Doctoral thesis. Division of Nursing. Department of Health Science Luleå University of Technology, Sweden. Viitattu 21.4.2020. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:991184/FULLTEXT02.pdf>
- Juhta. 2012. Videoneuvottelun käyttö julkisessa hallinnossa. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta, JHS 168. Viitattu 1.9.2019. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS168/JHS168.pdf>
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2019. Tietosuojaseloste -Kyselytutkimustyökalu. Ohje Jyväskylän ammattikorkeakoulun Helpdesk -sivustolla. Viitattu 24.1.2020. <https://helpdesk.jamk.fi/fi/tietosuojaseloste-webropol/>
- Kaasinen, E. 2005. User acceptance of mobile services –value, ease of use, trust and ease of adoption. VTT information Technology. Viitattu 17.5.2020. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2005/P566.pdf>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3 - 4. p. Helsinki: SanomaPro
- Koivisto, T. A., Koroma, J., & Ruusuvoori, J. 2019. Professionals' views of using technology and remote services in occupational health services. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 11(3), 183-197. Viitattu 11.3.2020. <https://doi.org/10.23996/fjhw.77370>
- Kolltveit, B.H., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M., Thorne, S. & Kirkevold, M. 2016. Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience. *BMC Health Services Research* 2016; Vol 16; 134. Viitattu 3.2.2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1377-7>
- Kunnari, T. & Koivula, M. 2018. eHealth-palvelut perusterveydenhuollon vastaanotto-toiminnan tukena – kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* 2018, 30 (4), 323–333. Viitattu 25.4.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201912026485>
- Kuusisto, H. 2016. Tieto liikkuu, potilas ei – neurologisen lähetepotilaan etähoitomallin käyttöönotto ja arviointi. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Viitattu 1.9.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2283-0>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. 1.-2. p. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

- Laivuori, T. & Ilanne-Parikka, P. 2018. Digiajan diabetesvastaanotto. Duodecim 2018; 134; 2273-9. Viitattu 20.6.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2018/22/duo14610?keyword=Digiajan%20diabetesvastaanotto>
- Liddy, C., Maranger, J., Afkham, A. & Keely, E. 2013. Ten steps to establishing an e-consultation service to improve access to specialist care. Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American telemedicine association, 19, 12, 982 - 90. Viitattu 13.4.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24073898>.
- Moksén, S. 2019. Haastattelu. Sanna Moksén, osastonhoitaja, digihoitaja/ vi-deoetävastaanotot ja OmaTays Pro. PSHP/ TAYS/ ihotautien ja haavakeskuksen poli-klinikka. Haastattelu 1.10.2019
- Myllymaa, J. & Saadetdin, S. 2016. Teknologia muuttaa hoitotyön johtamista. Teoksessa Pirhonen K. (toim.): Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell.
- Numminen, J. Asiakkaan omamittaus osana hoitotyötä. 2016. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Porvoo: Bookwell
- Odeh, B., Kayyali, R., Nabhani-Gebara, S. & Philip, N. 2014. Implementing a telehealth service: nurses' perceptions and experiences. British Journal of Nursing 2014; Vol 23, No 21, 1133-1137. Viitattu 1.10.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/25426527>
- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tal-linna: Gaudeamus
- Rahkonen, H. 2007. Muutosjohtaminen tietojärjestelmän käyttöönotossa – Hoito-työntekijöiden ja lähijohtajien kokemuksia. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallintotiede. Viitattu 20.8.2019. <https://docplayer.fi/25192743-Muutosjohta-minen-tietojarjestelman-kayttoonotossa-hoitotyontekijoiden-ja-lahijohtajien-koke-muksia.html>
- Ramstad, E. & Alasoini, T. 2007. Tutkimus- ja kehittämissyksiköt osana työelämän in-novaatiojärjestelmää. Viitattu 13.12.2019. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkai-sut/r53-teksti-ijj-korjattu-final.pdf>
- Resnik, D. B. 2015. What is Ethics in Research & Why is It Important? National insti-tute of health science. Viitattu 19.6.2019. <https://www.niehs.nih.gov/research/re-sources/bioethics/whatis/index.cfm>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 27.3.2020. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Sairaanhoitajaliiton eHealth -asiantuntijatyöryhmä. 2015. Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveyspalvelujen strategia 2015 – 2020. Sairaanhoitajaliiton raportti, julkaistu 10/2015. Viitattu 26.5.2020. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/10/SA%CC%88HKO%CC%88ISET_TERVPALV_STRATEGIA.pdf

Salanterä, S., Mieronkoski, R., Terävä, V. & Suhonen, H. 2016. Sairaanhoitaja tulevaisuuden ympäristössä- miten työ ja osaaminen muuttuvat? Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Porvoo: Bookwell

Seppälä, A. & Puranen, K. 2019. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategian väliarviointi. Loppuraportti 14.11.2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:1. Viitattu 15.4.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161328/1_2019_Sote-tieto%20hyotykayttoon%20strategian%20valiarviointi_netiti.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sihvo, P., Jauhiainen, A. & Ikonen, H. 2014. Terveydenhuollon ammattilaisten laajeneva osaaminen sähköisten terveyspalvelujen kehittämisessä ja käytössä. Teoksessa Annikki Jauhiainen & Päivi Sihvo (toim.): Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – Teoriasta käytäntöön. Viitattu 15.5.2020. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence>

Silvasti, T. 2014. Sisällönanalyysi. Teoksessa Massa I. (toim.): Polkuja yhteiskuntatieteelliseen ympäristötutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus

Simkins, J. 2017. Innovations in Telehealth. Viitattu 25.8.2019. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=4b5b6978-941c-40cb-a375-9de83c9f04bb%40sessionmgr4007>

Smith-Ström H., Iversen M., Graue M., Skele S. & Kirkevold M. 2016. An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management – Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers. International Journal of Medical Informatics 94, 59-66. Viitattu 25.5.2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616301496#abst0020>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Terveydenhuollon etäpalvelut rinnastetaan perinteisiin vastaanottokäynteihin. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 178/2015. Viitattu 1.9.2019. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-linjaus-terveydenhuollon-etapalvelut-rinnastetaan-perinteisiin-vastaanottokaynteihin

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena - Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. Viitattu 3.10.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf>

Staggers, N., Gassert, C.A. & Curran, C. 2001. Informatics Competencies for Nurses at Four Levels of Practice. Journal of Nursing Education Vol. 40; No 7: 303-316. Viitattu

14.6.2020. <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a6540804-0fe6-4748-833a-92e7d382b671%40sessionmgr4008>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Viitattu 23.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3.p. Tampere: Juvenes Print.

Toivo, N. 2016. Uuden teknologian käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä -case Movendos. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 11.2.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201702061080>

Tripp, S. 2013. The introduction of electronic records into the community public health workforce. Community Practitioner, Jul2013; 86(7): 28-31. Viitattu 20.5.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23914475/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 19.6.2019. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valli, R. & Perkkilä, P. 2018. Sähköinen kyselylomake ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa Raine Valli (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 5. uudistettu painos. PS-Kustannus, Keuruu, Otavan Kirjapaino

Valvira. 2015. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Viitattu 30.8.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

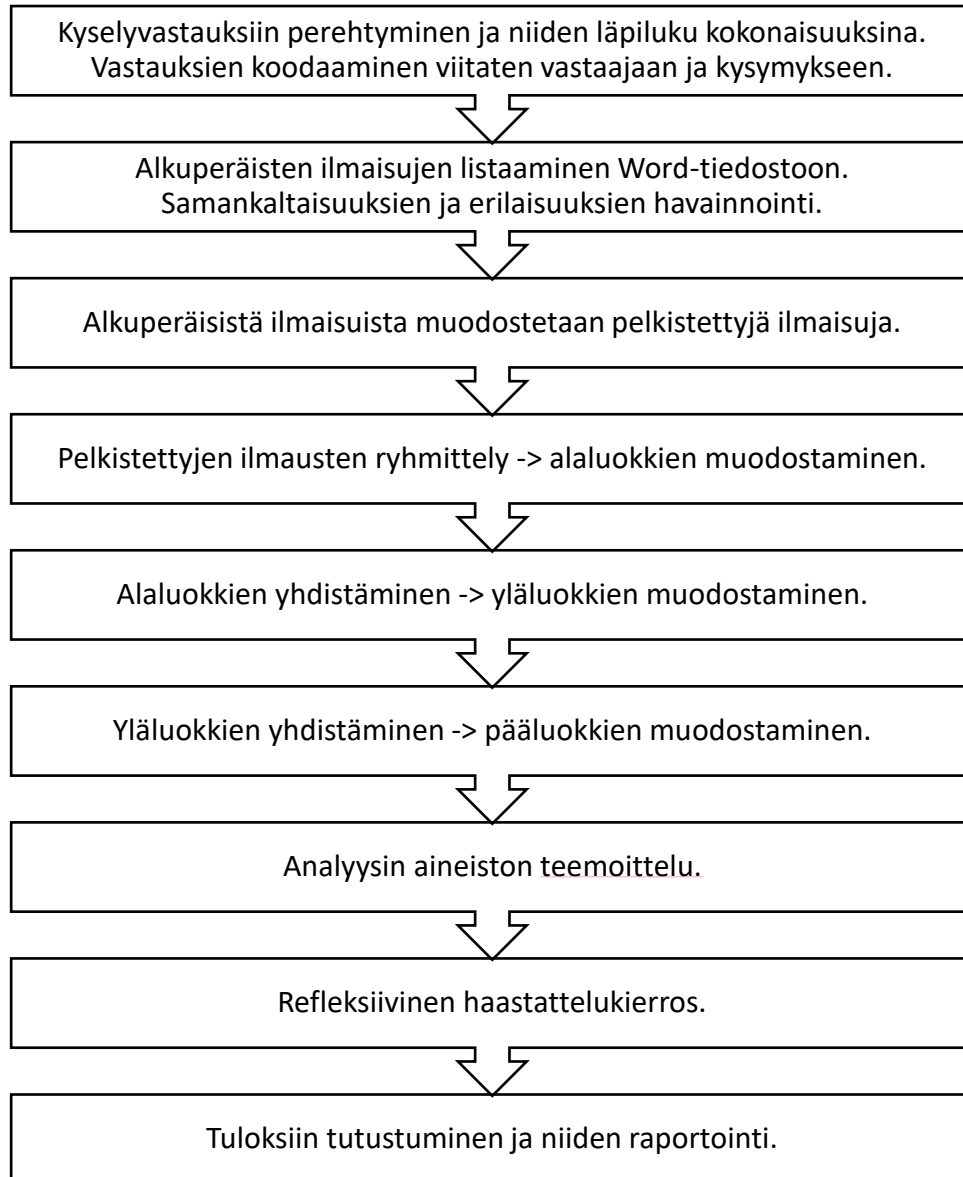
Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Webropol. N.d. Palvelun esittely Webropol -johda tiedolla sivustolla. Viitattu 24.1.2020. <https://webropol.fi/kysely-ja-raportointityokalu/keraa-vastauksia/>

Vuononvirta, T. 2011. Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, yleislääketiede, kansanterveystiede, terveyshallinto. Viitattu 2.2.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514297175.pdf>

Liitteet

Liite 1. Analyysiprosessin eteneminen



Liite 2. Saatekirje

SAATEKIRJE

Tampereella 12.11.2020

Hyvä tutkimukseen osallistuva.

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä hoitotyön kliininen asiantuntija (YAMK) –opintokokonaisuutta. Teen opinnäytetyöni videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotosta osana potilaan hoitoa ja onnistuneen käyttöönoton mahdollistavista tekijöistä.

Kerään tutkimukseeni mielipiteitä ja kokemuksia kaikilta TAYS:n haavakeskuksen yhdyshenkilöiltä riippumatta siitä, onko etävastaanottopalvelu vielä ollut yksikössänne käytössä vai vasta suunnitteilla. Jokaisen vastaajan näkemys, kokemus ja toiveet ovat tärkeitä ja erittäin arvokkaita.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsun sinut osallistumaan. Osallistuminen kyselyyn on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tässä sähköpostiviestissä on linkki Webpropol -kyselylomakkeelle, jonka toivon sinun täyttävän. Kyselylomakkeessa ei kysytä vastaajan henkilökohtaisia tietoja. Antamasi vastaukset käsitellän nimettöminä ja ehdottaman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu missään tutkimuksen vaiheessa eikä vastaajien sähköpostiosoitteet näy toisille vastaajille. Tutkijan roolissani käsitellän saamani vastaukset koodattuina, joten anonymiteettisuojesi säilyy.

Tutkimuksen tekemiseen olen saanut asianmukaisen tutkimusluvan organisaatioltanne. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa. Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat Jyväskylän ammattikorkeakoulusta lehtori Katja Raitio ja lehtori Hannele Tyrväinen. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi. Vastaan mielelläni, jos sinulla on kysyttävää kyselyn tai tutkimuksen suhteen.

Ystävällisin terveisin

Marika Tamski, sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija.

Liite 3. Kyselylomakkeen kysymykset

Jos sinulla ei vielä ole käytännön kokemusta videovälitteisestä etävastaanotosta, toivon sinun kirjoittavan mietteitäsi siitä, mitä toivoisit käyttöönotossa huomioon otavan sekä siitä, miksi käyttöönotto on yksikössänne vielä käynnistymisvaiheessa?

Taustakysymykset:

1. Koulutustausta: toisen asteen tutkinto, opistoasteen tutkinto, AMK-tutkinto, YAMK-tutkinto, jokin muu, mikä?
2. Ikä:
3. Työkokemus hoitotyössä (vuosina):
4. Onko videovälitteinen etävastaanottopalvelu jo käytössä työyksikössänne:
Kyllä / Ei

Haastattelukysymykset:

1. Mitä hyötyä tai lisäarvoa videovälitteisen etävastaanoton käyttö tuo mielestäsi perusterveydenhuollon toimintaan?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti hoitotyöntekijöiden asenteeseen videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti hoitotyöntekijöiden asenteeseen videovälitteisen etävastaanottopalvelun käytössä?
4. Millä tavoin organisaatio (työyhteisö/ lähiesimies/ylin johto) voi tukea henkilökuntaa videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytössä?
5. Mitkä tekijät voivat aiheuttaa haasteita etävastaanottopalvelun käyttöönotossa?
6. Mitkä tekijät voivat aiheuttaa haasteita etävastaanottopalvelun käytössä?
7. Mitä muuta tulee mielestäsi huomioida etävastaanottopalvelun käyttöönotossa ja käytössä?