



Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanotoista

Anni Virtanen

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2021

Kliinisen asiantuntijan ylempi tutkinto-ohjelma
Omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijan ylempi tutkinto-ohjelma
Omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

VIRTANEN, ANNI:

Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanotoista

Opinnäytetyö 81 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Marraskuu 2021

Etävastaanottomenetelmien ja sähköisten työkalujen hyödyntäminen diabeteshoitotyössä on lisääntynyt nopeasti viime vuosien aikana. Erityisesti COVID-19 pandemia lisäsi etävastaanotto toiminnan järjestämisen tarvetta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia diabeteshoitajilla on etävastaanotoista ja miten etävastaanotto toimintaa voidaan kehittää diabeteshoitotyössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa etävastaanottojen järjestämisestä diabeteshoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena yhteistyössä Diabeteshoitajat ry:n kanssa, ja tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kahdeksan diabeteshoitajaa kevään 2021 aikana. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustulosten mukaan osa diabeteshoitajista oli tehnyt etävastaanotto toimintaa jo vuosien ajan, ja osa oli aloittanut etätoiminnan pandemian myötä. Etävastaanotot koettiin toimivana palvelumuotona fyysisten vastaanottokäyntien rinnalla, mutta täysin ne eivät voineet perinteisiä vastaanottokäyntejä korvata. Etävastaanottojen positiivisena puolena nähtiin toiminnan turvallisuus pandemia-aikana sekä korkea asiakastyytyväisyys. Käytännön toimintaan ja tekniikkaan liittyen oli koettu haasteita, ja diabeteshoitajat toivoivat tulevaisuudessa helppokäyttöisiä ja turvallisia teknisiä ratkaisuja etätoiminnan tueksi. Etävastaanotot nähtiin osana palveluntarjonnan laajenemista, mikä vaatii jatkuvaa kehittämistä ja uusien toimintamallien kokeilua. Oman osaamisen kehittäminen etävastaanotto toiminnan osalta koettiin osana ammattitaidon ylläpitämistä, ja etävastaanotoilla hoitajilla oli suuri vastuu hoidosta. Diabeteshoitajat arvioivat etävastaanotto toiminnan hyödyntämisen lisääntyvän tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää etävastaanotto toiminnan kehittämisessä diabeteshoitotyössä. Tutkimustuloksista hyötyvät diabeteshoitotyön ammattilaiset sekä kehittyneen etävastaanotto toiminnan myötä myös diabetesta sairastavat. Jatkossa tarvitaan tutkimusta siitä, millä laajuudella Suomessa hyödynnetään etävastaanotto toimintaa diabeteshoitotyössä. Etävastaanotto toiminnan vaikuttavuuden arvioimiseksi olisi myös tärkeää tehdä tutkimusta etähoidon laatuun, asiakaskokemukseen, saavutettuihin hoitotuloksiin sekä kuluihin ja mahdollisiin kustannussäästöihin liittyen.

Asiasanat: diabetes, diabeteshoitaja, etävastaanotto, diabeteshoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Supporting Self-care and Care of Non-communicable Diseases

VIRTANEN, ANNI:
Diabetes Nurses' Experiences of Remote Services

Master's thesis 81 pages, appendices 3 pages
November 2021

The use of remote services has increased rapidly in diabetes care during the last years. COVID-19 pandemic increased the need for remote health care services significantly. The purpose was to explore diabetes nurses' experiences of remote services and to find out how to improve remote services in diabetes care. The aim was to gather information about remote services in diabetes care. The study was qualitative, and it was conducted in collaboration with Diabeteshoitajat ry. The data were collected through eight theme interviews in the spring of 2021 and was analysed using qualitative content analysis.

The results show that remote services were a functional way to give care besides physical appointments, but remote services cannot replace physical appointments. The positive parts were the safety of care during pandemic times and high patient satisfaction. Diabetes nurses wish easy to use and safe technical solutions to support remote services. Developing skills in remote services was seen as a part of developing professional expertise. Diabetes nurses believe that the use of remote services will increase in the future.

Further studies are needed to explore how widely remote services are used in diabetes care in Finland.

Key words: diabetes, diabetes nurse, diabetes care, remote service, telehealth

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	SÄHKÖINEN TERVEYDENHUOLTO JA ETÄVASTAANOTTOTOIMINTA SUOMESSA	8
3.1	Sähköisen terveydenhuollon määritelmä	8
3.2	Sähköisten terveyspalveluiden tavoitteet	9
3.3	Sähköisten terveyspalveluiden käyttö	10
3.4	Etävastaanoton määritelmä	11
4	TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN DIABETESHOITOTYÖSSÄ	13
4.1	Diabeteksen hoito ja hoidon kustannukset	13
4.2	Diabetesteknologia hoidon tukena	14
4.3	eHealth ja mHealth -käsitteet diabeteksen hoidossa	16
5	KOKEMUKSIA TERVEYSALAN SÄHKÖISISTÄ PALVELUISTA JA ETÄVASTAANOTTOTOIMINNASTA	18
5.1	Kokemuksia terveydenhuollon digitalisaatiosta	18
5.2	Etävastaanottotoiminnan positiiviset kokemukset	20
5.3	Etävastaanottotoiminnan haasteet	22
6	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
6.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	24
6.2	Aineiston keruu	25
6.3	Tutkimuksen osallistujat	26
6.4	Aineiston analyysi	27
7	TULOKSET	29
7.1	Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta	29
7.1.1	Tarve laajentaa palveluntarjontaa	30
7.1.2	Toimintaan liittyvät ongelmat	36
7.1.3	Toiminnan positiiviset puolet	39
7.1.4	Asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä	43
7.1.5	Ammattitaito asiakastyön lähtökohtana	46
7.2	Diabeteshoitajien näkökulmia etävastaanottotoiminnan kehittämiseen	49
7.2.1	Toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa	50
7.2.2	Toimivat tekniset ratkaisut	53
7.2.3	Hoitotyön ammattitaidon ylläpitäminen	56
8	POHDINTA	59
8.1	Tulosten tarkastelu	59
8.1.1	Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta	59

8.1.2 Diabeteshoitajien	kehittämisehdotuksia
etävastaanottotoimintaan liittyen	62
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	65
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	68
LÄHTEET.....	71
LIITTEET	79
Liite 1. Tiedote tutkimuksesta	79
Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	81

1 JOHDANTO

Diabetes on sairaus, jossa veren glukoosipitoisuus on kroonisesti koholla johtuen insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai näistä molemmista (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020). Diabeteksen hoidossa on tärkeää tukea diabetekseen sairastuneen voimavaroja ja tarjota elintapaohjausta, sillä omahoidosta vastaa pääosin potilas itse (Insuliininpuutosdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2020). Diabeteshoitotyössä näkyy hoitoteknologian nopea kehittyminen sekä tarve siihen, että terveydenhuoltohenkilöstöllä on riittävä osaaminen tämän hyödyntämiseksi (Koski 2019, 57; Diabetesliitto 2014, 12).

Sähköisten terveystalveluiden avulla on mahdollista kehittää terveydenhuollon laatua ja tehokkuutta, potilasturvallisuutta sekä parantaa hoidon saatavuutta ja tasa-arvoa (Euroopan komissio 2012). Lisäksi näistä saatava kustannushyöty on merkittävä (Euroopan komissio 2012; Hyppönen, Pentala-Nikulainen & Aalto 2018, 44). Suomessa sähköisten palveluiden käyttöönotto diabeteksen hoidossa on ollut hajanaista eikä näitä ole asetettu osaksi hoitoprosessia (Sitra 2013, 2).

Etähoidolla tarkoitetaan potilaan hoidon toteuttamista sähköisten välineiden, kuten videon tai älypuhelimien avulla (Valvira 2021). Etäpalveluita voidaan suurimmaksi osaksi rinnastaa fyysisiin vastaanottokäynteihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Tutkimukseen vastanneista pitkäaikaissairaista seitsemän prosenttia toivoi tulevaisuudessa mahdollisuutta lääkärin tai hoitajan etäkonsultaatioon tai vastaanottoon (Karisalmi, Kaipio ja Kujala 2018). Diabetesta sairastavat toivovat, että yhteydenpito hoitohenkilökunnan avulla olisi helpompaa ja ovat kiinnostuneita kokeilemaan erilaisia sähköisen viestinnän työvälineitä (Koski 2019, 39, 50).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottojen toteutuksesta diabetespotilaiden hoidossa Suomessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa etävastaanottojen järjestämisestä ja kehittämis ehdotuksista diabeteshoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Diabeteshoitajat ry:n kanssa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia diabeteshoitajilla on etävastaanotoista diabetespotilaiden hoidossa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten etävastaanottotoimintaa voidaan kehittää diabeteshoitotyössä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia kokemuksia diabeteshoitajilla on etävastaanotoista diabetespotilaiden hoidossa?
2. Miten diabeteshoitajien näkökulmasta etävastaanottotoimintaa voisi tulevaisuudessa kehittää diabeteshoitotyössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa etävastaanottojen järjestämisestä diabeteshoitotyössä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää etävastaanottoiminnan kehittämiseksi diabeteshoitotyössä. Tuloksista hyötyvät diabeteshoitotyön ammattilaiset ja kehittyneen etävastaanottoiminnan myötä myös diabetesta sairastavat.

3 SÄHKÖINEN TERVEYDENHUOLTO JA ETÄVASTAANOTTOTOIMINTA SUOMESSA

3.1 Sähköisen terveydenhuollon määritelmä

Sähköinen terveydenhuolto tarkoittaa tieto- ja viestintätekniikan hyödyntämistä terveydenhuollon tuotteissa, palveluissa ja prosesseissa (Euroopan komissio 2012). Sähköisten palveluiden käytön tavoitteena on parantaa terveydenhuollon hoidon laatua ja saatavuutta sekä lisätä terveyshyötyä (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2273; Euroopan komissio 2012). Lisäksi niiden avulla on mahdollista kehittää terveydenhuollon tehokkuutta, potilasturvallisuutta ja lisätä tasa-arvoa (Euroopan komissio 2012). Sähköisen terveydenhuollon palveluista saatava kustannushyöty on merkittävä (Euroopan komissio 2012; Hyppönen ym. 2018, 44), ja sähköisen vuorovaikutuksen avulla on mahdollista vähentää potilaskäyntejä (Niemi, Hupli & Koivunen 2016). Sähköisten palveluiden käyttöä tulee lisätä vastaanottokäyntien rinnalle, mutta ne eivät voi korvata täysin perinteisen vastaanoton kanssakäymistä (Kunnari & Koivula 2018; Hyppönen ym. 2018, 5; Niemi ym. 2016).

Sähköisten terveystalveluiden käyttöönoton haasteita ovat riittämätön tutkimus ja oikeudellinen perusta aiheeseen liittyen, käyttäjien tiedon- ja luottamuksen puute sekä haasteet järjestelmien yhteensovittamisessa. Tällä hetkellä sähköisten terveystalvelujärjestelmien käyttöönottoon liittyy suuret aloituskustannukset, lisäksi näiden kustannushyötyihin liittyy on liian vähän laajamittaista näyttöä. (Euroopan komissio 2012.) Tulevaisuudessa erityistä huomiota on kiinnitettävä sähköisten palveluiden käytettävyyteen (Sitra 2013, 2; Hyppönen ym. 2018, 44) ja niiden käyttöön liittyvään tukeen (Niemi ym. 2016) sekä tietoturvallisuuteen (Hyppönen ym. 2018, 44; Niemi ym. 2016). Tiivis yhteistyö palvelun käyttäjien ja palveluntarjoajien, viranomaisten ja tutkijoiden kesken on tärkeää palveluiden kehittämiseksi (Euroopan komissio 2012).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada laadukasta terveydenhoitoa. Laissa linjataan myös potilaan itsemääräämisoikeus, oikeus yksityisyyden

suojaan ja potilaan tiedonsaantioikeudet. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kunnat ja sairaanhoitopiirit järjestämään terveydenhuollon palvelut asukasmäärän, potilasturvallisuuden ja väestön terveydentilan perusteella. Lain mukaan terveydenhuoltopalvelut on järjestettävä lähellä asukkaita, paitsi jos palveluiden laadun turvaamiseksi alueellinen keskittäminen on aiheellista. Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta (306/2019) ohjaa palveluiden kehittämistä kohti tasa-arvoisia digitaalisia palveluita sekä määrittelee, miten parannetaan digitaalisten palveluiden laatua, saavutettavuutta ja tietoturvallisuutta. Lain mukaan viranomaisen on tarjottava kansalaisille mahdollisuus käyttää sähköisiä palvelukanavia asioinnin yhteydessä. Digitaalisten palveluiden suunnittelun yhteydessä on varmistettava palvelun helppokäyttöisyys, löydettävyys, tietosuoja ja tietoturvallisuus. Laki velvoittaa julkista sektoria varmistamaan verkkosivustojen ja mobiilisovellusten saavutettavuuden.

3.2 Sähköisten terveystalveluiden tavoitteet

Sosiaali- ja terveystalveluiden digitalisaation keskiössä on käyttäjälähtöisyys ja tavoitteena on tuottaa aiempaa asiakaslähtöisempiä palveluita (Laaksonen, Laitinen & Hiilamo 2020; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016). Jotta asiakkaat käyttävät ensisijaisesti digitaalisia asiointipalveluita, tulee palveluiden olla laadukkaita ja käyttäjätavallisia. Digitaalisen asiointipalvelun laadun arviointikriteerejä ovat palvelun tietopohja, asiointitilanne, käytettävyys, asioinnin tukipalvelut, tietoturva ja -suoja sekä asiakkaan osallistaminen. (Digitaalisten asiointipalveluiden laatu -työskentelyryhmä, 2019.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Sote-tieto hyötykäyttöön -strategian (2014) tavoitteena on taata kansalaisille tasa-arvoiset palvelut asuinpaikasta riippumatta. Sähköisiä palveluita kehitetään tukemaan kansalaisten terveyden omahoitoa, lisäksi hoidon saatavuudesta ja laadusta tuotetaan tietoa kansalaisille. Koska fyysiset palvelut vaativat toimitiloja ja henkilökuntaa, tavoitteena on siirtyä näistä sähköisiin palveluihin niissä tilanteissa, joissa tämä on mahdollista. Palvelun muutos perinteisistä vastaanottokäynneistä kansalaisen valmentamiseen ja sähköisten palveluiden käyttöön vaatii johdolta ja esimiehiltä vahvaa ohjausta, jotta

uudet toimintamallit otetaan käyttöön. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014.) Strategian väliarvioinnissa 2018 todettiin, että tässä esitetyt tavoitteet ovat edelleen ajankohtaisia, mutta haasteena on ollut tämän yhdistäminen toimeenpanoon (Seppälä & Puranen 2019).

Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveystieteiden strategian mukaan sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu sähköisten terveystieteiden käyttö sekä näiden kehittäminen. Sairaanhoitajan tulee osata etsiä terveyteen liittyvää tietoa eri sähköisistä tietokannoista sekä käyttää tätä potilasohjauksen tukena. (Sairaanhoitajaliitto 2021.) Sairaanhoitajilta vaaditaan potilastietojärjestelmien käytön lisäksi myös tietosuojan ja tietoturvan liittyvää osaamista ja lisäksi sairaanhoitajan on tärkeää kannustaa ja neuvoa potilaita sähköisten palveluiden käytössä (Sairaanhoitajaliitto 2021; Hahtela & Meretoja 2017). Tulevaisuudessa potilaalla on aktiivinen rooli oman terveytensä hoitoon liittyvissä asioissa ja sairaanhoitajan rooli muuttuu enemmän terveystieteen asiantuntijaksi. Tämä korostuu erityisesti virtuaalisissa ympäristöissä. (Hahtela & Meretoja 2017.)

Tulevaisuudessa työelämätaidoista merkittävimpiä ovat digitalisaation hyödyntäminen, etäpalveluiden ja mobiilisovellusten käytön hallinta ja hyödyntäminen sekä avoimuus kehittämistyöhön (Leveälähti ym. 2019). Kangasniemi ym. (2018) mukaan tulevaisuuden sote-osaajat tarvitsevat perinteisten asiakkaan kohtaamisen, ohjausosaamisen ja moniammatillisuuden lisäksi myös robotiikan ja digitalisaation taitoja. Tulevaisuudessa korostuvat digitaaliset vuorovaikutustaidot sekä asiakkaiden ohjausosaaminen digitaalisten palveluiden käytössä (Leveälähti ym. 2019).

3.3 Sähköisten terveystieteiden käyttö

Suomessa vuonna 2020 yli 16–89 vuotiaista internetin käyttäjiä oli 92%, ja kansalaisista 82% prosenttia käytti internetiä useita kertoja päivässä. Internetin käyttö yleistyi erityisesti yli 65-vuotiaiden keskuudessa, ja myös yli 75-vuotiaista 51% käytti nettiä. (Suomen virallinen tilasto SVT 2020a.) Vuonna 2020 ajan lääkäriä netin kautta oli varannut 50% vastaajista (SVT 2020a) ja 58% kansalaisista oli lukenut netistä omia terveystietojaan esimerkiksi Omakanta -palvelun kautta

(SVT 2020b). Suomessa on todettu kansalaisilla olevan hyvät perustaidot sähköisten palveluiden käyttöön liittyen sekä myös kiinnostus tähän. Korkeakoulututkinnon suorittaneet kokevat sähköiset palvelut vähemmän koulutettuja hyödyllisemmäksi ja heillä myös valmiudet sähköisten palveluiden käyttöön olivat paremmat. (Jauhiainen, Sihvo, Ikonen & Rytönen 2014.)

Suomessa sekä kansalaisten että ammattilaisten käytössä oleva Kanta on sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluja tuottava kokonaisuus, johon kuuluu muun muassa sähköiset reseptit, lääketietokanta ja sähköinen potilastiedon arkisto (Kanta 2021). Suomessa 2010 käynnistetty Omakanta on palvelu, jonka kautta kansalaisen on mahdollista nähdä omat terveystietonsa riippumatta siitä, käyttääkö hän julkisen vai yksityisen sektorin palveluita (Jormanainen ym. 2019). Omaolo-palvelu on sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalinen palvelukanava, jonka tavoitteena on tukea omahoitoa, ohjata tarvittavan hoidon tai palvelun piiriin sekä viestintäkanava asiakkaiden ja ammattilaisten välillä (Omaolo n.d.). Glukosimittarien- ja sensoritietojen yhdistäminen Omakantaan mahdollistaisi näiden käytön sekä diabetesta sairastaville että terveydenalan ammattilaisille (Hannula 2018).

Terveydenhuollon asiakkaat ovat halukkaita käyttämään sähköisiä palveluita erityisesti ajanvarauksen ja yhteydenpidon osalta, mutta kaipaavat hoitohenkilökunnalta lisää tietoa ja tukea näiden käyttöön. (Karisalmi ym. 2018; Hyppönen ym. 2018, 6). Hoitohenkilökunnan asenteet ja käyttäytyminen voivat vaikuttaa potilaan kykyyn käyttää sähköisiä palveluita ja saattavat lisätä potilaan luottamusta teknologiaa kohtaan (Kivekäs ym. 2019).

3.4 Etävastaanoton määritelmä

Terveydenhuollon etäpalvelu on telelääketieteen menetelmin toteutettu potilaan hoitoon liittyvä yhteydenotto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Valvira 2021). Terveydenhuollon etäpalvelu tarkoittaa potilaan ja hoitohenkilöstön terveystietoinformaation vaihtamista elektronisen yhteyden (kuten videopuhelun tai tekstiviestin) välityksellä (Iyengar, Wolf, Brown & Close 2016). Etäpalvelun toiminnan edellytys on potilaan tietoinen suostumus ja terveydenhuollon ammattilaisen arvio siitä,

voidaanko potilasta hoitaa etäyhteyden välityksellä. Etävastaanottotoiminnassa on tärkeää huomioida potilasturvallisuus, salassapito, tietosuoja ja tietoturva. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2021) mukaan terveydenhuollon etäpalvelutoiminnalle ei vielä ole kehitetty kattavaa lainsäädäntöä. (Valvira 2021.) Euroopan komissio (2012) suosittaa näyttöön perustuvan etälääketieteen palvelujen kehittämistä erityisesti hoitajien osalta.

Suomessa omahoitoa tukevien sähköisten palveluiden käyttö oli vuonna 2017 melko laajaa, mutta etähoidon käyttö saatavuuden lisääntymisestä huolimatta oli vielä vähäistä (Hyppönen ym. 2018, 5). Tutkimukseen vastanneista pitkäaikais-sairaista seitsemän prosenttia toivoi tulevaisuudessa mahdollisuutta lääkärin tai hoitajan etäkonsultaatioon tai vastaanottoon (Karisalmi ym. 2018). Jauhiainen ym. (2014) kyselytutkimuksen mukaan 74% vastaajista koki melko tai erittäin hyödyllisenä omahoitoa tukevan neuvontapalvelun omahoitajan kanssa.

4 TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN DIABETESHOITOTYÖSSÄ

4.1 Diabeteksen hoito ja hoidon kustannukset

Diabetes on sairaus, jossa veren glukoosipitoisuus on kroonisesti koholla johtuen insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai näistä molemmista (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020). Diabetes on merkittävä kansansairaus ja arviolta 429 000 suomalaista sairastaa diabetesta joko tietäen tai tietämättään (Koponen ym. 2018). Maailman laajuisesti yli 400 miljoonaa ihmistä sairastaa diabetesta ja vuodesta 1980 diabeetikkojen määrä on nelinkertaistunut. Diabetekseen liittyy lisäsairauksien riski sydämen, verisuonien, silmien, munuaisten ja hermoston suhteen sekä suurentunut riski kuolla ennenaikaisesti. (World Health Organization WHO 2016b.) Diabeteksen hoidon seurantakäynnit sovitaan yksilöllisen tarpeen mukaan, ja seurantakäynnit toteuttaa lääkäri tai diabeteksen hoitoon perehtynyt hoitaja (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020). Rahoittamalla diabeteksen laadukasta hoitoa, omahoidon tukea sekä ennaltaehkäisyä voidaan saavuttaa merkittäviä kustannushyötyjä (Koski, Kurkela, Ilanne-Parikka & Rissanen 2018a).

Vuonna 2011 Suomessa diabetekseen liittyvistä työpoissaoloista, ennenaikaisesta eläköitymisestä tai kuolemasta aiheutuvia tuottavuuskustannuksia kertyi 2552 miljoonaa euroa ja sairaanhoidon kustannuksista 832 miljoonaa euroa (Koski ym. 2018a). Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet nostivat merkittävästi kustannuksia ja näiden ehkäiseminen diabeteksen hoitoa tehostamalla voisi tuoda vuositasolla 550 miljoonan euron säästön sairaanhoidon kuluihin (Koski ym. 2018b). Diabetesteknologian optimaalinen käyttö mahdollistaa hyötyjen ja kustannustehokkuuden saavuttamisen. Toisaalta teknologian käytön esteenä ovat useimmiten kustannukset ja kattavuus. (Alcántara-Aragón 2019.) Digitaalisten keksintöjen avulla on mahdollista vähentää kuluja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyen. Esimerkiksi diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät digitaaliset ohjelmat voivat tarjota vaihtoehdon niille, jotka eivät koe haluavansa tähän lähiohjausta. (Iyengar ym. 2016). Hallitusten on varmistettava rahoitus elintärkeälle lääkitykselle ja teknologialle diabeteksen diagnosointiin ja hoitoon liittyen (WHO 2016b).

4.2 Diabetesteknologia hoidon tukena

On tärkeää tukea diabetesta sairastavan omahoidon voimavaroja sekä antaa elintapaohjausta, sillä nämä vaikuttavat potilaan elämänlaatuun ja hoidon tulokseen (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020). Diabetesteknologian tavoitteena on tehostaa hoitotuloksia vähentämällä diabeteksen hoitoon liittyvää taakkaa ja parantaa diabeetikoiden sekä heidän perheidensä elämänlaatua (Dovc & Battelino 2020). Diabetesteknologiaa voidaan hyödyntää potilaiden voimaannuttamisessa sekä omahoidon tehostamisessa. Diabetesteknologian voimaannuttamisen mahdollisuudet ovat tekniset ratkaisut, jotka lisäävät käyttäjiensä turvallisuuden ja pystyvyyden tunnetta, sekä tuovat omahoitoon mukavuutta ja tukea. (Alcántara-Aragón 2019.) American Diabetes Association (ADA) lisäsi vuonna 2019 diabetesteknologian osaksi lääketieteellisen hoidon laatuksikriteereitä. Diabetesteknologian laatuksikriteereihin kuuluvat insuliinin annostelu- ja verensokerin seurannan välineet, sekä tulevaisuudessa myös lääkinnällisten laitteiden ohjelmistot, tietosuojasiat, kustannukset ja teknologia-avusteinen diabeteskoulutus. (ADA 2019.)

Diabetesteknologialla tarkoitetaan työvälineitä, laitteita ja ohjelmistoja, joita käytetään helpottamaan verensokeriarvojen hallintaa, ehkäisemään diabeteksen komplikaatioita, vähentämään diabeteksen aiheuttamaa kuormaa sekä parantamaan elämänlaatua. Perinteisesti diabetesteknologia on jaettu kahteen osa-alueeseen: insuliinin annosteluvälineisiin, kuten ruiskuihin, kyniin tai insuliinipumppeihin sekä verensokeriarvojen monitorointiin joko verensokerimittarilla tai jatkuvalla glukosin seurannalla. Viime aikoina diabetesteknologia on laajentunut hybridilaitteisiin, jotka sekä seuraavat verensokeriarvoja että annostelevat insuliinia, ja lääkinnällisten laitteiden ohjelmistoihin, jotka tarjoavat tukea diabeteksen omahoitoon. (ADA 2019.)

Lisäksi esimerkkejä diabetesteknologian käytöstä ovat automaattiset boluslaskurit, etävastaanotot, sovellukset ja älypuhelinteknologia, blogit, foorumit, sosiaalinen media ja internetin yhteisöt (Alcántara-Aragón 2019). Myös automaattinen päätöksenteon tukijärjestelmä tulee olemaan olennainen osa tulevaisuuden digitaalisia diabetesvastaanottoja (Dovc & Battelino 2020) ja 3D-ympäristöjen hyödyntäminen omahoidon ohjauksen tai oppimisen tukena on mahdollista (Hurley

ym. 2017). Automaattisesti insuliinia annostelevien insuliinipumppujen lisäksi tekoälyä on mahdollisuus hyödyntää tulevaisuudessa myös monipistoshoidossa puhelinsovellusten, glukosisensoreiden ja Bluetoothin sisältävien älykynien avulla (Forlenza 2019).

Diabetesteknologian avulla on mahdollista mitata useita diabetekseen vaikuttavia tekijöitä kuten verensokeriarvoja, liikunnan määrää, askelia, kalorien kulutusta, verenpainetta, painoa ja annosteltua lääkitystä. Useita diabeteksen hoitoon liittyviä päätöksiä on mahdollista tukea tai tehdä ajantasaisten algoritmien avulla. (Klonoff 2016.) Kirjaamalla säännöllisesti verensokerin seurantavälineiden antamat tiedot potilastietoihin on mahdollista arvioida hoidon vaikuttavuutta verensokerin keskiarvon, ajan tavoitealueella, matalien- ja korkeiden arvojen määrän sekä verensokeriarvojen vaihteluvälin osalta (Hannula 2018). Saavutettavissa olevat tavoitteet ajassa tavoitealueella (time in range) ja verensokeriarvojen vaihtelun visualisointi jatkuvan glukosin seurannan perusteella auttavat ammattilaisia ja diabeetikoita parantamaan pitkän aikavälin hoitotuloksia (Dovc & Battelino 2020).

Vaikka diabetesta sairastavilla on kasvava määrä digitaalista diabeteksen hoitoon liittyvää dataa, he eivät täysin hyödynnä tätä tietoa optimaalisen hoidon saavuttamiseksi (Forlenza 2019). Foster ym. (2019) mukaan glukosisensoreiden ja insuliinipumppujen käyttö diabeteksen hoidossa on lisääntynyt, mutta tästä huolimatta vain pieni osa tyypin 1 diabetesta sairastavista saavuttaa hoitotavoitteet. Haasteena on, ettei suurin osa diabetesta sairastavista lataa koskaan laitetietoja (verensokerimittareita, jatkuvan glukosin seurannan tai sensoroivan pumpun tietoja) kotonaan. Tämä saattaa johtua haasteista laitteiden purun suhteen tai tarvittavien laitteiden puuttumisesta, vaikeuksista ymmärtää dataa sekä siitä, ettei dataa mielletä hyödylliseksi. Lisäksi tietojen lataaminen on vaikeaa ja vie aikaa. (Foster ym. 2019.) Pilvipalveluun yhdistetyt verensokerimittarit ja jatkuvan verensokerin seuranta (CGM) lähettävät automaattisesti dataa mobiililaitteelle tai pilvipalveluun. Näiden avulla on mahdollista saavuttaa tehokkaampi ja vaikuttavampi hoitokäynti, sillä tämän kautta hoitohenkilökunnalla on tietoa päätöksenteon tueksi. (Iyengar 2016.) Diabetesta sairastavista monipistoshoidoissa potilaat suhtautuivat diabetesteknologian käyttöön insuliinipumppuhoitoisia potilaita kielteisemmin (Naranjo 2016).

Suomessa sähköisten palveluiden käyttöönotto diabeteksen hoidossa on ollut hajanaista eikä näitä ole asetettu osaksi hoitoprosessia. Haasteena on ollut esimerkiksi hankkeiden pienuus ja hoitohenkilöstön mukaan saaminen. (Sitra 2013, 2.) Pohjois-Suomessa on tehty etävastaanottoa diabetespotilaiden hoidossa 2000-luvun alusta lähtien pääosin myönteisin kokemuksin. Etävastaanotto toiminnan avulla on mahdollista tarjota palveluita alueille, joista muuten puuttuisi alan vaatima erityisosaaminen. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2274.) Diabetesbarometrissa selviää tyypin 1 diabetesta sairastavien toive siitä, että yhteydenpito diabeteshoitajan kanssa olisi helpompaa sekä kiinnostus kokeilla esimerkiksi videovastaanottoa tai chat-palvelua. Samasta kyselystä käy ilmi, että terveydenhuollon ammattilaisten mukaan sähköiset konsultaatiot ja sähköinen asiointi, chat-palvelut ja etävastaanotto (esimerkiksi skypen kautta) ovat olleet jo käytössä ja näistä on hyviä kokemuksia. (Koski 2019, 39, 50.)

4.3 eHealth ja mHealth -käsitteet diabeteksen hoidossa

Käsite eHealth tarkoittaa informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttöä terveyden hyväksi. eHealth parantaa tiedonvälitystä, tukee terveydenhuoltopalveluiden saavutettavuutta ja johtamista sekä mahdollistaa terveystavoitteiden ja kustannushyötyjen saavuttamisen. (WHO 2012.) Mobiiliteknologian käytöstä terveydenhoidossa käytetään käsitettä mHealth. mHealth sisältää muun muassa ääni- ja tekstiviestipalvelut, erilaiset sovellukset, paikannus (GPS) sekä Bluetooth teknologian käytön. MHealth on osa eHealth palveluita. (WHO 2011.) Useat mHealth järjestelmät ovat yhteydessä dataa tallentaviin pilvipalveluihin (Klonoff 2016).

mDiabetes ohjelma on WHO:n (2016a) laatima aloite mHealth työkalujen hyödyntämisestä diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. mHealth palvelut tulisi mahdollisimman tehokkaan vaikuttavuuden saamiseksi sisällyttää terveydenhuollon palveluihin. mDiabetes ohjelman mukaan mHealth palveluita voitaisiin hyödyntää elämäntapaohjauksessa ja tietoisuuden lisäämisessä, seulonnassa, ehkäisyssä ja diagnosoinnissa, koulutuksessa ja opastuksessa sekä hoidon seurannassa ja tukemisessa. mDiabetes ohjelman interventioihin liittyen tulee kiinnittää huomiota

esimerkiksi mHealth työkalujen käyttöväyliin, saatavuuteen, teknologian hankintaan ja sovitukseen, tietosuojaan sekä teknologian esitestaukseen. (WHO 2016a.)

Katsauksen mukaan eHealth-palvelut lisäsivät potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon, hoidon laatuun sekä hoidon saavutettavuuteen (Kunnari & Koivula 2018). Gee (2015) ym. totesivat, että eHealth työkalujen avulla voidaan merkittävästi vaikuttaa pitkäaikaissairausten hoitoon ja onnistuneen omahoidon kannalta näiden käyttöön liittyvä koulutus on tärkeää. Terveystieteiden palveluntarjoajat tarvitsevat lisää koulutusta siitä, miten eHealth palveluita toteutetaan ja miten opastaa pitkäaikaissairaita näiden työkalujen käytössä. (Gee ym. 2015.) Jotta voidaan optimoida diabetesteknologiasta saatava hyöty, on huomioitava potilaan yksilölliset tarpeet sekä räätälöidä koulutusta sekä potilaille että ammattilaisille (Alcántara-Aragón 2019).

Yhdysvalloissa vuoteen 2018 mennessä 84% tyyppin 1 diabetesta sairastavista ei ollut käyttänyt mobiilisovellusta diabeteksen hoidossa (Foster ym. 2019). Tulevaisuudessa sovellusten ja mHealth työkalujen käytöllä tulee olemaan suuri rooli diabeteksen omahoidon kehittämisessä ja tähän on syytä myös potilaiden ja terveydenhuoltopalveluiden tarjoajien keskittyä (Hood ym. 2016). Kuitenkin tarvitaan vielä lisää tutkimusnäyttöä mHealth-välineiden käyttöön liittyen (Wang ym. 2019; Stephani, Opoku & Quentin 2016) ja siitä, miten nämä vaikuttavat käyttäytymiseen (Hurley ym. 2017). mHealth interventioiden käyttöön liittyen tarvitaan lisää tutkimusta, sillä tutkimustulosten määrä on liian vähäistä, interventioiden arviointi on epäyhtenäistä ja raportoitujen tulosten monimuotoisuus on laajaa (Stephani ym. 2016).

5 KOKEMUKSIA TERVEYSALAN SÄHKÖISISTÄ PALVELUISTA JA ETÄ-VASTAANOTTOTOIMINNASTA

Tutkimuksia diabeteshoitotyön etävastaanottotoimintaan ja sähköiseen asiointiin liittyen haettiin CINAHL-, Medline(PubMed)-, Cochrane- ja Nursing & Allied Health Database -tietokannoista kansainvälisten lähteiden löytämiseksi, ja kansallisten tutkimusten etsimiseen käytettiin Medic-, Arto- ja Finna-tietokantoja. Tutkimuksia haettiin tietokannoista hakutermeillä: etävastaanotto, diabetes, hoidonohjaus, diabetes nurse, telehealth, telemedicine, telemonitoring, telepractice, telenursing, telecare, eHealth, mHealth, remote virtual video, e-nursing. Hakutermejä yhdisteltiin boolean operaattoreilla AND ja OR. Edellä mainittujen tietokantojen lisäksi tutkimuksia haettiin myös manuaalisesti.

Tutkimuksien sisäänottokriteerinä oli vertaisarvioitu tutkimusartikkeli, joka on kirjoitettu suomen tai englannin kielellä, ja julkaistu vuosina 2010-2021. Tutkimushaku aloitettiin syksyllä 2020, ja tutkimusten hakua jatkettiin koko tutkimusprosessin ajan.

5.1 Kokemuksia terveydenhuollon digitalisaatiosta

Enemmistö sairaanhoitajista kokee tietotekniikkaan liittyvät perustaitonsa, taidot käyttää potilastietojärjestelmiä sekä tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät taidot hyväksi tai erinomaisiksi. Sairaanhoitajat kokevat sähköisten potilastietojärjestelmien käytön tukevan hoidon jatkuvuutta sekä parantavan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. (Saranto ym. 2020.) Sähköisten järjestelmien käyttö potilastyössä koettiin hoitohenkilökunnan osalta tarpeelliseksi ja näiden todettiin olevan käyttökelpoisia potilaiden kanssa käydyssä vuorovaikutuksessa (Niemi ym. 2016) sekä yhteydenpidossa muiden ammattilaisten kesken (Koivisto, Koroma & Ruusuvoori 2019). Sähköisten menetelmien avulla oli mahdollista lisätä työn sujuvuutta. Esimerkiksi kirjaamiseen liittyvät automatisoidut toiminnot nopeuttivat työprosesseja, tiedon analysoinnin automatisoituminen koettiin työtä helpottavana tekijänä ja etäpalavereiden järjestäminen koettiin joustavana vaihtoehtona. (Koivisto ym. 2019.)

Digiosaamisen kannalta hoitohenkilökunta koki haasteeksi sähköisten järjestelmien määrän lisääntymisen ja jatkuvan päivittymisen (Öberg ym. 2018; Koivisto ym. 2019), ja näiden käyttöön liittyen toivottiin tukea. Teknologian myötä työnkuvaan koettiin sirpaloituva, sillä teknologia lisää päällekkäisten foorumeiden käyttöä, joita tulee seurata päivittäin. (Koivisto ym. 2019). Esimerkiksi etäpalveluiden käyttöönotto ja uuden opetteluun käytetty aika voidaan kokea kuormittavana (Karppi & Koroma 2021). Hoitajien teknologiaosaamista heikentäviä tekijöitä voivat olla hoitajan väsymys, osaamiseen liittyvät pelot ja oppimishäiriöt (Söderlund & Vellonen 2019).

Sähköisten palveluiden käyttöön liittyvien ongelmien on todettu aiheuttavan stressiä terveysalan ammattilaisille (Kaihlainen ym. 2020; Öberg ym. 2018; Vehko ym. 2018). Stressiä aiheutti esimerkiksi järjestelmien käyttökatkokset, useisiin järjestelmiin kirjautuminen ja näiden päällekkäinen käyttö sekä järjestelmien hitaus. Lisäksi sähköisen potilastiedon puute vaikeutti yhteistyötä muiden organisaatioiden kanssa. Terveystietojen kirjaamiseen jää työssä vain vähän aikaa, ja työn keskeytyminen sekä eri välilehtien selailu olivat kirjaamista häiritseviä tekijöitä. (Vehko ym. 2018.) Myös kirjattavan potilastiedon määrä on lisääntynyt (Koivisto ym. 2019). Heikko sähköisen terveystietokannan käytettävyys oli yhteydessä hoitajien ajatusvirheiden lisääntyneeseen määrään (Kaihlainen ym. 2020).

Terveysalan ammattilaiset toivovat koulutusta muuttuvaan digityöhön liittyen (Vehko ym. 2018) ja digiosaamisen kehittäminen nähdään kiinteänä osana oman ammatillisen osaamisen kehittämistä (Koivisto, Koskela & Ruusuvuori 2020). Tulevaisuudessa tulee kehittää hoitohenkilökunnan järjestelmien käyttöön ja digityötapoihin liittyvää osaamista (Vehko ym. 2018) sekä varata riittävästi aikaa uuden tekniikan opetteluun (Söderlund & Vellonen 2019). Lisää koulutusta tarvitaan myös liittyen digitaalisen palveluympäristön kehittämiseen ja asiakkaan tukemiseen tämän käytössä (Saranto ym. 2020). Karpin ja Koroman (2021) tutkimuksessa työterveyshenkilöstö toi esiin kiinnostuksen uuden oppimiseen etäohjausmenetelmien suhteen ja etäohjaustaitoja pidettiin tärkeinä erityisesti tulevaisuuden osalta.

Sähköisten palveluiden käytön haasteena on, ettei niitä aina ole suunniteltu vastaamaan hoitajan tai potilaan tarpeisiin (Fagerström, Tuvešson, Axelsson & Nilsson 2017). Vehko ym. (2018) tutkimuksessa terveysalan ammattilaiset kokivat, että tietojärjestelmien käyttöön liittyvän palautteenantomahdollisuudet olivat vähäiset. Tulevaisuudessa terveysalan ammattilaisten palaute tietojärjestelmistä tulisi huomioida näiden kehittämisessä (Vehko ym. 2018) ja sähköisten järjestelmien toiminnallisuutta tulisi edistää (Saranto ym. 2020).

Koivisto ym. (2019) tutkimuksessa työterveysalan ammattilaiset suhtautuivat enimmäkseen myönteisesti teknologiaan ja etäpalveluiden käyttöön. Hyvinvointiteknologian käyttö on sekä asenne että osaamiskysymys (Laaksonen, Laitinen & Hiilamo 2020). Teknisten laitteiden tulisi olla mahdollisimman helppokäyttöisiä, jotta näitä pystyisi käyttämään perusdigitaidoilla (Leveälähti ym. 2019; Söderlund & Vellonen 2019). Erityisesti tekniikan ongelmatilanteissa digilaitteiden käyttö voi viedä aikaa hoitotyöltä ja potilaan kohtaamiselta, ja tästä syystä terveysalan ammattilaiset toivovat käyttäjäystävällistä hyvinvointiteknologiaa (Leveälähti ym. 2019).

5.2 Etävastaanottotoiminnan positiiviset kokemukset

Etävastaanottotoiminnan avulla on mahdollista säästää aikaa ja matkakuluja sekä asiakkailta että hoitohenkilökunnalta (Ahmadinia & Eriksson-Backa 2020; Koivisto ym. 2019; Xu, Pujara, Sutton & Rhee 2018) sekä vähentää potilaiden työpoissaoloja. Lisäksi sairaala- ja tarvikekulojen vähennykset ovat mahdollisia. (Iyengar ym. 2016.) Etävastaanottotoiminnan avulla voidaan helpottaa hoitoon pääsyä (Ahmadinia & Eriksson-Backa 2020; Koivisto ym. 2019), sillä ajasta ja paikasta riippumaton palveluntarjonta lisääntyy. Etävastaanottotoiminta lisää potilaiden mahdollisuuksia valita terveydenhuoltohenkilöstö (esimerkiksi kielen vuoksi) ja tarjoaa potilaille mahdollisuuden ottaa välitön yhteys terveydenhuoltohenkilöstöön sekä tietyn alan asiantuntijaan. (Iyengar ym. 2016.) Etäpalveluiden avulla on myös mahdollista parantaa asiakastyön laatua ja työn sujuvuutta (Koivisto ym. 2019).

Etäpalveluiden käytöstä diabeteshoitotyössä on todettu olevan sekä psyykkisiä että fyysisiä terveyshyötyjä. Yhteydenottokynnyksen madaltuminen ja yhteydenoton helpottuminen olivat positiivisia käyttöön liittyviä kokemuksia (Lie, Karlsen, Graue & Oftedal 2019; Koivunen, Rautavirta ja Asikainen 2016; Niemi ym. 2016; Koivisto ym. 2019). Lie ym. (2019) tutkimuksessa sekä potilaat että hoitajat kokivat hyvänä asiana joustavan ja avoimen vuorovaikutussuhteen sekä vastavuoroisen ymmärryksen kehittymisen etähoitosuhteessa (Lie ym. 2019). Vest ym. (2017) tutkimuksessa hoitajat kokivat tärkeäksi etäpalveluissa hoitaja-potilassuhteen kannalta luottamuksen kasvattamisen ja turvallisuuden tunteen vahvistamisen. Lisäksi sähköisten terveyspalveluiden avulla hoitajan oli mahdollista saada lisää tietoa diabetesta sairastavan psykososiaalisesta viitekehyksestä, joka vaikuttaa potilaan omahoitoon (Lie ym. 2019; Vest ym. 2017). Hoitohenkilökunta koki sähköisen vuorovaikutuksen hyvänä asiana mahdollisuuden hoitaa potilaita, joilla oli puhumiseen liittyviä vaikeuksia sekä potilaan mahdollisuuden tarkistaa sähköisestä viestistä ohjeet uudelleen. Nopeat sovellukset ja näiden helppokäyttöisyys edistivät sähköistä vuorovaikutusta (Niemi ym. 2016.)

Etähoidon fyysisiä terveyshyötyjä diabetesta sairastavilla olivat verensokeritasapainon paraneminen ja painonpudotus (Vest ym. 2017; Jordan, Lancashire & Adab 2011; Odnoletkova ym. 2016), kolesteroliarvojen paraneminen (Odnoletkova ym. 2016) sekä verenpaineen lasku (Jordan ym. 2011). Lisäksi diabeteshoitajien puhelinneuvonnan avulla oli mahdollista vähentää potilaiden akuutteja hoitokäyntejä (Evans, Richardson, Dhatarya & Sampson 2012). Jordan ym. (2011) tutkimuksessa todettiin puhelinohjauksen vaikutuksen olevan tehokkain potilailla, joilla oli huonompi lähtötilanne.

Etähoidon avulla on mahdollista tehostaa diabetesta sairastavan omahoitoa (Vest ym. 2017). Endokrinologin etävastaanotto on todettu toimivaksi menetelmäksi saavuttaa HbA1c arvon lasku (Toledo, Ruppert, Huber ja Siminerio 2014; Xu ym. 2018). Tämän lisäksi etähoidolla saavutettiin korkea asiakastyytyväisyys ja korkea vastaanotoille osallistumisen määrä (Xu ym. 2018). Tyypin 2 diabetekseen vastasairastuneiden ohjaus etävastaanottojen tai sähköisten palveluiden avulla on mahdollista toteuttaa yhtä tehokkaasti kuin vastaanotolla tapahtuva ohjaus (Pacaud, Kelley, Downey & Chiasson 2012). Hsu ym. (2016) tutkimuksessa

perusinsuliinihoidon aloitus etämenetelmien avulla johti suurempaan HbA1c arvon laskuun ja lisääntyneen hoidon tyytyväisyyteen kontrolliryhmään verrattuna, lisäksi terveydenhuoltohenkilöstö vietti vähemmän aikaa potilaiden kanssa interventioryhmässä. (Hsu ym. 2016.) Vuorinen (2019) tutkimuksen mukaan yhdessä etämittaamiseen liitetyn käyttäytymisteoriaan perustuvan palauteviestitoiminnan kanssa HbA1c arvo kääntyi laskuun. Potilaan elämäntapojen muutoksen kannalta on tärkeää saada reaaliaikaista ja muutosta tukevaa palautetta tehdyistä etämittauksista. Etämittausinterventiot saattavat lisätä sairaanhoitajien työmäärää, joten huolellinen suunnittelu, resurssien varmistaminen ja interventioon sopivien potilaiden valinta on tärkeää. (Vuorinen 2019.)

Etävastaanotot mahdollistavat potilastapaamiset normaalin työajan ulkopuolella, ja tähän liittyy myös terveysalan työntekijän lisätyön sekä lisäänsion mahdollisuus (Iyengar ym. 2016). Myös Koivisto ym. (2019) tutkimuksessa työterveyshenkilöstö nosti esiin etäpalveluiden myönteisenä asiana työskentelytapojen monimuotoisuuden lisääntymisen sekä työn tekemisen ajasta ja paikasta riippumattomuuden. Etätyötä on tehty sosiaali- ja terveysalalla vain vähän muihin aloihin verrattuna (Miettinen 2020). Etätyö on Suomessa koettu työntekijöiden näkökulmasta työn tuottavuuden ja työrauhan kannalta hyväksi asiaksi, mutta samalla työntekijöistä suurin osa kertoi kaivanneensa työkavereitaan (Blomqvist ym. 2020).

5.3 Etävastaanottotoiminnan haasteet

Etävastaanottotoiminnan haasteet liittyvät rahoitukseen, tietoturvaan, tulosten arviointiin sekä toimintalinjojen kehitykseen (Ahmadinia & Eriksson-Backa 2020). Etäpalveluiden käytön haasteena ovat myös ammattilaisten ja potilaiden riittämättömät taidot teknologian käyttöön liittyen sekä ajanpuute uuden oppimiselle (Koivisto ym. 2019; Öberg ym. 2018). Terveysalanammattilaisten taidot teknologian käyttöön liittyen vaihtelevat, sillä osa käyttää hyödyntää teknologiaa työssään vielä rajoitetusti ja tarvitsee runsaasti opetusta aiheesta, kun taas osalla oppimistarpeet liittyvät lähinnä tietojen päivittämiseen (Koivisto ym. 2019). Etäpalveluiden kehittämisen haasteena voi olla myös kehittämistyöhön liittyvä epävarmuus ja epäselvä johdon visio etätyön tavoitteiden ja hyödyllisyyden suhteen.

Lisäksi moniammatillista yhteistyötä hyödynnettiin etäpalveluissa vain vähän. (Karppi & Koroma 2021.)

Hoitohenkilökunnalla on ollut huolta siitä, että etäyhteyden avulla muodostettu vuorovaikutussuhde saattaa jäädä etäisemmäksi, kasvokkain kohtaaminen vähenee ja asiakassuhteen rakentuminen vaikeutuu (Koivisto ym. 2019; Lie ym. 2019). Myös Kunnari ja Koivula (2018) totesivat etäisen vuorovaikutussuhteen olevan haaste sähköisten palveluiden käytön kannalta. Kommunikointi kirjoittamalla koettiin haavoittuvammaksi vuorovaikutuksen muodoksi, sillä potilaan ymmärtämisen arvioiminen ei ollut mahdollista ja hoitajilla oli huolta mahdollisista väärinymmärryksistä (Lie ym. 2019; Niemi ym. 2016). Myös Fagerström ym. (2017) katsauksessa nousi esiin hoitohenkilökunnan huoli siitä, että sähköisessä viestinnässä saattaa jäädä huomioimatta vihjeitä sanattoman viestinnän osalta.

Sähköisten palveluiden käyttöön liittyvät tekniset vaikeudet ovat etäpalveluiden yksi haaste (Kunnari & Koivula 2018; Koivisto ym. 2019). Hoitohenkilökunta on kokenut myös puutteellisen yksityisyyden suojan (Kunnari & Koivula 2018) ja tietoturvaan liittyvät ongelmat haasteena (Niemi ym. 2016; Koivisto ym. 2019). Hoitohenkilökunta koki sähköisen kommunikaation käytön kannalta haastavimpina osana potilaiden henkilökohtaiset ominaisuudet, joita olivat esimerkiksi potilaan ikä, terveydentila, mielenterveysongelmat sekä vaikeudet käyttää palveluita (Niemi ym. 2016). Vaikka etäpalveluiden myötä palveluiden saavutettavuuden paraneminen nostetaan esiin hyvänä asiana (Lie ym. 2019; Koivunen ym. 2016; Niemi ym. 2016; Iyengar ym. 2016), hoitohenkilöstö kuitenkin koki asiakkaiden odotukset jatkuvasti tavoitettavissa olosta kielteisenä (Koivisto ym. 2019).

6 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä tarjoaa mahdollisuuden tutkia asiaa tai ilmiötä kokonaisvaltaisesti valitsemastaan näkökulmasta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2010, 160–161). Laadullisella tutkimusmenetelmällä tutkitaan merkityssuhteita sekä tutkittavan kokemuksia ja käsityksiä koetusta todellisuudesta (Vilkkä 2015, 118). Yleistämisen sijaan laadullisella tutkimuksella pyritään saamaan syvälinen ymmärrys ilmiöstä tai asiasta, ja ymmärryksen tuotoksena syntyy vähitellen teoria eli yleistys ilmiöstä. Kvalitatiivinen tutkimus sopii tilanteisiin, joissa tutkimusaiheesta ei ole tietoa tai tehty tutkimusta. Laadullisen tutkimuksen piirteitä ovat lisäksi tutkijan aktiivinen rooli aineiston kerääjänä, tutkijan vuorovaikutussuhde tutkittaviin aineiston keräämisen yhteydessä sekä huomion keskittyminen tutkittavien näkemyksiin. Myös tutkimusaineisto voi olla monilähteistä, kuten haastatteluja, tekstiä tai kuvia. (Kananen 2017, 32-34, 44.)

Laadullisen tutkimuksen objektiivisuus muodostuu tutkimusprosessin aikana tehtyjen valintojen ja tulosten perustelemisesta, tieteellisten menetelmien käyttämisestä aineiston keruun ja analysoinnin yhteydessä, objektiivisuudesta tutkimuksen teossa sekä aineiston huolellisesta dokumentaatiosta (Kananen 2017, 80). Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jotta voidaan ymmärtää syvällisemmin tutkittavien näkemys ja omakohtaiset kokemukset tutkittavaan ilmiöön liittyen. Tutkimusta etävastaanotoista diabeteshoitajien näkökulmasta on tehty vähäisesti, joten laadullinen tutkimusmenetelmä sopi hyvin menetelmäksi. Tutkimuslupa saatiin tammikuussa 2021. Kuvio 1 kuvaa opinnäytetyöprosessin etenemistä.

KUVIO 1. Opinnäytetyöprosessin eteneminen



6.2 Aineiston keruu

Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä sopii menetelmäksi, kun halutaan saada tutkittavien näkökulma esiin. Haastattelussa haastateltavan on mahdollisuus tuoda näkemyksiään esiin vapaasti ja tätä kautta tietojen syventäminen sekä lisäkysymysten esittäminen on mahdollista. (Hirsjärvi ym. 2010, 205.) Haastattelu suuntautuu usein menneeseen aikaan. Haastattelut koostuvat sanoista, lauseista ja eleistä, joiden merkitykset voivat olla monitahoisia. (Kananen 2017, 89.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston keräämiseksi hyödynnettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelussa tutkija määrittelee ennen aineiston keräämistä tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset teemat, mutta näiden käsittelyjärjestys haastattelun aikana on vapaa (Vilkkä 2015, 124). Teemahaastattelujen kautta tutkija pyrkii muodostamaan käsityksen ilmiöstä ja avaamaan tätä teemojen avulla. Tutkijan on mahdollista teemojen ja kysymysten asettelulla vaikuttaa tutkimusaineiston tietomäärään, laatuun ja syvyyteen. Tutkijalla tulee olla teemojen muodostamiseksi ennakkonäkemyks tutkittavasta ilmiöstä. (Kananen 2017, 90-92, 96.)

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla diabeteshoitajia keväällä 2021. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina edeltä valittujen teemojen pohjalta. Ennen haastattelujen tekoa tehtiin aiheeseen liittyvä tiedonhaku teemojen muodostamiseksi. Haastatteluiden pohjana käytetyt teemat olivat etävastaanottotoimintaan liittyvät kokemukset, sähköisten työvälineiden käyttö etävastaanottotoiminnassa sekä etävastaanottotoiminnan kehittäminen. Tutkimusaineisto kerättiin videohaastattelujen avulla ja haastattelut toteutettiin siinä järjestyksessä, missä halukkaat osallistujat olivat ottaneet yhteyttä tutkijaan. Aineisto koostui kahdeksasta haastattelusta ja haastattelut oli tarkoitus päättää, kun aineisto saturoituu eli kyläläntyy. Tutkimusaineiston saturaatiolla tarkoitetaan samojen asioiden toistumista aineistosta (Hirsjärvi ym. 2010, 182) eli haastattelut eivät enää tuota uutta tietoa. Tässä opinnäytetyössä haastateltiin kaikki tutkijaan yhteyttä ottaneet diabeteshoitajat.

Tutkimusaineisto koostui tutkimushaastatteluista, ja haastattelut nauhoitettiin. Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin sanallisesti puhtaaksi eli litteroitiin word-tiedostolle, ja jokainen haastattelu käytiin läpi vähintään kahdesti litteroinnin oikeellisuuden varmistamiseksi. Nauhoitteet poistettiin heti litteroinnin jälkeen. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 41 sivua, kun käytössä oli fonttikoko 11 ja riviväli 1. Tutkimusaineisto tallennettiin word-tiedostoina sekä tutkijan henkilökohtaisen (TAMK) OneDrive-pilvipalveluun että muistitikulle. Pääsy kyseiseen OneDrive-pilvipalveluun vaati vahvistetun sisäänkirjautumisen turvallisuuden varmistamiseksi ja muistitikku säilytettiin lukitussa tilassa. Tutkimusaineisto oli ainoastaan tutkijan käytössä, ja tutkimusaineisto tuhottiin tutkimusraportin valmistumisen jälkeen asianmukaisesti.

6.3 Tutkimuksen osallistujat

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Diabeteshoitajat ry:n kanssa. Diabeteshoitajat ry:n kautta lähetettiin yhdistyksen jäsenille sähköpostiviesti, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä (Liite 1. Tiedote tutkimuksesta) ja pyydettiin halukkaita osallistujia ottamaan yhteyttä tutkijaan. Kriteerinä osallistumiseen oli, että haastateltava oli tehnyt diabeteshoitotyöhön liittyvää etävastaanottotyötä kuluneen vuoden ai-

kana. Tiedote opinnäytetyöstä lähti Diabeteshoitajat ry:n jäsenille kahteen kertaan, lisäksi tämän jälkeen Diabeteshoitajat ry tiedotti mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen yhdistyksen Facebook-sivuilla. Tutkimukseen osallistuvia pyydettiin täyttämään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta) ja lähettämään tämä allekirjoitaneelle. Suostumuslomakkeet tutkimukseen osallistumisesta säilytettiin tutkimusraportin julkaisemiseen asti ja tuhottiin tämän jälkeen asianmukaisesti.

6.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on metodi tutkimusaineiston merkitysten ja kokonaisuuksien ymmärtämiseksi (Vilkka 2015, 163–164). Analyysivaiheessa tutkija käy läpi tutkimusaineiston, merkitsee ja erottelee tutkimusaiheen kannalta oleelliset asiat, luokittelee ja teemoittaa aineiston sekä kirjoittaa tästä yhteenvedon. Litteroinnin jälkeen aineisto tiivistettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on kerätyn aineiston pelkistäminen, jossa jätetään tutkimuksen kannalta tarpeeton tieto pois. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104, 123.) Tutkimusongelma toimii aineiston luokittelussa rajaavana tekijänä (Kananen 2017, 132).

Pelkistetyistä ilmaisuista etsitään yhtäläisyyksiä, ja havaintoja lähdetään yhdistelemään (Alasuutari 2011, 40). Samaa asiaa kuvaavat pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään eri luokiksi. Pelkistettyjen ilmaisujen havainnoista yhdisteltiin alakäsitteitä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen tehdään aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi, jossa edetään alkuperäisestä tutkimusaineistosta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-125.) Alakäsitteiden avulla muodostettiin yläkäsitteitä, jotka vastasivat tutkimusongelmaan. Vilkka (2015) mukaan aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineisto jaetaan osiin ja tutkimuskysymysten pohjalta aineisto ryhmitellään uusiin kokonaisuuksiin, joista luodaan yläkäsitteitä. Aineiston luokittelun jälkeen tulokset analysoidaan teoreettisen viitekehyksen avulla ja aineistoa verrataan aiempiin tutkimustuloksiin. (Vilkka 2015, 163–164.) Esimerkki sisällönanalyysistä löytyy taulukosta 1.

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla 2021 kevään ja kesän aikana. Tutkimusraportti valmistui syksyn 2021 aikana. Tutkimusaineisto käsiteltiin anonymisti, jotta tutkimukseen osallistuneita ei voida tunnistaa. Tästä syystä tutkimusaineistosta on poistettu tutkittavan liittyviä tunnistettavia tietoja, ja sen sijaan käytetty yleisiä termejä tai viittauksia esimerkiksi sairaanhoitopiirin toimintaan.

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
-- pitää ottaa etänä se kontakti niin silloin hän keskittyy siihen potilaaseen eikä vaan tuijota niitä papereita	Etäkontaktissa keskittyy potilaaseen papereiden tuijottamisen sijaan	Vuorovaikutus etäyhteyden välityksellä	Asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä	Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanotto-toiminnasta
-- kun näkee niin kylhän sitä havainnoi aina että ymmärsikö toinen --kasvojen ja eleitten mukaan	Ihmisen näkeminen auttaa havainnoimaan, ymmärsikö toinen			
-- silloin sitä, se tuli niin hirveellä rytinällä et me oltiin ihan niinku silleen apua kääk, mitä me niinku tehdään, miten me tätä toteutetaan	Etävastaanotto-palvelu aloitettiin niin nopeasti, että hirvitti, kun ei tiedetty miten toiminta järjestetään	Etävastaanottoon liittyvät tunteet		
-- näitä on nyt niin paljon ettei enää jännitä, mut alussa kyllä hermostutti et jos se yhteys katkee, niin mitä minä teen	Etävastaanoton pitäminen ei enää jännitä, mutta aluksi huoletti mahdollinen yhteyden katkeaminen			

7 TULOKSET

Tutkimukseen osallistui kahdeksan diabeteshoitajaa. Haastatellut diabeteshoitajat työskentelivät sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabetesta sairastavien parissa. Osa haastatelluista työskenteli aikuisten ja osa lasten hoidossa. Haastateltavat olivat eri puolilta Suomea ja osa työskenteli yksityisellä ja osa julkisella sektorilla. Julkisen sektorin haastateltavista mukana oli sekä terveysaseman että erikoissairaanhoidon työntekijöitä. Osa haastateltavista oli tehnyt etävastaanottoja itsenäisesti puhelimen- tai videopuhelun välityksellä. Osa haastateltavista kertoi toimivansa diabeteslääkärin työparina ja näitä yhteisvastaanottoja toteutettiin erilaisilla toimintamalleilla. Toisaalla diabetesta sairastavat tulivat diabeteshoitajan vastaanotolle ja tästä otettiin videoyhteys diabeteslääkäriin. Toisaalla taas diabeteshoitaja ja diabeteslääkäri työskentelivät samassa työpisteessä, ja asiakas oli etävastaanotolla kotoa käsin. Lisäksi käytettynä toimintamallina oli diabeteshoitajan käynnin perusteella valmisteltu konsultaatio etädiabeteslääkärille hoitosuunnitelmasta ja hoidon jatkosta. Haastateltavien kokemuspohja etävastaanottotoiminnasta vaihteli, osa diabeteshoitajista oli tehnyt etävastaanottotyötä jo useiden vuosien ajan ja osa noin vuoden ajan. Suurin osa haastateltavista kertoi, että COVID-19 pandemia keväällä 2020 oli lähtökohta etävastaanottotoiminnan aloittamiseen.

7.1 Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta

Diabeteshoitajien kokemukset etävastaanottotoiminnasta muodostivat viisi erilaista teemaa, joista muodostuivat yläluokat *tarve laajentaa palveluntarjontaa, toimintaan liittyvät ongelmat, toiminnan positiiviset puolet, asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä ja ammattitaito asiakastyön lähtökohtana*. Nämä yläluokat vastasivat ensimmäiseen tutkimustehtävään. Taulukko 2 kuvaa ylä- ja alaluokkien muodostumista.


TAULUKKO 2. Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta

<p>Tarve laajentaa palveluntarjontaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Pandemian vaikutus palveluntarjontaan •Etäyhteyden avulla tarjottavien palveluiden lisääntyminen •Tekniset ratkaisut toiminnan taustalla
<p>Toimintaan liittyvät ongelmat</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Käytännön toiminnan haasteet •Fyysisen tutkimisen mahdottomuus •Tekniset ongelmat
<p>Toiminnan positiiviset puolet</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Toimiva palvelumuoto vastaanottokäyntien rinnalla •Turvallisuus ja toiminnan ylläpitäminen pandemiasta huolimatta •Etätyön mahdollisuus •Korkea asiakastytyväisyys
<p>Asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Vuorovaikutus etäyhteyden välityksellä •Etävastaanottoon liittyvät tunteet
<p>Ammattitaito asiakastyön lähtökohtana</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Hoitajan rooli etävastaanoton onnistumisessa •Työkokemus auttaa taustalla •Etävastaanoton asiakasvalinta asiakastuntemuksen perusteella

7.1.1 Tarve laajentaa palveluntarjontaa

Yläluokasta tarve laajentaa palveluntarjontaa muodostuivat alaluokat *pandemian vaikutus palveluntarjontaan, etäyhteyden avulla tarjottavien palveluiden lisääntyminen* sekä *tekniset ratkaisut toiminnan taustalla* (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Tarve laajentaa palveluntarjontaa


 Tarve laajentaa palveluntarjontaa

- Pandemian vaikutus palveluntarjontaan
- Etäyhteyden avulla tarjottavien palveluiden lisääntyminen
- Tekniset ratkaisut toiminnan taustalla

Pandemian vaikutus palveluntarjontaan

Osa diabeteshoitajista kertoi, että COVID-19 pandemia oli merkittävä lähtötekijä etävastaanottotoiminnan aloittamiseen. Aiemmin oli tehty puhelimesta esimerkiksi lyhyitä yhteydenottoja, mutta epidemian myötä käynnistyi varsinainen etävastaanottotoiminta. Osa vastaajista sai 2020 maaliskuun lopulla johtotasolta ohjeistuksen etävastaanottotoimintaan siirtymisestä, ja haastatteluja tehdessä etävastaanottoja oli tehty vajaan vuoden ajan. Toiset taas olivat tehneet etävastaanottoa jo useamman vuoden ajan, eikä pandemia ollut vaikuttanut toiminnan järjestämiseen. Diabeteshenkilöstön kerrottiin olevan edelläkävijä etävastaanottoiminnan järjestämisessä jo vuosien ajan, ja muilta aloilta tehtiin toimintaan liittyviä tutustumiskäyntejä. Digitalisaation kannalta suurena muutoksena koettiin Omakanta-palvelun käyttöönotto vuonna 2016, mikä myös osalla edelsi etäyhteydenpidon kehittymistä.

– – tämän koronan myötä on niinkun aktiivisemmin tullut ku vuosi sittenhän ku alko nää koronarajoitukset – – niin piti nämä live-vastaanotot lopettaa kokonaan et potilaita ei saanut kutsua vastaanotolle – –

– – meillä oli kyllä niinku yli 80% vastaanotoista oli etävastaanottoja huhti-toukokuun [2020] ajan – –

[Diabeteshenkilöstö] On ollut minun mielestä edeltäkävijä tässä [etävastaanotoissa], meitä käytiin aina ihmettelemässä ja tutustumassa välillä että miten se toimii – –

Diabeteshoitajat kertoivat esimerkkejä siitä, mitä käyntejä oli muutettu etävastaanotoiksi. Diabeteshoitajien välikontrolleja ja diabeteslääkäreiden vuosikontrolleja oli tehty etäyhteyden välityksellä, ja myös ensikäyntejä oli järjestetty etävastaanottona. Osa koki tärkeäksi sen, että diabeteshoitajan vuosikäynti tehtiin tavallisena vastaanottokäyntinä, erityisesti jos potilas kävi vain kerran vuodessa diabeteshoitajalla. Diabeteshoitajan vastaanotolla koettiin olevan paljon silmin havainnoitavaa, ja tästä syystä näiden käyntien muuttaminen etävastaanotoksi mietitytti. Diabeteshoitajat pohtivat vastauksissaan sitä, ettei aina voi järjestää etävastaanottoa, vaan välillä olisi hyvä tulla myös fyysiselle vastaanotolle. Esimerkiksi ehdotettiin joka toisen käynnin järjestämistä etäyhteydellä ja joka toisen fyysisenä vastaanottona. Diabeteshoitajat kertoivat myös tehneensä etävastaanottoja siitä syystä, ettei ollut mahdollisuutta tarjota aikaa fyysiselle vastaanotolle. Osa kertoi tarjonneensa asiakkaille mahdollisuutta valita etävastaanoton ja fyysisen vastaanoton välillä.

– – vuosikontrolleja ajatellen niin – – jotenkin tuntuu et kyllä sen ihmisen haluais niinku nähdä, nähdä sen ihan livenä eikä vaan kuulla ääntä.

– – kolmisen tuntia yhteen suuntaa ajjaa, se on kuus tuntia ajomatkaa ja sit oot siellä jonkun 15 minuuttia niin en yhtään ihmettele jos välillä mietityttää et hoituu täysin hyvin etänä välikontrollit. On joskus vuosikontrollikin et ovat käyneet niissä vuosikontrollilabroissa – –

Et silleen mä oon miettiny, et jos mun ei tarvii koskea asiakkaaseen, et jos on sellanen käynti niin silloin hänen ei tarvitse fyysisesti tulla. Mut sit jos mun pitää niinku koskea, niin sithän pitää olla paikan päällä.

Etäyhteyden avulla tarjottavien palveluiden lisääntyminen

Diabeteshoitajat kertoivat etävastaanottopalvelua järjestävistä organisaatioista esimerkkejä. Osa etävastaanotoista tehtiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä, osassa etäpalvelun tuottajana oli yksityinen terveydenhuollon yksikkö. Lisäksi diabeteshoitajat toivat esiin esimerkkejä siitä, millä muilla aloilla oli lähdetty käynnistämään etävastaanottoa.

– – nyttenhän meillä on neurologin vastaanotot on etänä ja psykiatriankin on välillä etänä, ei tämä ole ainut et sillon kun mä aloittelin niin oli varmasti ainut kauan, mutta sitten ne on lisääntynyt – –

Diabeteshoitajat kertoivat etävastaanoton tapahtuvan puhelin- tai videoyhteyden välityksellä. Lisäksi toimintamallina oli etädiabeteslääkärin konsultointi sähköisten työvälineiden avulla. Osalle diabeteshoitajista etävastaanotto tarkoitti puhelinvastaanottoa, osa oli tarjonnut asiakkaille puhelin- tai videovastaanoton mahdollisuutta. Osa koki, ettei diabeteshoitajan etävastaanotolle ollut ilmennyt tarvetta, sillä asiakkaat olivat mielellään tulleet hoitajan fyysiselle vastaanottokäynnille. Näissä tilanteissa diabeteslääkärin käynti toteutui etämenetelmien avulla. Diabeteshoitajat kertoivat myös diabeteslääkäreiden tehneen etävastaanottoja sekä puhelimen että videoyhteyden välityksellä. Osa diabeteshoitajista oli sitä mieltä, että etävastaanotolla tarkoitetaan nimenomaan videon välityksellä tapahtuvaa vastaanottoa, ja puhelut ovat enemmän nopeiden asioiden hoitoa varten. Osa koki tärkeäksi näköyhteyden asiakkaan kanssa. Vastaajat kertoivat, että diabeteshoitotyöhön kuuluu tällä hetkellä runsaasti eri laitteiden kanssa työskenteilyä, ja videoyhteys nähtiin vain yhtenä lisänä muiden laitteiden joukossa. Lisäksi videoyhteyden koettiin helpottavan työtä.

– – joittenkin potilaitten kohalla se [puhelinvastaanotto] toimii ihan hyvin ja jos se potilas on hyvin siihen valmistautunut et se muistaa sen soittoajan, et se on sovittu ettei se sitten vastaa jostakin lenkiltä tai jostakin auton ratista. Että hänellä on sitten ne kotiseurannat siinä ja lääkelistat ulottuvilla – –

Jos on puhelu, niin kumpikaan ei näe toistansa, sit vaan niinku sanotaan et kato se päivä, se kakskytyks, huomaaksä siinä kello, sä selität sitä asiaa ja toinen siellä toisessa päässä yrittää samaa. Se ei ole etävastaanotto – – mä en ihan ehkä ymmärrä minkä takia tätä [videovastaanottoa] vierastetaan – – miksi se puhelu ois jotenkin niinku ihan ok mutta tämmönen [video] etävastaanotto ei – – mä en vaan ymmärrä sitä mutta tota se riippuu varmaan ihmisistä siinäkin.

Diabeteshoitajat kertoivat huomanneensa puhelintyön lisääntyneen. Puhelimen avulla hoidettiin sovittuja soittoja esimerkiksi lääkärin konsultaatiovastauksista asiakkaille, insuliiniannosten säätöä glukosisensorikäyrien tai verensokerimittarien omaseurannan perusteella sekä lääkehoidon ohjaukseen ja laboratoriotuloksiin liittyviä soittoja. Osalle puhelinvastaanoton tarkoituksena oli tukea asiakkaan kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään. Joskus puhelinasiointi nopeutti asioiden läpikäyntiä, toisaalta puhelinvastaanotto saattoi kestää yhtä pitkään kuin fyysinen vastaanotto. Osa soittoista oli etukäteen sovittu, ja lisäksi käytössä oli myös puhelinaikoja, jolloin asiakkaat saivat mahdollisuuden soittaa suoraan hoitoyksikköön.

Miulla on lisääntynyt se puhelintyö ja on puhelimesta yritetty hoitaa niin paljon kuin mahdollista – –

Diabeteshoitajat kertoivat myös esimerkkejä muusta toiminnasta, jota oli järjestetty etäyhteyksien avulla. Näitä olivat erilaiset ryhmät, kuten painonhallinta ja vastasairastuneiden ryhmä sekä nuorten hoidon siirtoon aikuispuolelle opastava ryhmä. Etäryhmien avulla oli tarkoitus tarjota asiakkaille tietoa ja vertaistukea, mutta tätä ei koettu samana asiana kuin ryhmän järjestäminen paikan päällä. Pandemiatilanne esti ryhmien järjestämisen fyysisenä tapaamisena, ja tämä koettiin suurena puutteena. Ryhmätoiminnan koettiin kärsineen pandemiatilanteesta vastaanottotoimintaa enemmän. Pandemia vaikutti myös siihen, että tapaamisia muiden alueiden diabeteshoitajien kesken oli ollut vain vähän. Etäyhteyksiä oli hyödynnetty myös insuliinipumppujen käytön opastukseen ja insuliinipumppujen vaihdon yhteydessä. Lisäksi koulujen tai päiväkotien henkilökuntaa oli koulutettu etäyhteyksien välityksellä.

Et kyl me ollaan pyritty niinku näitä mitä meillä on ollut, kun ei ole enää mahdollista pitää sitä ryhmää täällä niin ei olla silti haluttu luopua siitä toiminnasta, vaan ollaan sitten otettu käyttöön se Teamsin kautta – –

Tekniset ratkaisut toiminnan taustalla

Diabeteshoitajat kertoivat useita esimerkkejä eri alustoista, joita oli käytetty videovastaanottojen järjestämiseksi. Osa alustoista oli koettu hankaliksi käyttää ja

lisäksi yhteyksien suhteen oli ongelmaa. Alustan valintaan vaikutti myös mahdollisuus tehdä ryhmävastaanottoa, alustan käyttöön liittyvät tietosuojasi asiat sekä vaatiko alustan käyttö vahvaa tunnistautumista. Teams-sovelluksen käytöstä etävastaanotolla oli positiivisia kokemuksia. Kun asiakkaille oli tarjottu mahdollisuutta valita eri alustoista, mitä videovastaanoton pitämiseksi käytetään, oli suurin osa valinnut käyttöön Teams-sovelluksen. Diabeteshoitajien mukaan tämä johtui siitä, että Teams-sovelluksen käyttö koettiin helpoksi ja tämä oli tullut ihmisille tutuksi.

Diabeteshoitajat kertoivat myös muista etävastaanottoon liittyvistä teknisistä apuvälineistä tai ohjelmista. Verensokerimittareiden, insuliinipumppujen ja glukosensoreiden tiedot purettiin etävastaanottoa varten erilaisiin pilvipalveluihin, joista tietojen tarkastelu oli mahdollista. Videovastaanoton aikana koettiin käteväksi mahdollisuus jakaa näyttöä asiakkaalle glukosensoreiden tai insuliinipumppujen tietoihin liittyen. Diabeteshoitajilla oli myös käyttökokemusta laitteista, jotka lähettivät automaattisesti puhelinsovelluksen avulla tietoja pilvipalveluun, ja nämä koettiin käteviksi. Perinteinen tehostettu omaseurantajakso verensokerimittarilla tehtynä koettiin riittämättömäksi kokonaisuuden hahmottamisen kannalta.

– – me voidaan yhdessä katsoa, kaikki näkee samat asiat. Me voidaan jakaa pumpun purkua, sensoridataa muuta, joko niin että perheellä on itellään myöskin niinku auki siellä itellänsä tai sitten me jaetaan se ja me katotaan – –

– – tuntuu nykyään jo silleen vähän niinku hurjalta kun joku tulee vaan sen kolmen päivän omaseuranta lappusen kaa, niin sit on vähän silleen et mitäs mä tästä osaan oikeen sanoa kun tää on nyt vaan tän hetken tilanne – –

Diabeteshoitajat kokivat, että etävastaanotolla pystyy tekemään melko paljon, kun potilastietojärjestelmän tiedot ovat käytettävissä. Etävastaanottojen tarkka kirjaaminen koettiin hyvin tärkeäksi. Etävastaanoton kirjaamisen tukena käytettiin rakenteista kirjaamista ja erilaisia fraaseja, joiden avulla kollegana työskentelevät

diabeteshoitajat kirjasivat samantyyppisesti. Lisäksi koettiin tärkeäksi, että diabeteshoitajan kirjauksesta käy selkeästi ilmi, että kyseessä on ollut etävastaanotto, jotta lääkäri voi tämän ottaa huomioon seuraavan käynnin yhteydessä.

– – tietysti tosi tärkeää on sitten se mitä se hoitaja sille kirjaa, koska [etä]lääkäri on ainoastaan sen varassa mitä hän sieltä sairauskertomuksesta tai diabeteskertomuksesta sitten lukee, että sen mukaan hän sitten tekee niitä päätöksiä – –

Yhteydenpitoon asiakkaiden kanssa diabeteshoitajat käyttivät erilaisia sähköisiä asiointikanavia. Näitä esimerkiksi olivat Omaolo sekä potilastietojärjestelmään yhdistetty viestintäkanava, joiden kautta asiointi koettiin turvalliseksi ja luotettavaksi. Lisäksi asiointiin oli käytetty sähköpostia ja tekstiviestejä, mutta näiden käyttöön liittyen diabeteshoitajat toivat esiin huolen tietoturvan vaarantumisesta. Asiakkaita ohjattiin myös käyttämään Omakanta-palvelua. Lisäksi diabeteshoitajat kertoivat esimerkin siitä, että palveluntuottajalla oli käytössä oma sovellus, jonka kautta asiakkaan oli mahdollista ottaa yhteys lääkäriin tai liittyä etävastaanottoon.

– – sähköiset palvelut on niinku tosiaan kyllä ollu jo pitkään niinku mitä on tarjottu aktiivisesti asiakkaille elikkä just semmonen viestittely on sit siellä niinku turvallisempaa kuin että sähköpostilla tavallisella ihmiset kyselis sit omia asioitaan tai kommentois – –

– – meilläkin ohjataan paljon siihen, että katso sitten lääkärin kommentit Kanta-arkistosta. Ja osahan sitä käyttääkin ja on aktivoitunut varmaan tän koronan myötä senkin käyttö – –

7.1.2 Toimintaan liittyvät ongelmat

Yläluokka toimintaan liittyvät ongelmat piti sisällään alaluokat *käytännön toiminnan haasteet, fyysisen tutkimisen mahdottomuus* sekä *tekniset ongelmat* (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Toimintaan liittyvät ongelmat

<p>Toimintaan liittyvät ongelmat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Käytännön toiminnan haasteet • Fyysisen tutkimisen mahdottomuus • Tekniset ongelmat
--------------------------------------	---

Käytännön toiminnan haasteet

Etävastaanotto toimintaan liittyen oli koettu käytännön haasteita. Diabeteshoitajien mukaan osa asiakkaista oli etävastaanottoon todella hyvin valmistuneita, ja osa ei lainkaan. Puhelinvastaanotto koettiin toimivaksi tähän hyvin valmistautuneiden ja niin sanotusti helppojen asiakkaiden kohdalla. Puhelinvastaanoton onnistuminen riippui siitä, miten hyvin edeltävästi verensokerin kotiseuranta oli toteutettu, sillä ilman omaseurannan tuloksia diabeteshoitajalla ei ollut tietoa siitä, mistä puhua. Toisaalta sama ongelma tiedostettiin myös fyysisten vastaanottojen kohdalla.

– – samahan se on vastaanotollakin. Että jos se ei oo mitannut sokereitaan tai sillä ei oo niitä mukana, niin mitäpäsinä voit niitä sokereita arvioida tai verenpainetta tai mittään – –

Osalla diabeteshoitajista ei ollut käytössä omamittausvälineiden purkutietoja, ja näissä tilanteissa oli luotettava asiakkaan puhelimesta luettelemiin tietoihin. Diabeteshoitajat kertoivat kirjaavansa verensokerivihkoon potilaan luetteleamia arvoja, jotta verensokeritilanteen hahmottaminen olisi helpompaa. Insuliinihoidon ohjaus koettiin puhelimesta haasteelliseksi. Osa vastaajista taas koki insuliinin säädön helpoksi, jos glukoosikäyrät olivat näkyvillä pilvipalvelun kautta. Myös asiakkaan diagnoosi vaikutti kokemukseen puhelinvastaanotosta, sillä tyypin 1 diabetesta sairastavat ja monipistoshoitoiset asiakkaat koettiin vaikeammaksi kuin tyypin 2 diabetesta sairastavan tablettihoitoisen asiakkaan hoito. Vastaanotolla asiakkaan voimien arviointi koettiin näköyhteyden vuoksi helpommaksi, ja

lisäksi verensokerimittarista oli mahdollista selata mittaustuloksia. Etätoiminnan koettiin myös lisäävän hoitajan työtä selvästi.

Aina etävastaanotolla ei ollut mahdollista auttaa asiakkaita, mutta omahoidon tukeminen oli mahdollista sekä seuraavan ratkaisun miettiminen. Diabeteshoitajat kokivat etävastaanotot toimivana työmuotona, mutta esittivät kuitenkin toiveen siitä, etteivät kaikki kasvokkain tapaamiset jäisi tulevaisuudessa pois. Etävastaanotto ei sovi kaikille, ja lisäksi aina ei voida pitää etävastaanottoa. Diabeteshoitajat kokivat tärkeäksi, että välillä asiakas tulee fyysiselle vastaanottokäynnille.

– – se ei tarkoita sitä, että tästä lähtien kaikki vastaanottotoiminta on etänä. Sitä se ei tarkoita ja sellaseksi se ei koskaan niinku muodostu – –

Fyysisen tutkimisen mahdottomuus

Diabeteshoitajat kertoivat esimerkkejä siitä, mitä etävastaanotolla ei ole mahdollista tehdä. Näitä olivat esimerkiksi jalkojen tutkiminen, pistopaikkojen tarkistaminen sekä sydämen ja keuhkojen kuuntelu. Toisaalta esiin nousi myös mahdollisuus näyttää pistospaikat videoyhteyden välityksellä, mutta näiden sormin tunnistelu koettiin myös tärkeäksi.

Kaikkeehan ei pysty tekee, ei pysty vaikka jalkoja tutkimaan pulsseja tai tuntoja taikka tunnustelemaan pistospaikkoja, mutta oikeestaan kyllä kaiken muun pystyy tekemään.

Tekniset ongelmat

Diabeteshoitajat toivat esiin tekniikkaan liittyviä ongelmia. Esiin nousi esimerkkejä yhteysongelmista tai tietojärjestelmien toimintaan liittyvistä ongelmista, joita diabeteshoitajat olivat kohdanneet. Kuitenkin näihin tilanteisiin oli saatu apua, ja esimerkiksi videoyhteyden pettäessä oli etäkäynti hoidettu puhelinyhteyden avulla. Tekniikan käyttö ja järjestelmien jatkuva muuttuminen koettiin myös haasteelliseksi.

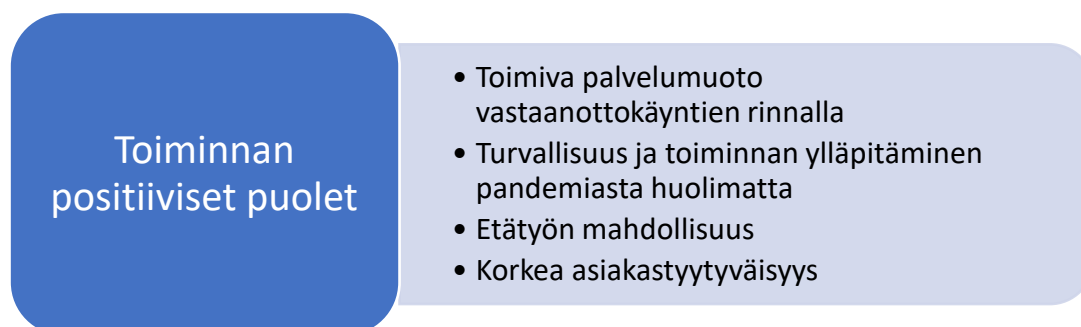
– – *Alussa oli kyllä tosi haastavaa, oli aika paljonkin niitä ongelmia mutta sitten ne kyllä selätettiin ja harvoin nyt on käynyt niin että yhteys ei olis toiminut* – –

Nettiyhteydet tulee pätkimään tulevaisuudessakin – – sille ei voida mitään

7.1.3 Toiminnan positiiviset puolet

Yläluokka toiminnan positiiviset puolet muodostui alaluokista *toimiva palvelumuoto vastaanottokäyntien rinnalla, turvallisuus ja toiminnan ylläpitäminen pandemiasta huolimatta, etätyön mahdollisuus ja korkea asiakastytyväisyys* (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Toiminnan positiiviset puolet



Toimiva palvelumuoto vastaanottokäyntien rinnalla

Diabeteshoitajilla oli positiivisia kokemuksia etävastaanottoimintaan liittyen eikä etävastaanoton koettu juuri eroavan tavallisesta vastaanotosta. Etävastaanotoilla oli mahdollista keskustella samalla tavoin kuin fyysisellä vastaanotolla ja etäyhteyden avulla toimiminen koettiin näppäräksi. Kun etävastaanottoja oli tehnyt enemmän, näiden pitämiseen muodostui rutiini ja videovastaanoton pitäminen koettiin helpoksi. COVID-19 pandemian aikana ihmiset olivat jo tottuneet etäkokouksiin ja webinaareihin, ja näiden käyttö koettiin osaksi arkipäivää. Etävastaanotot nähtiin erittäin tervetulleena uutena vastaanottomuotona ja pandemian seurauksena kehittyneenä positiivisena asiana. Etähoidon järjestämiseen oli varattu riittävästi työaika.

Tää on paras – – koronan aiheuttama muutos tähän työhön, ja ehdottomasti ja varmasti videovastaanotot tulee lisääntymään – –

– – kaikesta korona-kamaluudesta huolimatta, niin aina löytyy positiivisia asioita – –

Diabeteshoitajat arvioivat, että etävastaanottotoiminta on tullut jäädäkseen ja etätoiminta koettiin mielenkiintoisena. Esiin nousi myös ajatus siitä, että etävastaanotolta asiakas saattaa saada jopa enemmän tietoa ja lisäksi hoidon jatkuvuus voi tulla paremmin esiin. Etädiabeteslääkärin palveluista ja myös diabeteshoitajan ja diabeteslääkärin etäyhteisvastaanotoista oli todella hyviä kokemuksia. Etävastaanoton nähtiin madaltavan kynnyistä kontakteihin tai käynnin toteutumiseen, ja näiden koettiin sujuvan varsin hyvin.

– – se [etävastaanotto] on äärettömän hyvä siinä rinnalla ja vaihtoehtoinen niinku vastaanottomuoto – – mut se on hienoa et meillä on myös antaa vaihtoehto.

Turvallisuus ja toiminnan ylläpitäminen pandemiasta huolimatta

Diabeteshoitajat pitivät tärkeänä, että diabetesta sairastavien hoito jatkui pandemiatilanteesta huolimatta ja etävastaanottoja suositeltiin pidettäväksi COVID-19 pandemian vuoksi. Etävastaanotot koettiin turvallisena vaihtoehtona sekä asiakkaiden että hoitohenkilökunnan näkökulmasta, ja tällä oli diabeteshoitajille suuri merkitys.

– – et just kun silleen ei oikeen kukaan tienny et mitä tuleman pitää ja miten herkästi sitten tauti leviää ja muuta, niin koin silleen kaikille turvallisemmaksi sen että ei tarvii olla niinkun fyysisesti läsnä et asiakkaita ajatellen ja toki itseänikin – –

Yhteisvastaanottoa diabeteslääkärin kanssa pitäneiden diabeteshoitajien kommenteista nousi esiin, että hoitaja ja lääkäri työskentelivät mielellään eri huoneissa, jotta etävastaanoton aikana ei tarvitsisi käyttää maskia. Toisaalta mikäli työhuoneista oli pulaa, saattoivat diabeteshoitaja ja lääkäri työskennellä myös samassa huoneessa maskien kanssa. Osa yhteisvastaanotoista toteutettiin siten,

että diabeteshoitaja ja potilas olivat yhdessä vastaanotolla, ja lääkäri toimi etäyhteyden välityksellä.

Diabeteshoitajat olivat huomanneet, että etävastaanottojen avulla asiakkaat tavoitettiin paremmin. Esimerkkinä nousi esiin nuoret, jotka eivät aina muistaneet tulla vastaanotolle. Puhelimella oli mahdollista tavoittaa asiakkaat, joilta vastaanotto oli unohtunut. Etävastaanotto mahdollisti myös hoitokontaktin toteutumisen, vaikka asiakas olisi karanteenissa tai sairastunut. Aiemmin näissä tilanteissa aikaa oli jouduttu siirtämään ja vastaanottoajat menivät pitkälle, nyt etävastaanottojen etuna oli mahdollisuus pitää kiinni työaikataulusta ja hoitaa asiat ajallaan. Diabeteshoitajat toivat esiin diabeteslääkäreiden vapaiden vastaanottoaikojen rajoitetun määrän, ja vastaanoton siirtämisen sijaan pitämällä etävastaanotto voitiin säästää lääkäriaikoja.

– – siitä on äärettömästi etua ettei tarvii perua ja siirtää niitä aikoja. Ja saadaan tavallaan ne asiat hoidettua niinku ajallansa. Ettei joku asia viivästy pitkään sen takia että sitä aikaa joudutaan siirtämään –

Etätyön mahdollisuus

Etävastaanotto toiminnan etuina koettiin, ettei työ sido enää paikkaan ja näin ollen mahdollisti myös etätyön. Osa diabeteshoitajista kertoi haastatteluhetkellä tekevänsä osan viikosta töitä etänä kotoa käsin ja osan työpaikalla. Etätyön edellytyksenä oli, että potilastietojärjestelmä oli käytettävissä kotona. Etätyön hyvänä puolena koettiin, ettei tarvitse lähteä aamulla työpaikalle ja etätyö koettiin mukavana vaihteluna. Diabeteshoitajat kertoivat etätyötä tehdessään jääneensä kaipaamaan työyhteisöä yhteydenpitovälineistä huolimatta, ja tärkeäksi koettiin se, ettei asu yksin. Etätyössä korostui myös kotiolosuhteet; etätyö ei saisi häiritä muita perheenjäseniä ja toisaalta oli tärkeää, ettei salassapitovelvollisuus rikoudu kotona työskennellessä. Lisäksi työntekijän oli huomioitava ja ennakoitava tietoturvallisuus kotona työskennellessä, etätyöhön vaadittavat tekniset asiat sekä etätyön vaatimat luvat. Etätyömahdollisuutta oli hyödynnetty myös niissä tilanteissa, kun työntekijän vointi esti työpaikalle tulemisen.

– – *kyllä siinä [etätyössä] jää sitä työyhteisöä kaipaamaan, vaikka skypeillä ja puhelimitse saa olla yhteydessä – –*

Korkea asiakastytyväisyys

Diabeteshoitajat kertoivat asiakkaiden olleen erittäin tyytyväisiä etävastaanotto-toimintaan. Osalla oli työkäisiä asiakkaita, joiden oli helpompi osallistua etävastaanotolle töiden puolesta. Osa kertoi perheistä, joille etävastaanotto oli helpompi järjestää. Pitkät välimatkat ja matkustamiseen kuluva aika aiheuttivat sen, että asiakkaita oli vaikea saada fyysiselle vastaanottokäynnille. Diabeteshoitajat, joilla oli pitkä kokemus etävastaanotoista, kertoivat etteivät asiakkaat olleet koskaan valittaneet etävastaanotosta. Esimerkkinä kerrottiin pitkään diabetesta sairastaneesta asiakkaasta, joka koki etävastaanoton avulla päässeensä ensimmäistä kertaa oikeasti diabeteslääkärin vastaanotolle. Asiakas oli tuolloin huomannut diabeteslääkärin todella tietävän, mistä puhui ja arvosti diabeteksen hoidon erityisosaamista. Asiakkaat olivat myös valmiita odottamaan muutaman kuukauden, jotta pääsivät asiantuntevan diabeteslääkärin vastaanotolle.

– – *ihmiset oli tyytyväisiä, mä muistan ne kertoi ja olivat tosi tyytyväisiä ja kiitollisia kun tämmöseen pääsi ja asiakkaat tietää kyllä että toimiiko vai eikö toimi – –*

[Asiakkaat ovat olleet] tosi tyytyväisiä ja just siinä on se ajan säästyminen kuitenkin, kun tosi monet on työelämässä, niin sitten todella niin siinä säästyy sitä aikaa – –

– – *[etävastaanotot] näyttävät lisääntyvän, koska kun meidän asiakkaat saa kuulla et se on mahdollista, niin ei ne halua mennä sinne [fyysisesti hoitopaikkaan].*

lääkäreille asiakkaille puhelinvastaanotto saattoi olla helpompi vaihtoehto kulkemiseen liittyvien vaikeuksien tai huonon kelin vuoksi. Osa koki maskin käytön vastaanotolla epämukavaksi ja toivoi tästä syystä etävastaanottoa. Diabeteshoitajien kokemuksen mukaan asiakkaat, jotka olivat itse saaneet valita etävastaanoton, olivat tähän tyytyväisiä. Diabeteshoitajat myös miettivät, milloin asiakkaat ovat

valmiita tulemaan fyysiselle vastaanotolle pandemiatilanteen vuoksi. Diabeteshoitajilla oli kokemusta siitä, että asiakkaat olivat peruneet vastaanottoaikoja ja osa asiakkaista pelkäsi tulla vastaanotolle pandemiasta johtuen. Osa asiakkaista oli pandemian vuoksi lähtenyt kauas kotipaikkakunnalta, ja näissä tilanteissa puhelinvastaanotto toimi hyvin. Toisaalta oli myös kokemusta siitä, että asiakas oli ollut hyvin tyytyväinen, kun pääsi fyysiselle vastaanottokäynnille.

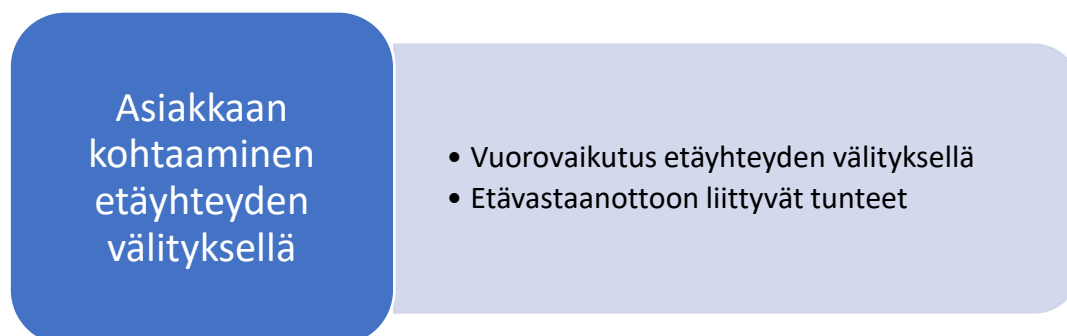
– – [asiakas] oli sitten taas niinku voi kun ihana, kun hän pääsi tässä käymään ja näkemään ja tapaamaan – – osalle se on niinku hyvin merkittävää ja semmonen sosiaalinen niin merkittävä tapahtuma, että pääsee nyt hoitajan luona käymään – –

Diabeteshoitajat arvioivat etävastaanottojen lisääntyvän, sillä asiakkaat toivovat näiden järjestämistä. Etätoiminnasta oli myös tehty asiakaspalautekyselyitä, ja näissä asiakaspalautte oli ollut erinomaista. Diabeteshoitajien mukaan asiakkaat olivat kokeneet, ettei diabeteslääkärin kasvokkain tapaamiselle diabeteskontrollissa ole tarvetta. Osa asiakkaista toivoi toistuvasti etävastaanottoja ja tätä hillittiin, sillä diabeteshoitajat kokivat tärkeäksi myös asiakkaan tapaamisen ja näkemisen konkreettisesti vastaanotolla.

7.1.4 Asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä

Yläluokan asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä muodostivat alaluokat *vuorovaikutus etäyhteyden välityksellä* ja *etävastaanottoon liittyvät tunteet* (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä



Vuorovaikutus etäyhteyden välityksellä

Diabeteshoitajat kertoivat kokemuksiaan vuorovaikutuksesta etäyhteyksien avulla. Etävastaanotolla oli tärkeää opetella vuoropuhelu, sillä kommunikaatio ei toiminut, mikäli kaikki vastaanottoon osallistuneet puhuivat yhteen ääneen. Puhelinvastaanottojen haasteeksi koettiin non-verbaalisen viestinnän puuttuminen, mutta muuten viestintä koettiin samanlaiseksi kuin läsnäolovastaanotollakin. Osa diabeteshoitajista olisi kaivannut kuvayhteyttä lisäksi, sillä puhelinvastaanotolla kohtaaminen koettiin erilaiseksi. Asiakkaan näkeminen auttoi havainnoimaan kasvojen ja eleiden avulla, ymmärsikö toinen. Sanaton vuorovaikutus koettiin tärkeäksi, sillä kasvoista oli myös mahdollista arvioida, kertoiko asiakas totuudenmukaisesti tilanteestaan. Lisäksi puhelinvastaanotoissa osa asiakkaista saattoi oikaista asioista kertomista, ja näin ollen asiaa täydentävät tiedot saattoivat jäädä puuttumaan. Diabeteshoitajat kokivat huolta siitä, että puhelinohjauksessa asiakkaan kanssa on väärinymmärryksen riski, kun näköyhteyttä ei ole käytettävissä. Erityisesti iäkkäiden kohdalla diabeteshoitajat pohtivat puhelintyön turvallisuutta ja luotettavuutta.

– – et oli yks tota perusinsuliinin aloitus ja tuota sillä ei ollenkaan verensokerit ruvennu laskemaan, ja se pisti jo ihan hirveen isoa annosta. Ja sitten päätettiin et se tulee näyttämään, puhelimesta käytiin kaikki läpi et mikä siinä voi olla, mikään ei niinku selvinny. Sillä oli tota se pisti silleen, et se ei ottanut sitä niinku ulointa suojusta ollenkaan pois siitä neulasta.

Osa diabeteshoitajista kertoi puhelinvastaanotolla kuulevansa äänestä, minkälainen potilaan vointi on. Lisäksi puhelimesta asiakas saattoi kertoa avoimesti tilanteestaan, ja joskus vaikeiden asioiden kertominen puhelimesta saattoi olla helpompaa kuin kasvotusten. Lisäksi etäyhteyden avulla asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä saattoi olla tiiviimpi yhteys kuin tavallisella vastaanotolla, ja tämän yhteyden luomiseen kiinnitettiin enemmän huomiota.

– – kun pitää ottaa etänä se kontakti, niin silloin hän [diabeteslääkäri] keskittyy siihen potilaaseen eikä vaan tuijota niitä papereita – – Että

helposti normaali vastaanotossa samalla kirjoitat ja katot – – potilasta siinä sivussa – – potilaatkin koki niin, että oikeesti se keskittyy minuun, kun se kattoo minua koko ajan. Se on tavallaan niinku tiiviimpi ja oikeesti se kokemus tulee ku normaali vastaanotolla.

Vaikka etävastaanotoista oli positiivisia kokemuksia, diabeteshoitajat kertoivat, että epidemia-aikana ihmisten tapaamista ja fyysistä kohtaamista kaivattiin.

– – me kaikki kaivataan ihan sitä konkreettista tapaamista – – korona-aikana, että puhutaan just siitä, että kaikki tekee etätöitä kotona ja ollaan vaan videon välityksellä, niin silti me kaikki kaivataan sitä fyysisyyttä tavallaan. Vaikka me ei fyysisesti ees koskettais toisiamme – – se että me ollaan ihan niinku ihmisinä olentoina samassa tilassa fyysisesti tässä, niin on se eri asia kuin etä – –

Etävastaanottoon liittyvät tunteet

Etävastaanottoon liittyen koettiin erilaisia tunteita. Videoyhteyden avulla tuntui lähes siltä, kuin asiakas olisi ollut fyysisesti vastaanotolla. Osa diabeteshoitajista koki etävastaanottoiminnan mielenkiintoiseksi ja lähti innoissaan kokeilemaan tätä, eivätkä kokeneet etävastaanottoa itselle rasitteeksi. Yhteisvastaanotoista diabeteslääkäreiden kanssa pidettiin, ja nämä koettiin opettavaisina. Diabeteshoitajat kertoivat asiakkaiden olevan iloisia, kun soitetaan voinnista ja hoidon jatkosta. Erityisesti iäkkäiden asiakkaiden kohdalla diabeteshoitajat kertoivat tuntevan ihanalta, kun puhelun aikana todettiin asioiden kotona olevan hyvin ja asiakkaan olevan tyytyväinen. Diabeteshoitajat toivoivat, etteivät asiakkaat pelkäisi etävastaanottoa.

– – mä ainakin niinku olin heti ihan intona ottamassa kamerat [käyttöön] – –

Osa diabeteshoitajista taas ei ollut kovin innostunut etävastaanotoista ja alkuun näitä kohtaan oli ollut vastustusta. Ennen toiminnan aloittamista diabeteshoitajat kantoivat erityisesti huolta siitä, miten asiakkaat tähän suhtautuvat. Lisäksi esiin nousi esimerkki siitä, miten työkaveri oli aluksi kokenut etävastaanotot hyvin epä-mukavana, mutta kertoi myöhemmin tottuneensa näiden pitämiseen. Käytäntöjen

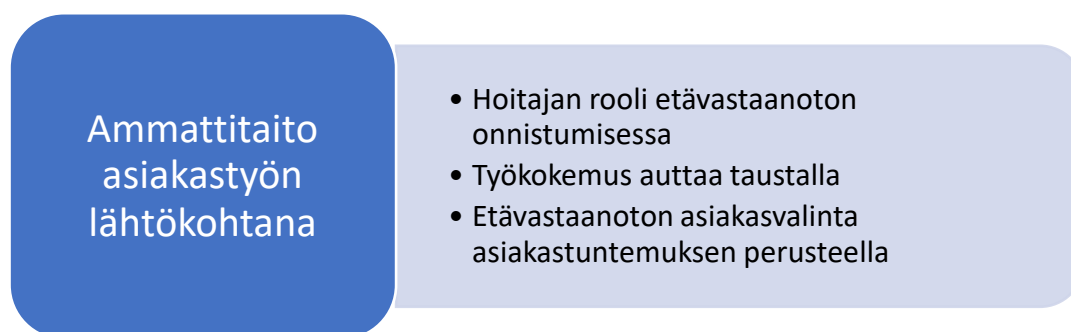
muuttuminen koettiin rasitteeksi, mutta toisaalta muutoksia nähtiin tulevan joka tapauksessa hoitajan työpaikasta riippumatta. Diabeteshoitajat kertoivat, että etävastaanottojärjestelmiä oli useita erilaisia ja näiden suuri vaihtuvuus aiheutti huolta näiden toimintaan ja käytön osaamiseen liittyen. Tekniset ongelmat herättivät pelkoa ja huolta. Erityisesti toiminnan alussa jännitti yhteyden mahdollinen katkeaminen, ja se ettei apua ollut heti saatavilla. Diabeteshoitajat nostivat myös esiin nuoret erityisryhmänä, jotka saattavat etävastaanoton aikana kokea epä-mukavuuden tai ärtyneisyyden tunteita, ja tästä syystä nuorten etävastaanotot koettiin haavoittuvina.

– – tietyllä tavalla pelottavaa, et jos tän tekniikan kanssa tulee ongelmaa niin et sä saa apua heti niinkö mistään, et sitten sä oot kyllä sormisuussa et en ällöö tästä, et mitähän tässä nyt, uskallankohan et mitäköhän tapahtuu jos mä painan tästä, että mitähän tapahtuu et katoa koko yhteys – –

7.1.5 Ammattitaito asiakastyön lähtökohtana

Yläluokka ammattitaito asiakastyön lähtökohtana sisälsi alaluokat *hoitajan rooli etävastaanoton onnistumisessa, työkokemus auttaa taustalla ja etävastaanoton asiakasvalinta asiakastuntemuksen perusteella* (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Ammattitaito asiakastyön lähtökohtana



Hoitajan rooli etävastaanoton onnistumisessa

Diabeteshoitajat kuvasivat esimerkkejä siitä, minkälaisia työtehtäviä etävastaanotto toimintaan liittyi. Osalla diabeteshoitajista oli kokemusta lähinnä yhteisvastaanotoista lääkäreiden kanssa, mutta heidän näkemyksensä mukaan diabeteshoitajan etävastaanotto voisi myös sujua hyvin ja toimisi samoin kuin yhteis-

vastaanototkin. Osa diabeteshoitajista teki valmisteluja ennen etädiabeteslääkärin yhteydenottoa. Näitä olivat esimerkiksi erilaiset mittaukset (HbA1c-arvon, pituuden ja painon mittaaminen) sekä laitteiden purut (verensokerimittarien, glukosisensoreiden ja insuliinipumppujen tietojen purku). Osa asiakkaista hoiti laitteiden tietojen lataamisen itsenäisesti järjestelmiin. Hoitajan rooli nähtiin etävastaanottojen valmistelijana ja teknisenä apuna. Osa etädiabeteslääkäreiden vastaanotoista toteutettiin siten, että diabeteshoitaja oli asiakkaan kanssa vastaanotolla ja diabeteslääkäri osallistui etäyhteydellä. Näissä tapauksissa diabeteslääkäri oli etukäteen ohjeistanut diabeteshoitajaa siitä, mitä asioita hän toivoi hoitajan tekevän vastaanottoa varten. Osa diabeteshoitajista oli pyytänyt asiakkaat ylimääräiselle diabeteshoitajan käynnille, jotta etävastaanottoa varten asiat olivat hyvin valmisteltuja. Diabeteshoitajat pitivät tärkeänä, että valmistelut diabeteslääkärin etävastaanottoa varten oli tehty huolellisesti.

– – lähinnä oon tässä tämmönen, joka valmistelee sen [etä]vastaanoton – – tämmönen tekninen kaveri siinä – –

Diabeteslääkärin etävastaanoton jälkeen lääkärin kirjatessa hoitajalla oli aikaa käydä asiakkaan kanssa läpi lääkitysohjeita ja hoitosuunnitelma jatkojen suhteen. Näin oli mahdollista hoitaa asiakkaan asia saman käynnin aikana. Diabeteshoitajat kokivat, että etäjärjestelmien ja lääkärin vaihtuminen aiheutti melkoisesti uutta opittavaa. Diabeteslääkäreillä oli omia käytänteitä, ja lääkäreiden vaihtumisen myötä uudet käytännöt tulivat käyttöön.

Diabeteshoitajat kertoivat myös hoitajavetoisesta etäpalvelutoiminnasta. Tuolloin asiakas kävi ensin laboratoriossa ja tuli tämän jälkeen diabeteshoitajan fyysiselle vuositarkastukselle. Tämän perusteella diabeteshoitaja välitti asiakkaan tiedot etädiabeteslääkärille, ja diabeteslääkäri teki potilastietojen ja hoitajien kirjauksien pohjalta hoitosuunnitelman, jonka diabeteshoitaja lähetti kirjeenä tiedoksi asiakkaalle. Toiminnan avulla jokaisella etädiabeteslääkärin asiakkaalla oli olemassa yksilölliset hoitotavoitteet, joiden toteutumista hoitajan käynneillä arvioitiin. Diabeteshoitaja arvioi jokaisen yhteydenoton kohdalla, onko tarvetta lääkärin yhteydenotolle ja sopi asiakkaan kanssa hoidon jatkosuunnitelmasta.

Työkokemus auttaa taustalla

Diabeteshoitajat kokivat tärkeäksi työkokemuksen etävastaanottojen taustalla. Pitkä diabeteksen hoitoon liittyvä työkokemus ja tottumus diabeteksen hoitoon auttoivat luottamaan itseensä. Diabetestyö koettiin helppona pitkän työkokemuksen ansiosta. Toisaalta diabeteshoitajat pohtivat, että sairaanhoitajalle, jolla ei ole kokonaisvaltaista osaamista sokeriaineenvaihduntaan liittyen, voi diabeteksen hoito olla haastavaa. Diabeteshoitajat kertoivatkin sairaanhoitajien tarvittaessa konsultoivan heitä diabeteksen hoidon suhteen. Yhteisvastaanotot diabeteslääkäreiden kanssa koettiin hyvin opettavaisina, ja tästä syystä näistä pidettiin. Diabeteslääkäreiden kokemus diabeteksen erityisosaamisesta sai myös diabeteshoitajilta kiitosta. Osa yksityisellä taholla työskentelevistä kertoi palveluntuottajan järjestävän aktiivisesti koulutusta etätoimintaan liittyen, jolla pyrittiin varmistamaan hoitajien osaaminen ja vahvistamaan tätä. Tämä loi myös turvallisuuden tunnetta työn tekemiseen. Myös oman osaamisen rajojen tunnistaminen koettiin tärkeäksi.

– – pitkällä kokemuksella niin on jo sellanen et tunnistaa ne omat rajat, että ei tee mitään jos on yhtään epävarma – –

Etävastaanoton asiakasvalinta asiakastuntemuksen perusteella

Diabeteshoitajat pitivät tärkeänä sitä, että etävastaanottoon valikoitui tähän sopivat asiakkaat. Hyvä asiakastuntemus auttoi siinä, että osasi ehdottaa etävastaanottoa tähän sopiville asiakkaille. Etävastaanoton onnistumisen koettiin riippuvan diabeteshoitajan kokemuksesta ja asiakkaiden tuntemuksesta, sillä kokenut ja asiakkaat tunteva hoitaja osasi kysyä tarvittavat kysymykset ja arvioida, oliko tarvetta tulla vastaanotolle. Osa diabeteshoitajista oli sitä mieltä, että niin kauan kuin asiakas voi hyvin ja itse koki pärjäävänsä insuliinisäätöjen kanssa, oli mahdollista jatkaa puhelinkontakteja. Fyysisiä vastaanottokäyntejä tarjottiin niille asiakkaille, jotka olivat epävarmoja tai kenelle toimintaohjeet jäivät epäselviksi. Esimerkiksi iäkkäiden kanssa insuliiniohjeistus oli käytävä useimmiten läpi konkreettisesti vastaanotolla, jotta saatiin varmuus hoidon onnistumisesta. Osa koki, että tyypin 1 diabetesta sairastavat ja glukosisensoreita käyttävät eivät olleet etävastaanottoon soveltuvia asiakkaita, vaan heidät pyydettiin fyysiselle vastaanottokäynnille. Osa taas nimenomaan koki näiden asiakkaiden soveltuvan etävastaanottoon.

Diabeteshoitajat kertoivat tekevänsä jatkuvasti seulontaa siitä, ketkä asiakkaista soveltuvat ja hyötyvät etävastaanottotoiminnasta. Diabeteshoitajilla oli myös kokemusta siitä, että etätoimintaan siirretty asiakas oli palautettu takaisin fyysisten käyntien pariin. Diabetekseen vastasairastuneiden ja nuorten asiakkaiden toivottiin tulevan fyysiselle vastaanottokäynnille. Nuoret saattoivat vierastaa etävastaanottoa ja välttää kameraa, tästä syystä nuoret asiakkaat nähtiin etävastaanottojen suhteen haavoittuvina. Lisäksi nuoren kanssa salassapitovelvollisuuden kannalta saattoi tavallisella vastaanotolla olla etävastaanottoa turvallisempaa, sillä diabeteshoitajat olivat miettineet nuorten mahdollisuuksia puhua avoimesti asioistaan kotoa käsin. Infektio-oireet tai karanteeni saattoivat estää vastaanottokäynnille tulemisen. Diabeteshoitajat kokivat etävastaanoton sopivan toisille asiakkaille valtavan hyvin, jopa paremmin kuin fyysinen vastaanottokäynti. Toisille taas etävastaanotto ei sopinut lainkaan ja nämä asiakkaat myös toivoivat fyysisiä käyntejä, mikä nähtiin hyväksyttävänä asiana.

– – tää [etävastaanotto] voi toisille sopia hirvittävän hyvin, jopa paremmin kuin fyysinen käynti – – sit on taas niitä jotka, kenelle se ei sovi niinku ollenkaan. Että he ehdottomasti halua käynnille ja se on musta ihan fine – –

– – must se ois ihan loistavaa et me pystyttäis myös mukautuu vähän siihen et mikä kellekin sopii, mikä on toimiva tapa hoitaa niitä vastaanottoja.

7.2 Diabeteshoitajien näkökulmia etävastaanottotoiminnan kehittämiseen

Diabeteshoitajien ajatuksia etävastaanottotoiminnan kehittämisestä nousi esiin kolme erilaista teemaa, joista muodostuivat yläluokat *toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa*, *toimivat tekniset ratkaisut* sekä *hoitotyön ammattitaidon ylläpitäminen*. Nämä luokat vastasivat toiseen tutkimustehtävään (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Diabeteshoitajien kehittämisehdotuksia etävastaanottotoimintaan liittyen

<p>Toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etävastaanottotoiminnan lisääntyminen tulevaisuudessa • Palveluntarjonnan jatkuva kehittäminen ja uusien toimintamallien kokeilu • Moniammatillinen yhteistyö etämenetelmien avulla
<p>Toimivat tekniset ratkaisut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedon siirtymisen ja yhteydenpidon helpottuminen • Tarvittavat tekniset välineet sekä tähän liittyvä osaaminen • Vaatimuksena toimivat, turvalliset ja helppokäyttöiset palvelut
<p>Hoitotyön ammattitaidon ylläpitäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oman osaamisen kehittäminen • Mahdollisuus hoitajan lääkkeenmääräämiseen etäyhteyden välityksellä • Suuri vastuu hoidosta

7.2.1 Toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa

Yläluokasta toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa muodostuivat alaluokat *etävastaanottotoiminnan lisääntyminen tulevaisuudessa*, *palveluntarjonnan jatkuva kehittäminen ja uusien toimintamallien kokeilu* sekä *moniammatillinen yhteistyö etämenetelmien avulla* (taulukko 9).

TAULUKKO 9. Toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa

<p>Toiminnan kehittäminen osana palveluntarjontaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etävastaanottotoiminnan lisääntyminen tulevaisuudessa • Palveluntarjonnan jatkuva kehittäminen ja uusien toimintamallien kokeilu • Moniammatillinen yhteistyö etämenetelmien avulla
---	---

Etävastaanottotoiminnan lisääntyminen tulevaisuudessa

Diabeteshoitajat olivat yksimielisiä siitä, että etävastaanottotoiminta tulee jättämään osaksi palveluntarjontaa ja etävastaanottotoiminnan käytön lisääntymistä toivottiin. Etävastaanottotoiminnan kehittämisen koettiin olevan vasta alussa.

Haastateltavat toivat myös esiin ajatuksen siitä, että tulevaisuudessa käynti hoitopaikassa saattaa olla etävastaanottoa harvinaisempaa.

Nämä [etävastaanotot] tulee jäädäkseen ehdottomasti.

– – tulevaisuudessa kun nuoret no tämä sukupolvi, jotka nyt kaikki käy etäkoulua ja muuta niin niillehän – – et jos ajatellaan tulevaisuutta, niin eihän tää oo mitään. Joku kalkkis miettii, et miksi ylipäättään ennen rakennettiin sairaaloita ja sinne piti oikeen raahautua – –

– – ehkä sitten 30 vuoden kuluttua kaikki on vaan virtuaalia – –

Erityisesti videovastaanottojen käytön lisääntymistä toivottiin. Osa haastateltavista oli tehnyt vain puhelinvastaanottoa, ja he kokivat kuvayhteyden tärkeäksi lisäksi asiakkaan voinnin arvioinnin suhteen. Kuvayhteyden avulla koettiin asiakkaan tulevan ikään kuin lähemmäksi. Diabeteshoitajat olivat valmiita kokeilemaan videovastaanottoa, mutta näihin liittyvä tekninen osaaminen herätti pohdintaa. Lisäksi toiveena oli videovastaanottojen hyödyntäminen myös muilla kuin diabeteksen hoitoon liittyvillä vastaanotoilla.

– – et olis kuvayhteys niin sehän ois jo paljon koska kyllähän se ja varsinkin jos potilaalla on jotain vaivoja niin kyllähän se voinnin arviointi jo helpottuu kun kasvot näkkee – –

– – täytyy itsekkin alkaa käyttää enemmän videovastaanottoa, mutta toki se näin hoitajaltakin vaatii sitä teknistä osaamista enemmän että osaa laittaa nämä yhteydet päälle ja lähettää kutsuja. Että kyl se vaatii näin vastaanoton pitäjältäkin enemmän se videovastaanotto kun puhelimella on helpompi soittaa.

Palveluntarjonnan jatkuva kehittäminen ja uusien toimintamallien kokeilu

Diabeteshoitajat kokivat etävastaanottotoiminnan nykyaikaisena ja modernina toimintatapana. Digitaaliset palvelut miellettiin osaksi nykypäivää ja etävastaanotot uutena tapana hyödyntää teknologiaa. Lisäksi etävastaanottotoiminta nähtiin

tervetulleena uudistuksena, joka vaatii jatkuvaa kehittämistä. Toisaalta etävastaanotto toiminta koettiin niin uutena käytäntönä, ettei kehittämistarpeita ollut vielä noussut esiin.

– – etänä digitaalisten palveluiden kautta toimiminen niin kyllähän se on tätä päivää – –

Tää on yks askel uuden teknologian ja tulevaisuuden maailmaan.

Haastateltavien mukaan tulevan sote-uudistuksen myötä etävastaanotto saattaa olla ensisijainen asiakkaille tarjottava asiointimuoto. Haastateltavat ehdottivat etävastaanottojen järjestämistä myös iltaisin, jotta palvelu tavoittaisi nuoret ja työikäiset asiakkaat aiempaa paremmin ja hoito olisi joustavampaa. Hoitohenkilökunnasta arveltiin useiden suostuvan tekemään töitä iltapainotteisesti, sillä tämä saattaisi helpottaa yhteydenpitoa potilaiden kanssa.

– – [Sote-uudistuksessa on] tulossa tiimimalli – – siinä on sitten tämmönen että etävastaanotto ois sitten niinku se pääasiallinen. Toki potilaan saa kutsua livevastaanoille, mut vähän sieltä annetaan ymmärtää että tuota pittää olla perusteet sille että se potilas kutsutaan livevastaanotolle.

Kehitetyistä toimintamalleista ei haluttu luopua pandemian vuoksi, joten osa diabeteksen hoitoon liittyvästä toiminnasta järjestettiin etänä luovien ratkaisujen avulla. Diabeteshoitajat ehdottivat ryhmätoiminnan järjestämistä etämenetelmien avulla esimerkiksi diabetekseen vastasairastuneille. Etätoiminnan avulla olisi myös mahdollista jakaa pieniä tietoisukuja tai videoita, ja lisätä nämä osaksi toimintaa.

– – sä olet kehittänyt vaikka jonkun toimintamallin, niin jotta ei kaikki se uusi kehittäminen romuttuisi siihen, että sä et voi pitää sitä fyysistä niin luovitaan sitten ja tehdäänkin niin että toteutetaan se Teamsin kautta esimerkiksi niinku etänä. Se ei vastaa sitä samaa, mutta se on parempi kuin ei mitään.

Diabeteslääkärin etätoiminnan lähtöajatuksena oli ollut lääkärin vaihtuvuuden väheneminen. Tämä ei ollut käytännössä toteutunut, mutta toisaalta lääkärin vaihtumista ei enää etätoiminnan aloituksen jälkeen koettu merkityksellisenä asiakkaalle. Osa diabeteshoitajista oli toiminut diabeteslääkärin etävastaanoton avustavana osapuolena siten, että potilas tuli terveysasemalle diabeteshoitajan luo ja tästä otettiin videoyhteys erikoissairaanhoidon lääkäriin. Kehittämisehdotuksena nousi esiin, että potilas voisi olla suoraan kotoa käsin yhteydessä diabeteslääkäriin, mikäli tietoturvallisuus kotona saadaan turvattua. Myös diabeteshoitajan ja diabeteslääkärin yhteisvastaanottoa ehdotettiin.

Moniammatillinen yhteistyö etämenetelmien avulla

Diabeteshoitajat miettivät myös yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa etämenetelmien avulla. Terveyskeskuksesta toivottiin mahdollisuutta ottaa etäyhteys erikoissairaanhoidon yksikköön, esimerkiksi terveysaseman diabeteshoitajan ja keskussairaalan diabetespoliklinikan välillä. Lisäksi ehdotettiin etäyhteyttä jalkaterapeutin kanssa, sillä kuvayhteyden avulla olisi mahdollista konsultoida jalkaterapeuttia esimerkiksi haavan hoidon suhteen.

– – potilas on siinä ja sitten sitä hänen haavaa kuvataan ja sitten siellä [sairaalan] päässä on se jalkaterapeutti ja me sitten täällä. Potilas ois – – siis siellä terveyskeskuksessa et se ei oo kotonaan.

7.2.2 Toimivat tekniset ratkaisut

Yläluokka toimivat tekniset ratkaisut muodostui alaluokista *tiedon siirtymisen ja yhteydenpidon helpottuminen, tarvittavat tekniset välineet sekä tähän liittyvä osaaminen sekä vaatimuksena toimivat, turvalliset ja helppokäyttöiset palvelut* (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Toimivat tekniset ratkaisut

Toimivat tekniset ratkaisut

- Tiedon siirtymisen ja yhteydenpidon helpottuminen
- Tarvittavat tekniset välineet sekä tähän liittyvä osaaminen
- Vaatimuksena toimivat, turvalliset ja helppokäyttöiset palvelut

Tiedon siirtymisen ja yhteydenpidon helpottuminen

Diabeteshoitajat toivoivat, että jatkossa mittaustuloksiin liittyvä tieto siirtyisi automaattisesti suoraan potilastietojärjestelmiin. Lisäksi nähtiin tarve siihen, että asiakas voisi lähettää tietoja sähköisen palvelun kautta, esimerkkinä tästä esitettiin Kanta-palvelua. Kanta-palvelu mahdollistaa potilastietojen näkemisen eri organisaatioiden välillä, mutta kaikki palveluntuottajat eivät tätä käyttäneet. Puhelinvastauksilla erityisesti iäkkäiden potilaiden kohdalla ei aina ollut mahdollista saada mittaustuloksia näkyviin, ja tämä koettiin kokonaisuuden hahmottamisen kannalta haastavaksi.

– – ne mittaustulokset, että ne sais jotenkin kätevästi meillä suoraan. Saisi suoraan potilastietojärjestelmään, että se tiedon liikkuminen, että niinku se tapahtuis kätevästi eikä niinku manuaalisesti.

Diabeteshoitajat kokivat myös, että yhteydenpidon helpottuminen potilaiden kanssa olisi tärkeää. Erityisesti toivottiin mahdollisuutta Libreview-pilvipalvelun kautta viestien lähettämiseen suoraan potilaille. Potilastietojärjestelmiin liittyvien sähköisten asiointiväylien kehittymisen myötä toivottiin yhteydenpidon muuttamista helpommaksi ja joustavammaksi. Useilla haastateltavista ei ollut mahdollisuutta käyttää suojattua sähköpostiyhteyttä ja tämä herätti huolta siitä, että asiakas ottaa riskin lähettäessään tietoja sähköpostin kautta hoitohenkilökunnalle.

– – suoraan vois sitten laittaa kommentit ettei tarvi mennä toiseen järjestelmään – – oli kyllä ihan käteviä ja asiakkaatkin niinku tykkäs niistä – –

– –tää sähköpostihan ei oo mikään suojattu että tavallaan potilashan ottaa siinä riskin kun se lähettää vaikka verenpaine-seuransa sen kautta meille – –

Tarvittavat tekniset välineet sekä tähän liittyvä osaaminen

Diabeteshoitajat kokivat tärkeäksi etävastaanotto toimintaan liittyvät toimivat välineet. Hyvät kuulokkeet, kamera ja toimiva tietokone nähtiin etävastaanotto toiminnan edellytyksiksi. Haastateltavat toivoivat tekniikan kannalta helppokäyttöisiä

laitteita. Esimerkiksi videovastaanoton pitämisessä kannettava tietokone koettiin helpommaksi, sillä tähän ei tarvitse hankkia erillisiä lisälaitteita (kuten videokameraa ja irrallista mikrofonia). Lisäksi oma työhuone ja rauha keskustella potilaan kanssa koettiin tärkeäksi. Myös hyvä työergonomia nousi esiin. Teknisiä välineitä vaadittiin myös asiakkailta erityisesti videovastaanoton pitämiseen, sen sijaan puhelinvastaanotto onnistui laajemmalla käyttäjäkunnalla. Erityisesti iäkkäiden kohdalla tekniikan käyttöön liittyvä osaaminen saattoi muodostua haasteeksi. Toisaalta koettiin, että tekniikan käyttöön on yleisesti jo totuttu eikä tämän käyttö ole ongelma.

– – kaikilta löytyy se puhelin, mutta kaikilla ei ole sitä tietokonetta. Eli se voi olla yks syy siihen että osa siitä vastaanotosta ei onnistu.

– – ne vaatii sitä tekniikkaa jotta – ja toki osaamista jotta ne pystyy kotona tekemään. Vanhuksilla voi olla, että sitä osaamista ei ole. Että vaikka oliskin ne välineet niin ei siltikään se ei onnistu. Et alkaa olla kognitiivisia vaikutuksia ja ei välttämättä ole ketään, joka auttaisi siellä.

Vaatumuksena toimivat, turvalliset ja helppokäyttöiset palvelut

Diabeteshoitajat toivat esiin kehittämiskohteita teknologiaan liittyen. Näitä olivat esimerkiksi verensokerimittareiden tai sensoreiden purkuohjelmien puute sekä tekniikan toimintaan liittyvät ongelmat ja yhteyshäiriöt. Ohjelmistojen kehittämistä toivottiin tekniseltä puolelta, jotta ne olisivat mahdollisimman helppokäyttöisiä ja toimivia. Haastateltavat pohtivat myös tietosuojaan liittyviä asioita. Etävastaanoton palvelin voi olla mikä vain, mutta mikäli asiakkailla on mahdollisuus valita, ottavat he käyttöön tutun palvelimen.

– – tietosuoja-asiat jossakin tälläisessä teams-yhteydessä vaikka että, onko se niinku luettava yhteys ja tämmöset. Että onko se tavallaan luvallinen yhteys – –

– – *se toiminta pitää olla oikeesti helppo ja sen pitää olla niinku ihmisille tuttu ja nythän se [Teams] on tullut meille tutuksi koska me ollaan käytetty sitä. Ja meille jos ajatellaan niinku perheitä niin he käyttävät vaikka paljon sitä [Teams-palvelinta] töissä.*

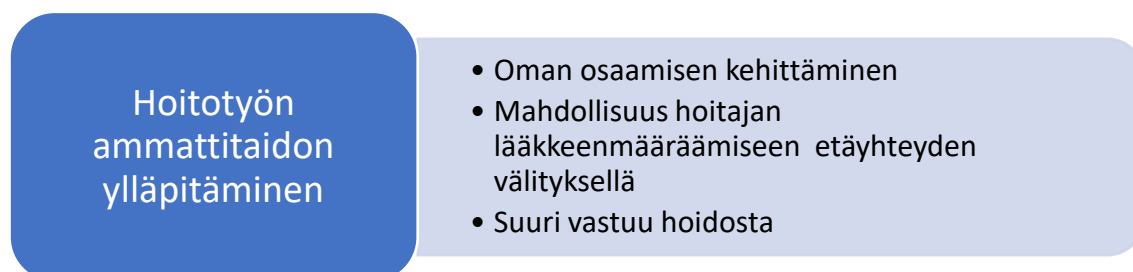
Diabeteshoitajat esittivät kehittämissuhteita potilastietojärjestelmän toimintaan liittyen. Potilastietojärjestelmistä toivottiin, että tiedon löytyminen olisi aiempaa helpompaa. Lisäksi toivottiin järjestelmää, josta olisi helppo löytää oman alueen diabetesta sairastavat asiakkaat sekä nähdä, kenellä asiakkaista on pitkä väli edellisestä yhteydenotosta. Vaikeahoitoiset asiakkaat ja nuoret koettiin haasteeksi saada vastaanotolle, sillä ajanvaraus saattaa herkästi unohtua. Myös hoitotarvikkeiden tilaukseen toivottiin sähköistä järjestelmää.

– – *ne nuoret ykköset niin sanotusti tai kakkoset hankalammat, ne ottaa yhteyttä siinä vaiheessa kun niillä on joko insuliinia et saa tai välineitä ei saa, että ei ne muista aina sitä että pitäis käydä vastaanotolla – –*

7.2.3 Hoitotyön ammattitaidon ylläpitäminen

Yläluokan hoitotyön ammattitaidon ylläpitäminen muodostivat alaluokat *oman osaamisen kehittäminen, mahdollisuus hoitajan lääkkeenmääräämiseen etäyhteyden välityksellä ja suuri vastuu hoidosta* (taulukko 11).

TAULUKKO 11. Hoitotyön ammattitaidon ylläpitäminen



Oman osaamisen kehittäminen

Osalla diabeteshoitajista työnantaja ei ollut määrännyt tekemään etävastaanottoja, vaan oma halu oppia uutta ja kiinnostus etävastaanottoja kohtaan olivat lähtökohtia toiminnan aloittamiseen. Lisäksi etävastaanottojen pitämisen myötä

oman osaamisen tähän liittyen koettiin myös kehittyneen. Etävastaanotto toiminta koettiin itsensä kehittämisen paikkana, ja lisäksi omaa asennoitumista tähän liittyen olisi aiheellista tutkia.

– – mä oon sitä mieltä että se kehittäminen on niinku tavallaan meissä kaikissa itsessämme, se että sä niinku kehität itseäsi, sun suhtautumista ja sun osaamista siinä etävastaanoton toteuttamisessa.

Mahdollisuus hoitajan lääkkeenmääräämiseen etäyhteyden välityksellä

Haastatteluissa kävi ilmi, että lääkkeenmääräämisluvut omaava hoitaja sai määrätä lääkkeitä ainoastaan asiakkaan ollessa läsnä vastaanotolla. Lainsäädännön vuoksi haastatteluhetkellä hoitajilla ei ollut lupaa määrätä lääkkeitä puhelin- tai videovastaanoton välityksellä ja tähän toivottiin muutosta tulevaisuudessa.

– – lainsäädäntöhän on jäljessä tässä asiassa et meidän ei saada reseptejä uusia tuota kuin vain että potilas on läsnä vastaanotolla. Niin eihän se puhelimesta sitten onnistu – – menee se meidän koulutus hukkaan niinku reseptin uusimisjutusta – – pitäis niinku lakia tavallaan ajantasaistaa – –

Suuri vastuu hoidosta

Osa diabeteshoitajista työskenteli etädiabeteslääkärin työparina ja erityisesti näissä tilanteissa hoitoon liittyvä vastuu koettiin suureksi. Asiakkaat saattoivat toivoa useita kertoja peräkkäin diabeteslääkärin etävastaanottoja, jolloin asiakkaan fyysinen kohtaaminen ja tutkiminen jäi diabeteshoitajan vastuulle. Myös diabeteslääkärit toivoivat potilaiden tulevan välillä fyysiselle vastaanottokäynnille. Diabeteslääkärien etävastaanotto toiminnassa hoitajalle jäi suuri vastuu, ja tästä syystä diabeteshoitajat katsoivat, että kokemattomana hoitajana ei mahdollisesti voi työskennellä etälääkärin työparina. Koska etävastaanottoista nähtiin selvää helpotusta asiakkaiden näkökulmasta ja hoitoon liittyvä vastuu on suuri, koettiin myös palkan korotus aiheelliseksi. Osa haastateltavista kertoi etädiabeteslääkärin toiminnan olevan vielä niin uutta, ettei tarvetta diabeteslääkärin perinteiselle vastaanottokäynnille ollut vielä ilmennyt.

– – voi mennä periaatteessa vuosia tai montakin vuotta kun se ei käy oikeesti niinko lääkärin vastaanotolla, niin välillä käy mielessä et huomankohan minä kaikkea, et entä jos mä en vaikka jotain tiedä tai osaa ees kysyä – –

Ei ne mee tän diabeteksen suhteen [lääkärille] sitten ollenkaan jos kaikki asiat on kunnossa – – meillä nyt ei tätä toimintaa oo kauheen pitkään ollu että voihan olla että kolmen vuoden päästä todetaan että ois aika kiva että ne esimerkiksi kolmen vuoden välein kävisivät oikein lääkärinkin vastaanotolla.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta sekä tähän liittyviä kehittämissuhteita. Tuloksista tarkasteltiin ensin diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta, ja tämän jälkeen tuloksia etävastaanottojen kehittämissuhteisiin liittyen.

8.1.1 Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanottotoiminnasta

Aiemmin sähköisten palveluiden käyttöönottoon diabeteksen hoidossa on liittynyt haasteita, sillä kokeilut ovat olleet hajanaisia eikä näitä ole liitetty osaksi hoitoprosessia (Sitra 2013, 2). COVID-19 pandemia lisäsi merkittävästi sähköisten palveluiden tarjontaa diabeteksen hoidossa sekä myös tarvetta kehittää sähköisiä järjestelmiä. Osalla diabeteshoitajista oli kokemusta etätoiminnasta jo ennen pandemiaa, ja diabeteshoitajat kertoivat olleensa edeltä kävijöitä etävastaanottoiminnan maailmassa. Diabeteshoitajat kertoivat käyttäneensä työssään jo aiemmin paljon teknologiaa ja etävastaanotot koettiin vain yhtenä lisänä tähän. Kuitenkin diabeteshoitajat olivat yhtä mieltä Kunnari ja Koivulan (2018), Hyppönen ym. (2018, 5) ja Niemi ym. (2016) kanssa siitä, että sähköisten palveluiden käyttöä on lisättävä, mutta nämä eivät voi täysin korvata perinteisiä vastaanotokäyntejä. Tässä opinnäytetyössä nousi esiin etätoimintaan liittyvä korkea asiakastyytyväisyys, samoin kuin Koivisto ym. (2020) tutkimuksessa. Etäpalveluiden avulla on myös mahdollista lisätä hoidon laatua (Koivisto ym. 2019).

Diabeteshoitajat kokivat etävastaanottoiminnan käteväksi yhteydenpitoväylänä. Yhteydenottokynnyksen madaltuminen ja yhteydenoton helpottuminen ovat olleet positiivisia etävastaanottoimintaan tai sähköisten työvälineiden käyttöön liittyviä kokemuksia (Lie ym. 2019; Koivunen, Rautavirta ja Asikainen 2016; Niemi ym. 2016; Koivisto ym. 2019). Etäpalveluiden avulla on mahdollista lisätä työn sujuvuutta, ja kirjaamiseen liittyvät automatisoidut toiminnot nopeuttivat työprosesseja (Koivisto ym. 2019). Myös tässä opinnäytetyössä diabeteshoitajat kertoivat esimerkkejä siitä, miten rakenteinen kirjaaminen helpotti työn tekemistä.

Lisäksi videovastaanottojen pitäminen koettiin näppäräksi niiden osalta, jotka olivat näitä pitäneet.

Diabeteshoitajat iloitsivat siitä, että etätoiminnan avulla hoidon saavutettavuus parani. Etätoimintaan liittyvä hoidon saavutettavuuden paraneminen nousi esiin myös useissa tutkimuksissa (Lie ym. 2019; Koivunen ym. 2016; Niemi ym. 2016; Iyengar ym. 2016; Ahmadinia & Eriksson-Backa 2020; Kunnari & Koivula 2018). Etävastaanottoiminnan avulla on mahdollista säästää aikaa ja matkakuluja (Ahmadinia & Eriksson-Backa 2020; Koivisto ym. 2019; Xu ym. 2018) sekä vähentää potilaiden työpoissaoloja (Iyengar ym. 2016). Nämä etävastaanottoimintaan liittyvät positiiviset puolet nousivat esiin myös tässä opinnäytetyössä. Aiemmistä tutkimuksista nousi esiin fyysisiä terveyshyötyjä, joita etävastaanottomenetelmien avulla oli saavutettu (Vest ym. 2017; Jordan ym. 2011; Odnoletkova ym. 2016; Evans ym. 2012). Tässä opinnäytetyössä näitä ei noussut esiin, mutta toisaalta tutkimuskysymys oli kohdistettu kokemuksiin ja kehittämisehdotuksiin. Diabeteshoitajat kertoivat esimerkkejä siitä, mitä fyysisiä tutkimuksia etävastaanottoilla ei ole mahdollista toteuttaa.

Etävastaanottoiminnan avulla on mahdollista tarjota diabeteksen hoitoon liittyvää erityisosaamista alueille, jolta tämä muuten puuttuisi (Laivuori ja Ilanne-PariKAN 2018, 2274). Tiettyyn alaan erikoistuneen lääkärin, kuten esimerkiksi endokrinologin, etävastaanottoimintaan liittyen on todettu hyviä kokemuksia sekä hoitotulosten että asiakastyytyväisyyden kannalta (Toledo ym. 2014; Xu ym. 2018; Iyengar ym. 2016). Toledo ym. (2014) tutkimuksessa endokrinologin videokonsultaatio oli toteutettu yhteistyössä diabeteshoitajan kanssa, ja videovastaanottojen todettiin olevan potentiaalinen tapa voittaa etäisyyksien tuomat esteet kaukaisilla seuduilla. Samoin tässä opinnäytetyössä etädiabeteslääkärin ja diabeteshoitajan yhteisvastaanottoihin liittyen oli positiivisia kokemuksia, ja diabeteshoitajat kertoivat asiakkaiden olleen näihin erittäin tyytyväisiä.

Öberg ym. (2018) ja Vehko ym. (2018) totesivat tutkimuksissaan terveysalan ammattilaisilla olevan stressiä sähköisten järjestelmien käyttöön liittyen. Heikko sähköisen palvelun käytettävyys lisäsi hoitohenkilökunnan stressiä ja ajatusvirheiden määrää (Kaihlainen ym. 2020). Myös diabeteshoitajat kertoivat erityisesti teknis-

ten ongelmien aiheuttavan huolta ja pelkoa siitä, miten ongelmista selviytyy. Diabeteshoitajat toivat lisäksi esiin, että etävastaanottojen järjestämiseen oli useita erilaisia järjestelmiä ja näiden jatkuva päivittyminen aiheutti stressiä. Myös Koiviston ym. (2019) tutkimuksessa sähköisten järjestelmien määrän lisääntyminen sekä jatkuva päivittyminen koettiin osaamisen kannalta haastavaksi. Samoin kuin Koivisto ym. (2019) sekä Ahmadija ja Eriksson-Backa (2020) tutkimuksissa, myös tässä tutkimuksessa hoitajat kantoivat huolta tietoturvallisuudesta.

Etävastaanotoissa vuorovaikutussuhteen koettiin jäävän hauraammaksi, ja hoitohenkilökunnalla oli huolta mahdollisista väärinymmärryksistä (Lie ym. 2019). Lisäksi sähköisen vuorovaikutuksen haasteena voi olla potilaan ymmärtämisen arvioiminen (Niemi ym. 2016), heikentynyt vuorovaikutuksen laatu (Koivisto ym. 2019; Kunnari & Koivula 2018) ja sanattoman viestinnän puuttuminen (Fagerström ym. 2017). Myös tässä opinnäytetyössä nousi esiin erityisesti huoli asiakkaan ymmärtämisen varmistamisesta. Erityisesti puhelinvastaanotoista koettiin osan vuorovaikutuksesta jäävän vaillinaiseksi, kun mahdollisuutta sanattoman viestinnän ja kehonkielen arviointiin ei ollut. Toisaalta diabeteshoitajat kertoivat myös päinvastaisista kokemuksista: asiakas saattoi puhelinvastaanotolla kertoa rohkeammin ongelmistaan, ja videovastaanotolla yhteys asiakkaaseen saattoi olla jopa tiiviimpi kuin tavallisella vastaanotolla.

Diabeteshoitajat kokivat työkokemuksen ja asiakastuntemuksen tärkeinä apuina etävastaanottojen toteuttamisessa. Kasvokkain tapaamisen merkitys luottamuksen ja vuorovaikutussuhteen rakentamiseksi koettiin tärkeäksi (Lie ym. 2019; Koivisto ym. 2019). Diabeteshoitajat toivoivat ensikäyntien tapahtuvan fyysisellä vastaanotolla, ja etävastaanottoja tarjottiin ensisijaisesti tutuille asiakkaille, joiden kanssa vuorovaikutussuhde oli jo olemassa. Diabeteshoitajat kiinnittivät myös huomiota siihen, kenelle etävastaanotto sopii. Esimerkiksi iäkkäiden kanssa etävastaanoton onnistuminen saattoi olla haastavaa. Myös Niemi ym. (2016) tutkimuksessa todettiin tiettyjen potilaan ominaisuuksien (kuten iän tai terveydentilan) mahdollisesti vaikeuttavan sähköistä vuorovaikutusta.

Diabetesliitto selvitti diabetesta sairastavien kokemuksia COVID-19 arjessa elämisestä. Tulosten mukaan 55% diabetesta sairastavista kertoi hoitokontaktien to-

teutuneen aiempaan tapaan epidemiatilanteesta huolimatta. Kyselyyn vastanneista niistä, joilla hoitokontaktit olivat toteutuneet, 78% oli käynyt vastaanotolla, 38% hoitokontakti oli toteutettu puhelimesta ja 16% kertoi yhteydenpidon tapahtuneen netin välityksellä. Lisäksi osa kertoi hoitokontaktien hoituneen erilaisten sähköisten työkalujen avulla. Diabetes-diagnoosilla oli eroa vastaanottokäynneissä, sillä 86% tyyppin 1 diabetesta sairastavista ja 74% tyyppin 2 diabetesta sairastavista oli käynyt fyysisellä vastaanottokäynnillä. (Koski 2021, 10-11.) Diabeteshoitajat kokivat pandemian vuoksi etävastaanotot turvallisena vaihtoehtona sekä asiakkaan että hoitajan näkökulmasta. Lisäksi nähtiin tärkeänä, että diabeteksen hoito jatkui pandemiatilanteesta huolimatta. Diabetesta sairastavien kokemuksia etävastaanotto toiminnasta Suomessa ei vielä ole tutkittu.

Hyvinvointiteknologian käyttö on sekä asenne että osaamiskysymys (Laaksonen ym. 2020). Tutkimukseen osallistuneilla diabeteshoitajilla oli ollut epäilyjä etävastaanotto toimintaan liittyen, mutta he olivat kuitenkin kokeneet etävastaanotto mahdollisuuden mielenkiintoisena ja suhtautuivat tähän pääosin positiivisesti. Opinnäytetyön otos on kuitenkin pieni ja on mahdollista, että tutkimukseen on ensisijaisesti osallistunut diabeteshoitajia, joilla oli myönteisiä kokemuksia etävastaanotto toimintaan liittyen. Tutkimushaastattelut tehtiin kevään 2021 aikana, jolloin COVID-19 tilanne Suomessa oli vaikea, mikä saattoi vaikuttaa diabeteshoitajien mahdollisuuksiin osallistua tutkimukseen. Lisäksi pandemiatilanteesta johtuen saattoi olla alueellisia eroja siinä, miten paljon etävastaanotto toimintaa hyödynnettiin. Tähän liittyen tarvitaan lisää tutkimusta.

8.1.2 Diabeteshoitajien kehittämisehdotuksia etävastaanotto toimintaan liittyen

Diabeteshoitajat uskoivat etävastaanotto toiminnan käytön lisääntyvän tulevaisuudessa, ja tästä syystä kokivat tärkeäksi etätoiminnan kehittämisen osana palveluntarjontaa. Etäpalveluiden kehittämisen haasteena voi olla kehittämistyöhön liittyvä epävarmuus ja epäselvä johdon visio työn tavoitteiden ja hyödyllisyyden suhteen (Karppi & Koroma 2021). Tästä syystä etäpalveluita olisi tärkeää kehittää yhteistyössä johdon kanssa ja arvioida myös palveluiden laatua. Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen etämenetelmien avulla on ollut vähäistä (Karppi &

Koroma 2021), ja myös diabeteshoitajat toivoivat tulevaisuudessa moniammatillisuuden laajempaa hyödyntämistä etämenetelmien avulla. Diabeteshoitajista osa oli jo pitänyt etänä ryhmätoimintaa, ja osa oli pohtinut etäryhmätoiminnan mahdollisuuksia. Kehittämisehdotuksena nousi esiin vastasairastuneille etäryhmien tarjoaminen. Pacaud ym. (2012) tutkimuksessa oli hyviä kokemuksia tyypin 2 diabetekseen vastasairastuneiden ohjauksesta etämenetelmien avulla.

Diabeteshoitajat nostivat esiin kehittämissuhteita potilastietojärjestelmien toimintaan liittyen. Sähköisten palveluiden käytön haasteena on, ettei niitä aina ole suunniteltu vastaamaan hoitajan tai potilaan tarpeisiin (Fagerström ym. 2017). Jatkossa olisikin tärkeää tehdä yhteistyötä teknisestä suunnittelusta ja toteutuksesta vastaavien sekä palvelun käyttäjien kanssa. Palvelun käyttäjiä ovat hoitohenkilökunnan lisäksi terveydenhuollon asiakkaat, jotka tulisi myös ottaa mukaan palvelun suunnitteluun. Myös Vehko ym. (2018) mukaan terveysalan ammattilaisten palaute tietojärjestelmistä tulisi huomioida näiden kehittämisessä.

Hyppönen ym. (2018, 44) ja Niemi ym. (2016) mukaan tulevaisuudessa on tärkeää kiinnittää huomiota sähköisten palveluiden käytettävyyteen ja tietoturvasuuteen. Lisäksi näiden käyttöön liittyen on tarjottava tukea (Niemi ym. 2016). Diabeteshoitajat toivoivat helppokäyttöisiä palveluita, jotka olisivat tietoturvallisia. Lisäksi diabeteshoitajilla oli huolta siitä, ettei järjestelmien käyttöongelmien yhteydessä ollut apua saatavilla. Tekniset ongelmat voivat viedä aikaa hoitotyöltä ja potilaan kohtaamiselta (Leveälähti ym. 2019). Teknisten laitteiden tulisikin olla mahdollisimman helppokäyttöisiä, jotta näitä pystyisi käyttämään perusdigitaidoilla (Leveälähti ym. 2019; Söderlund & Vellonen 2019) ja sähköisten järjestelmien toiminnallisuutta tulee edistää (Saranto ym. 2020).

Suurin osa diabetesta sairastavista ei lataa laitetietoja kotonaan (Foster ym. 2019). Diabeteshoitajat kaipasivat työnsä tueksi laitteita, jotka lähettäisivät automaattisesti tietoja pilvipalveluun tai parhaassa tapauksessa suoraan potilastietojärjestelmään. Iyengar (2016) totesi, että tietojen automaattinen siirtyminen olisi tärkeää vastaanottokäynnin vaikuttavuuden ja tehokkuuden kannalta. Glukoosin omaseurantalaitteiden tietojen yhdistäminen Omakantaan mahdollistaisi sekä hoitohenkilökunnan että diabetesta sairastavien tietojen käyttämisen (Hannula 2018). Diabeteshoitajat kertoivat käyttäneensä Kanta- ja Omaolo-palveluita, ja

asiakkaita oli myös ohjattu käyttämään näitä. Diabeteshoitajat toivoivat myös ohjelmia, joilla yhteydenpito asiakkaiden kanssa helpottuisi.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena terveydenhoidossa on mahdollisuuksien mukaan siirtyä fyysisistä palveluista sähköisiin, sillä fyysiset palvelut vaativat toimitiloja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Etätyö on Suomessa koettu työntekijöiden näkökulmasta työn tuottavuuden ja työrauhan kannalta hyväksi asiaksi, mutta samalla työntekijöistä suurin osa kertoi kaivanneensa työkavereitaan (Blomqvist ym. 2020). Diabeteshoitajat kertoivat myös ikävöineensä työkavereita etätyöpäivinä, mutta etätyö oli kuitenkin koettu mielenkiintoisena vaihteluna. Etävastaanoton avulla ajasta ja paikasta riippumaton palveluntarjonta lisääntyy (Iyengar ym. 2016). Myös tässä opinnäytetyössä etätyö ja etävastaanotto toiminta nähtiin mahdollisena väylänä lisätä palveluntarjontaa myös iltoihin, jolloin työikäisten asiakkaiden olisi helpompi osallistua vastaanotolle. Tulevaisuudessa myös terveysalalla etätyön mahdollisuutta saatetaan tarjota aiempaa aktiivisemmin, sillä tämä on kustannustehokas ratkaisu esimerkiksi vastaanottotilojen puutteeseen.

Etäpalveluiden ja sähköisten työvälineiden käytön haasteena voivat olla ammattilaisten ja potilaiden riittämättömät taidot teknologian käyttöön liittyen (Koivisto ym. 2019) sekä tekniikan käyttöön liittyvät haasteet (Kunnari & Koivula 2018; Koivisto ym. 2019). Jotta diabetesteknologiasta voidaan hyötyä parhaalla mahdollisella tavalla, olisi tarjottava koulutusta tämän käyttöön liittyen sekä asiakkaille että hoitohenkilökunnalle (Alcántara-Aragón 2019; Gee ym. 2015). Digiosaamisen kehittäminen ja teknologian käyttöön liittyvä kouluttautuminen tulisi olla kiinteä osa oman ammatillisuuden kehittämistä (Koivisto ym. 2020; Vehko ym. 2018). Samoin diabeteshoitajat kokivat etätoiminnan osana omaa ammatillista kehitystä, ja suhtautuivat myönteisesti uuden oppimiseen. Kiire ja ajan puute voivat hankaloittaa uuden oppimista (Öberg ym. 2018), mutta tätä ei noussut esiin diabeteshoitajien kokemuksista. Etäpalveluiden koettiin lisäävän hoitajan vastuuta hoidosta, ja tästä syystä on tärkeää, että hoitajilla on mahdollisuudet kouluttautua ja vahvistaa omaa ammattitaitoaan.

Tulevaisuuden työelämätaidoissa korostuvat digitaaliset vuorovaikutustaidot sekä asiakkaiden ohjausosaaminen digitaalisten palveluiden käytössä (Leveä-lahti ym. 2019). Terveystieteiden asiakkaat kaipaavat hoitohenkilökunnalta lisää tietoa ja tukea sähköisten palveluiden käyttöön liittyen (Karisalmi ym. 2018; Hypönen ym. 2018, 6). Tulevaisuudessa olisikin tärkeää informoida asiakkaita sähköisten palveluiden mahdollisuudesta, sekä tarjota tukea näiden käyttöön liittyen. Etävastaanotto toiminnan haasteet liittyvät rahoitukseen, tulosten arviointiin sekä toimintalinjojen kehitykseen (Ahmadinia & Eriksson-Backa 2020). Etävastaanotto toimintaa tulisi tutkia ja kehittää hoidon laadun, hoitotulosten ja asiakaskokemuksen näkökulmista.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tämä tarkoittaa tutkimuksen toteuttamista hyödyntämällä tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä (Vilkkä 2015, 41; Hirsjärvi ym. 2010, 23; Kananen 2017, 189). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut ohjeet ihmisten tutkimisen eettisiin lähtökohtiin, joiden mukaan tutkijan tulee tutkimuksen tekemisessä huomioida tutkittavan itsemääräämisoikeus ja ihmisarvo, sananvapaus, oikeus yksityisyyteen sekä se, ettei tutkimuksesta saa koitua tutkittavalle haittaa (TENK 2019, 7). Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavalla on myös oikeus kieltäytyä tutkimuksesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 218–219). Tässä opinnäytetyössä kiinnitettiin läpi tutkimusprosessin huomiota siihen, ettei tutkittavalle koidu tutkimuksesta haittaa tai vahinkoa.

Tutkittavan tietoinen suostumus tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuvalla kerrotaan tutkimuksen sisällöstä, aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 218–219). Tutkimukseen osallistuvia informoitiin tutkimuksesta kirjallisen tiedotteen avulla (Liite 1. Tiedote tutkimuksesta) ja lisäksi tutkittaville tarjottiin mahdollisuus kysyä tutkijalta lisätietoja tutkimuksesta jo ennen päätöstä tutkimukseen osallistumisesta. Ennen tutkimushaastattelujen aloittamista tutkittaville tarjottiin vielä mahdollisuus pyytää lisätie-

toa tutkimuksesta. Jokainen tutkimukseen osallistunut allekirjoitti suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta (Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta), lomakkeet säilytettiin tutkimusraportin julkaisuhetkeen asti ja tuhoitiin tämän jälkeen asianmukaisesti. Tutkimukseen osallistuneita informoitiin haastattelujen aluksi näiden tallentamisesta ja tallenteiden hävityksestä aineiston litteroinnin jälkeen.

Tutkimusten julkaisemisen yleisperiaatteena on tutkittavien yksityisyyden suojeleminen (TENK 2019, 12). Tässä tutkimuksessa aineiston analysoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota vastaajan anonymiteetin säilymiseen. Haastateltavat olivat eri puolilta Suomea ja tästä syystä alkuperäisilmaisuissa on havaittavissa erilaisia murre sanoja. Murre sanojen käyttö alkuperäisilmaisuissa voi olla haaste tutkittavan anonymiteetin säilymisen kannalta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 198). Alkuperäisilmausujen valinnassa tehtiin kuitenkin huolellista valintaa, jotta haastateltavan henkilöllisyys tai työnantaja ei käy vastauksesta ilmi. Tutkimusaineisto oli vain tutkijan käytössä ja tutkimusaineistoon liittyvät oikeudet olivat tutkijalla itsellään. Tutkimustulokset raportoidaan tutkijan havaintojen pohjalta ilman sepittämistä, ja tuloksia arvioidaan kriittisesti (Hirsjärvi ym. 2010, 26). Tässä opinnäytetyössä tulokset raportoitiin mahdollisimman huolellisesti, ja tuloksia verrattiin aiempaan tutkimustietoon kriittisellä otteella.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen edellyttää, että tutkija on rehellinen ja osoittaa selkeästi muiden tutkijoiden tulokset lähdeviitteiden avulla (Vilkkä 2015, 42). Opinnäytetyön lähdeviitteet tehtiin Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti ja näiden selkeyteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Tutkimuksen rahoittajat ja tutkimukseen liittyvät sidonnaisuudet tulee ilmaista selkeästi tutkimusraportissa (Hirsjärvi ym. 2010, 24). Tämän opinnäytetyön tekijä on Diabeteshoitajat ry:n jäsen, mutta ei kuulu yhdistyksen hallitukseen. Muita sidonnaisuuksia tutkijalla ei ole eikä opinnäytetyön tekoon liittyen haettu rahoitusta.

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197-198; Kylmä & Juvakka 2014). Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten uskottavuuden osoittamista (Kylmä & Juvakka 2014). Uskottavuudella on mahdollista arvioida, miten hyvin analyysi vastaa aineistoa ja

mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja toisaalta myös heikkoudet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197-198). Tämän opinnäytetyössä haastatteluvaiheessa haastateltavien annettiin kertoa avoimesti ajatuksistaan aiheeseen liittyen, ja tarvittaessa pyydettiin tarkennusta. Haastattelutilanteissa tutkija teki myös suullista yhteenvetoa haastateltavan kertoman perusteella. Yhteenvedoilla varmistettiin, että tutkija oli ymmärtänyt haastateltavan ajatuksen oikein.

Tutkimuksen vahvistettavuuden kannalta on tärkeää raportoida tutkimusprosessi siten, että toisen tutkijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua (Kylmä & Juvakka 2014). Raportointivaiheessa tulokset kerrotaan mahdollisimman ymmärrettävästi, jotta lukijan on mahdollista seurata analyysiä vaivattomasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197-198). Tämän opinnäytetyön luotettavuuden vahvistamiseksi tutkimusraporttiin on kirjoitettu tutkimusprosessin eteneminen ja työvaiheet mahdollisimman tarkasti. Tutkimustulosten käsittelyvaiheessa sisällönanalyysi on aukikirjoitettu huolellisesti, jotta lukija voi tarkastella luokitusten syntymistä. Tutkimustulosten analysoinnissa palattiin aina tarvittaessa alkuperäiseen aineistoon ja verrattiin keskustelun kontekstiin. Tällä pyrittiin varmistamaan, että haastateltavan kommentti oli ymmärretty viitekehyksen puitteissa oikein. Opinnäytetyön tulokset on esitetty myös taulukkomuodossa, jotta tulosten luettavuus paransi. Lisäksi tutkimuksessa on esitetty huolellisesti valittuja alkuperäisilmauksia, jotka kuvaavat tutkimusaineistoa parhaalla mahdollisella tavalla. Alkuperäislainauksen käyttö tarjoaa myös keinon lukijalle arvioida aineiston luotettavuutta ja aineiston hankinnan tapaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018,198).

Tutkimuksen siirrettävyydellä verrataan, miten hyvin tutkimustulokset olisivat siirrettävissä toiseen vastaavaan tilanteeseen. Siirrettävyyden kannalta on tärkeää kuvata tutkimuksen taustat, tutkittavien valinta ja tutkimusanalyysi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018,198.) Tässä opinnäytetyössä osallistujien valinta ja kuvaus on kuvattu mahdollisimman huolellisesti ilman, että osallistujien anonymiteetti vaarantuu.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija tekee tutkimusta omakohtaisten kokemusten ja yksilöllisten ominaisuuksien perusteella, mutta tutkijan tulee olla mahdollisimman tietoinen omista lähtökohdistaan ja myös tuoda nämä ilmi (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2018, 202). Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija arvioi, kuinka hän vaikuttaa tutkimuksen syntyyn ja tuloksiin (Kylmä & Juvakka 2014). Tämän opinnäytetyön tekijä on työskennellyt diabeteshoitotyön parissa usean vuoden ajan, minkä johdosta tutkimuksen tekijällä on hyvä ymmärrys diabeteshoitotyöstä. Tutkimushaastatteluiden yhteydessä haastateltavat olivat tietoisia siitä, että tutkija itse työskentelee diabeteshoitajana. Kaksi haastateltavista oli tutkijan kollegoita, mikä on saattanut vaikuttaa haastattelutilanteeseen. Haastattelussa yhtä lukuun ottamatta sekä tutkijalla että haastateltavilla oli videoyhteys, jotta myös nonverbaalinen viestintä oli mahdollista. Tutkimukseen haastateltiin kaikki tutkijaan yhteyttä ottaneet diabeteshoitajat. Mikäli halukkaita osallistujia olisi ollut enemmän, olisi tutkimushaastatteluja voitu vielä jatkaa. Toisaalta viimeisten haastatteluiden osalta tutkimusaineistosta nousi esiin saturoitumisen merkkejä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyy myös tutkimuksen tarkoituksen, käyttökelpoisuuden ja eettisten näkökulmien huomiointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 205). Koska etävastaanottoa diabeteshoitotyössä ei aiemmin ole tutkittu, oli tähän liittyvien kokemusten selvittäminen perusteltu tutkimusaihe. Pandemian myötä etävastaanotto toiminnan hyödyntäminen lisääntyi lyhyessä ajassa merkittävästi, ja tästä syystä aihevalinta oli myös ajankohtainen. Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää diabeteshoitotyössä ja eettiset näkökulmat huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusta tehdessä otettiin huomioon ohjaavan opettajan ja opponentin kehittämissuhteet, ja lisäksi seminaareista esiin nousseet kommentit.

Tämä tutkimus julkaistaan Theseus-tietokannassa ja tutkimusraportti luovutetaan Diabeteshoitajat ry:n hallitukselle.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia diabeteshoitajilla on etävastaanotto toimintaan liittyen sekä miten etävastaanottoa voisi kehittää. Diabeteshoitajilla oli kokemuksia eri tavoin järjestetystä etä-

vastaanottotoiminnasta, ja käytännöt vaihtelivat eri puolilla Suomea. Etävastaanottotoiminta todettiin toimivaksi palvelumuodoksi fyysisten vastaanottokäyntien rinnalla ja hoidon järjestäminen turvallisesti pandemiatilanteesta huolimatta koettiin tärkeäksi. Etävastaanottotoimintaan suhtauduttiin enimmäkseen myönteisesti, mutta tähän liittyen oli ollut myös epäilyjä erityisesti toiminnan aloitusvaiheessa.

Diabeteshoitajat pitivät tärkeänä, että etävastaanottoa ehdotettiin oikeille asiakkaille. Vastauksista korostui, ettei etävastaanottotoiminta sovi kaikille ja lisäksi kaikkia käyntejä ei ole mahdollista korvata etäyhteyksien avulla. Myös kasvokkain tapaaminen koettiin arvokkaaksi. Etävastaanotot nähtiin mahdollisuutena oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen ja uuden oppimiseen, lisäksi ammattitaito oli suuri apu etätoiminnan taustalla. Työkokemus, vahva diabetesosaaminen sekä asiakastuntemus koettiin vahvuuksina etävastaanoton onnistumiseen. Etävastaanottotoiminnassa hoitajille jää suuri vastuu hoidosta, ja erityisesti tekniikan käyttöön liittyvän osaamisen vahvistamiseen tulisi tarjota koulutusta. Tekniikan hyödyntäminen oli toisaalta koettu näppäräksi, mutta tähän liittyen oli myös ollut ongelmia. Diabeteshoitajat toivoivat teknisiä ratkaisuja, jotka olisivat toimivia, helppokäyttöisiä ja turvallisia.

Etävastaanottotoiminta vastasi tarpeeseen lisätä ja monipuolistaa palveluntarjontaa ja asiakastyytyväisyys oli ollut erittäin hyvää. Etävastaanottotoiminnan etuna nähtiin hoidon saavutettavuuden paraneminen, ja erityisesti ajan säästyminen ja matkustamisen välttäminen oli koettu asiakasnäkökulmasta hyvänä asiana. Diabeteshoitajilla oli erilaisia kokemuksia siitä, millaista asiakkaan kohtaaminen etäyhteyden välityksellä oli ja etävastaanottoihin liittyen oli koettu monenlaisia tunteita, kuten pelkoa, epäilyä, innostusta ja mielenkiintoa.

Etävastaanottotoiminta on tullut jäädäkseen ja etämenetelmien avulla toteutettavan hoidon määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Etävastaanottotoimintaa tulisi kehittää osana palveluntarjontaa sekä kokeilla uusia toimintamalleja. Myös moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta etäyhteyksiä olisi mahdollista hyödyntää nykyistä enemmän. Opinnäytetyön tulokset voidaan tiivistää kolmeen johtopää-

tökseen: 1) etävastaanotot ovat toimiva lisä palveluntarjontaan, 2) tarvitaan toimivaa ja turvallista teknologiaa etätoiminnan tueksi, 3) etätoiminnan kehittäminen on osa oman ammattitaidon kehittämistä.

Koska etävastaanottotoiminnan hyödyntäminen Suomessa on lisääntynyt lyhyessä ajassa runsaasti, on tähän liittyen useita jatkotutkimusehdotuksia. Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin diabeteshoitohenkilöstön kokemuksia etävastaanottotoiminnasta kvalitatiivisen menetelmän avulla, mutta jatkossa laajemman tilanearvion kannalta etävastaanottotoiminnan käyttöä diabeteksen hoidossa olisi mahdollista tutkia kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan myös tutkimusta diabetesta sairastavien kokemuksista etätoimintaan liittyen. Etävastaanottotoiminnan vaikuttavuuden arvioinnin kannalta on tärkeää tehdä tutkimusta hoidon laatuun, saavutettuihin hoitotuloksiin sekä kuluihin ja mahdollisiin kustannussäästöihin liittyen.

LÄHTEET

ADA. 2019. Diabetes Technology: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2019 Jan; 42: S71-S80. <https://doi.org/10.2337/dc19-S007>

Ahmadinia, H. & Eriksson-Backa. 2020. E-health services and devices: Availability, merits, and barriers – with some examples from Finland. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 12(1), pp. 10-21. doi:10.23996/fjhw.64157.

Alasuutari, P. 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0. 4. painos*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Alcántara-Aragón, V. 2019. Improving patient self-care using diabetes technologies. *Therapeutic advances in endocrinology and metabolism* 2019 Jan 28;10. doi: 10.1177/2042018818824215

Blomqvist, K., Sivunen, A., Vartiainen, M., Olsson, T., Ropponen, A., Henttonen, K. & van Zoonen, W. 2020. Remote work in Finland during the COVID-19 pandemic. Results of a longitudinal study. *Fast Expert Team*. Luettu 7.3.21. Saatavilla osoitteesta: <https://cocodigiresearch.files.wordpress.com/2020/12/remote-work-in-finland-during-the-covid-19-pandemic.pdf>

Diabetesliitto 2014. *Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen. Asiantuntijaryhmän raportti*, Suomen Diabetesliitto ry; 2014. Luettu 15.11.20. Saatavilla https://www.diabetes.fi/files/3903/Tyypin_1_diabeteksen_hoidon_kehittaminen_-raportti.pdf

Digitaalisten asiointipalveluiden laatu -työskentelyryhmä. 2019. *Digitaalisten asiointipalveluiden laatu -työskentelyryhmän loppuraportti*, julkaisu 4.2.2019. Luettu 10.1.21. Raportti löytyy Valtiovarainministeriön sivuilta osoitteesta <https://vm.fi/digipalveluiden-laatu>

Dovc, K. & Battelino, T. 2020. Evolution of Diabetes Technology. *Endocrinol Metab Clin N Am* 49 (2020) 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.10.009>

Euroopan komissio. 2012. *Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle: Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012–2020 – innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle*. Luettu 24.10.20. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fi/TXT/?uri=CELEX%3A52012DC0736>

Evans, N., Richardson, L., Dhatariya, K. & Sampson, M. 2012. Diabetes specialist nurse telemedicine: admissions avoidance, costs and casemix. *European Diabetes Nursing* 2012 March; 9(1): 17–21.

Fagerström, C., Tuvevsson, H., Axelsson, L. & Nilsson, L. 2017. The role of ICT in nursing practice: an integrative literature review of the Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Sep2017; 31(3): 434-448.

Forlenza, G. 2019. Use of Artificial Intelligence to Improve Diabetes Outcomes in Patients Using Multiple Daily Injections Therapy. *Diabetes Technology & Therapeutics* Vol. 21, No. S2. <https://doi.org/10.1089/dia.2019.0077>

Foster, N., Beck, R., Miller, K., Clements, M., Rickels, M., DiMeglio, L., Maahs, D., Tamborlane, W., Bergenstal, R., Smith, E., Olson, B. & Garg, S. 2019. State of Type 1 Diabetes Management and Outcomes from the T1D Exchange in 2016–2018. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2019 Feb 1; 21(2): 66–72. doi: 10.1089/dia.2018.0384

Gee, P., Greenwood, D., Paterniti, D., Ward, D. & Soederberg, L. 2015. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach. *J Med Internet Res*. 2015 Apr; 17(4): e86. doi: 10.2196/jmir.4067

Hahtela, N. & Meretoja, R. 2017. Sairaanhoidajan työnkuvan muutokset sote-uudistuksessa. *Tutkiva Hoitotyö*, vol. 15, no. 1, pp. 36-37.

Hannula, P. 2018. Mitä kirjata sairaukertomukseen? Uudet verensokerin seurantakeinot paikkaavat HbA1c:n puutteita. *Diabetes ja lääkäri*, helmikuu 2018. https://issuu.com/diabetesjalaakarilehti/docs/diab_ja_laak_1_2018

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Helsinki: Tammi.

Hood, M., Wilson, R., Corsica, J., Bradley, L., Chirinos, D. & Vivo, A. 2016. What do we know about mobile applications for diabetes self-management? A review of reviews. *J Behav Med* 39, 981–994 (2016).

Hsu, W., Lau, K., Huang, R., Ghiloni, S., Le, H., Gilroy, S., Abrahamson, M. & Moore, J. 2016. Utilization of a Cloud-Based Diabetes Management Program for Insulin Initiation and Titration Enables Collaborative Decision Making Between Healthcare Providers and Patients. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2016;18:59–67.

Hurley, L., O'Donnell, M., O'Hara, MC., Carey, ME., Willaing, I., Daly, H. & Dinneen, SF. 2017. Is diabetes self-management education still the Cinderella of diabetes care? *Patient Education and Counseling* 100, 1957–1960. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.026>

Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen, O, & Aalto, A-M. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 3/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 15.11.20. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136258/URN_ISBN_978-952-343-103-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Insuliinipuutosdiabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 1.9.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Iyengar, V., Wolf, A., Brown, A. & Close K. 2016. Challenges in diabetes care: can digital health help address them? *Clinical Diabetes* 2016;3:133–41.

Jauhiainen, A., Sihvo, P., Ikonen, H., & Rytönen, P. 2014. Kansalaisilla hyvät valmiudet sähköisiin terveystalviin. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 6(2-3), 70-78. Luettu 3.1.21. Saatavissa: <https://journal.fi/finjehew/article/view/45253>

Jordan, R., Lancashire, R. & Adab, P. 2011. An evaluation of Birmingham Own Health@telephone care management service among patients with poorly controlled diabetes. A retrospective comparison with the General Practice Research Database. BMC Public Health 11, 707 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-707>

Jormanainen, V., Parhiala, K., Niemi, A., Erhola, M., Keskimäki, I. & Kaila, M. 2019. Half of the Finnish population accessed their own data: comprehensive access to personal health information online is a corner-stone of digital revolution in Finnish health and social care. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 11(4), pp. 298–310. doi: 10.23996/fjhw.83323.

Kaihlanen, A-M., Gluschkoff, K., Hyppönen, H., Kaipio, J., Puttonen, S., Vehko, T., Saranto, K., Karhe, L. & Heponiemi T. 2020. The Associations of Electronic Health Record Usability and User Age With Stress and Cognitive Failures Among Finnish Registered Nurses: Cross-Sectional Study. JMIR Med Inform 2020;8(11):e23623. doi: 10.2196/23623

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy.

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinämäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanta. 2021. Mitä kanta-palvelut ovat? Päivitetty 25.1.2021. Luettu 12.2.21. <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>

Karisalmi, N., Kaipio, J. & Kujala, S. 2018. Hoitohenkilökunnan rooli potilaiden motivoinnissa ja ohjaamisessa terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttöön. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 10(2–3), 210–220. Luettu 31.10.20. doi: 10.23996/fjhw.69145.

Karppi, M. & Koroma, J. 2021. Työterveyshuollon etänä toteutettavan neuvonnan ja ohjauksen käyttöönottoa edistävät ja estävät tekijät. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 13(1), 78–91. Luettu 7.9.2021. doi: 10.23996/fjhw.98486.

Kivekäs, E., Mikkonen, S., Saijonkari, M., Rosenlund, M., Lammintakanen, J., Jylhä, V., Liljamo, P., Arvonen, S. & Saranto, K. 2019. Patients' Use of Health

Village Portal: The Central Role of Healthcare Professional Support. *Studies in health technology and informatics*. 2019 Jul 4;262:150-153.

Klonoff, D. 2016. Telemedicine for Diabetes: Current and Future Trends. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2016; 10: 3–5.
<https://doi.org/10.1177/1932296815622349>

Koivisto, T., Koroma, J. & Ruusuvuori, J. 2019. Teknologian hyödyntäminen ja etäpalvelut työterveyshuollossa - ammattilaisten näkökulma. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 11(3), ss. 183-197. Luettu 30.1.21. doi: 10.23996/fjhw.77370.

Koivisto, T., Koskela, I. & Ruusuvuori, J. 2020. Digiosaaminen työterveyshoitajien ja työterveyslääkärien näkökulmasta. *Tutkiva Hoitotyö* 18(4), 3-11.

Koivunen, M., Rautavirta, M. & Asikainen, P. 2016. Tietoturvallinen sähköposti tyyppin 1 diabeetikon omahoidon ja diabeteshoitajan työn tukena – käyttökokeilun tuloksia. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2016: 2-3, s.74-80. Luettu 31.10.20. <https://journal.fi/finjehew/article/view/58103>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017-tutkimus. Raportti 4/2018*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 31.10.20. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koski, S. 2019. Diabetesbarometri. Julkaisija: Suomen Diabetesliitto ry. Luettu 15.11.20. Saatavilla verkossa [diabetes.fi/diabetesbarometri](https://www.diabetes.fi/diabetesbarometri).

Koski, S. 2021. Diabeetikoiden korona-arki 2021. Diabetesliitto. Luettu 27.5.2021. https://www.diabetes.fi/files/21592/Diabeetikoiden_korona-arki_2021.pdf

Koski, S., Kurkela, O., Ilanne-Parikka, P. & Rissanen, P. 2018a. Jokainen sairaanhoidosta säästetty euro näkyy nelinkertaisesti menetettynä tuottavuutena. *Diabetes lukuina* 2018:1. Diabetesliitto. Luettu 10.1.21. https://www.diabetes.fi/files/9736/Diabetes_lukuina_2018_1_kustannustutkimus_A4.pdf

Koski, S., Ilanne-Parikka, P., Kurkela, O., Jarvala, T. & Rissanen, P. 2018b. Diabeteksen kustannukset: Lisäsairauksien ilmaantumisen puolittaminen toisi satojen miljoonien säästöt vuodessa. *Diabetes ja lääkäri, huhtikuu* (2)2018. Luettu 10.1.21. https://www.diabetes.fi/files/9672/diabetes_ja_laakari_2_2018_rinnakkainen.pdf

Kunnari, T. & Koivula, M. 2018. eHealth-palvelut perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan tukena – kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* 2018, 30 (4), 323–333.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. *Laadullinen terveystutkimus*. 1.–3. painos. Helsinki: Edita.

Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Helsinki: SanomaPro Oy.

Laivuori, T. & Ilanne-Parikka, P. 2018. Digiajan diabetesvastaanotto. Diabetes avoterveydenhuollossa katsaus. Duodecim-lehti 2018;134:2273–9. Vaatii käyttöoikeuden. www.terveysportti.fi

Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta 15.3.2019/306. Luettu 23.1.21. Saatavilla osoitteesta www.finlex.fi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 23.1.21. Saatavilla osoitteesta www.finlex.fi.

Leveälahti, S., Nieminen, J., Nyyssölä, K., Suominen, V. & Kotipelto, S. 2019. Osaamisrakenne 2035. Alakohtaiset tulevaisuuden osaamistarpeet ja koulutuksen kehittämishaasteet – Osaamisen ennakointifoorumin ennakointituloksia. Opetushallitus, raportit ja selvitykset 2019:14. Luettu 26.4.2021. https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/osaamisrakenne_2035.pdf

Lie, S., Karlsen, B., Graue M. & Oftedal, B. 2019. The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient–nurse relationship: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Sep2019; 33(3): 741–749.

Miettinen, J. 2020. Koronapandemia ja akavalaisten työelämä syksyllä 2020. Selvityksen tulokset. Akava Works. Luettu 7.3.21. Saatavilla osoitteesta: <https://akavaworks.fi/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/Koronaselvitys-2020-Koronapandemia-muutti-tyon-tapoja-ja-kuormitusta-v2.pdf>

Naranjo, D., Tanenbaum, M., Iturralde, E. & Hood, K. 2016. Diabetes Technology: Uptake, Outcomes, Barriers, and the Intersection With Distress. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2016 Jun 28;10(4):852-8. <https://doi.org/10.1177/1932296816650900>

Niemi, A., Hupli, M. & Koivunen, M. 2016. The use of electronic communication for patient-professional interaction – nursing staff's point of view, *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 8(4), pp. 200-215. Luettu 30.1.21. Saatavilla: <https://journal.fi/finjehew/article/view/60197>

Odnoletkova, I., Goderis, G., Nobels, F., Fieuws, S., Aertgeerts, B., Annemans, L. & Ramaekers, D. 2016. Optimizing diabetes control in people with Type 2 diabetes through nurse-led telecoaching. *Diabetic Medicine* 2016 June; 33(6): 777–785.

Oma-olo n.d. Omaolo-palvelun tietosuojaseloste. Luettu 12.2.21. <https://www.omaolo.fi/tietosuojaseloste>

Pacaud, D., Kelley, H., Downey, A. & Chiasson, M. 2012. Successful delivery of diabetes self-care education and follow-up through eHealth media. *Canadian Journal of Diabetes* 2012;136:257–62.

Sairaanhoitajaliitto. 2021. Sairaanhoitajaliiton digitaalisten sosiaali- ja terveyspalveluiden strategia. Huhtikuu 2021. Luettu 22.6.2021. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/05/E-health-1.pdf>

Saranto, K., Kinnunen, U-M, Koponen, S., Kyytsönen, M., Hyppönen, H. & Vehko, T. 2020. Sairaanhoitajien valmiudet tiedonhallintaan sekä kokemukset potilas- ja asiakastietojärjestelmien tuesta työtehtäviin. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 12(3), 212-228. <https://doi.org/10.23996/fjhw.95711>

Seppälä, A. & Puranen, L. 2018. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategian väliarviointi. Loppuraportti 14.11.2018. Sosiaali- ja terveysministeriö, raportteja ja muistioita 2019:1. Helsinki 2019. Luettu 10.1.21. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161328/1_2019_Sote-tieto%20hyotykyttoon%20strategian%20valiarvointi_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sitra 2013. Diabeteksen sähköisten omahoitohankkeiden ja -toimintamallien kartoitus. Loppuraportti 20.12.2013. Nordic Healthcare Group. Luettu 15.11.20. Saatavilla <https://pdfslide.tips/document/sitra-diabeteksen-omahoidon-hankkeet-suomessa-2013.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Luettu 10.1.21. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. Kirje 28.10.2015. Luettu 24.10.20. https://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Julkaisu 2016:5. Luettu 10.1.21. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stephani, V., Opoku, D. & Quentin, W. 2016. A systematic review of randomized controlled trials of mHealth interventions against non-communicable diseases in developing countries. *BMC Public Health* 16, 572 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3226-3>

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2020a. Väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö [verkkojulkaisu]. ISSN=2341-8699. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 28.2.2021]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2020/sutivi_2020_2020-11-10_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2020b. Väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö [verkkojulkaisu]. ISSN=2341-8699. Liitetaulukko 22. Internetin käyttö ajan varaamiseen lääkärille, omien terveystietojen lukemiseen ja muihin tervey-

denhuollon palveluihin 2020, %-osuus väestöstä 1) . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 28.2.2021]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2020/sutivi_2020_2020-11-10_tau_022_fi.html

Söderlund, E. & Vellonen, M. 2019. Hoitotyöntekijän terveys- ja hyvinvointiteknologiaosaamista edistävät ja estävät tekijät. *Laurea journal*, julkaistu 20.9.2019. Viitattu 26.4.21. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019101833658>

TENK 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Luettu 21.11.20. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 23.1.21. Saatavilla osoitteesta www.finlex.fi.

Toledo, F., Ruppert, K., Huber, K., & Siminerio, L. 2014. Efficacy of the telemedicine for reach, education, access, and treatment (TREAT) model for diabetes care. *Diabetes Care* 2014;37:e170–80.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 31.10.2020). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Valvira. 2021. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Päivitetty 3.2.2021. Luettu 10.9.2021. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M., Tuukkanen, J., Ketola, E. & Heponiemi, T. 2018. Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi – terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä, *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 10(1), pp. 143-163. Luettu 30.1.21. doi: 10.23996/fjhw.65387

Vest, B., Hall, V., Kahn, L., Heider, A., Maloney, N. & Singh, R. 2017. Nurse perspectives on the implementation of routine telemonitoring for high-risk diabetes patients in a primary care setting. *Primary Health Care Research & Development*; Cambridge Vol. 18, Iss. 1, (Jan 2017): 3–13.

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

Vuorinen, A-L. 2019. The effect of telemonitoring interventions on health outcomes in individuals with type 2 diabetes, heart failure and coronary artery disease : results from three randomized controlled trials. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0997-8>

Wang, X., Du, M., Zheng, H., Yin, S., Liang, D., Wang, R., Hou, L., Shu, W., Du, J., Wang, P., Xue, M. & Jiang, Y. 2019. Mobile health in the management of type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis', *BMC Endocrine Disorders*, 2/13/2019, Vol. 19 Issue 1. doi: 10.1186/s12902-019-0347-6.

WHO. 2011. mHealth. New Horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series – Volume 3. Luettu 24.1.21.
https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

WHO. 2012. National eHealth strategy toolkit. Luettu 24.10.20.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75211/9789241548465_eng.pdf;jsessionid=7B579C7ED7A07CC67CC34578374D6BB1?sequence=1

WHO. 2016a. Be He@lthy be mobile. A handbook on how to implement mDiabetes. Julkaistu 2.1.2016. Luettu 24.1.21. Saatavilla osoitteesta [https://www.who.int/publications/i/item/mobile-health-for-diabetes-prevention-and-management-\(mdiabetes\)](https://www.who.int/publications/i/item/mobile-health-for-diabetes-prevention-and-management-(mdiabetes))

WHO. 2016b. Global report on diabetes. Julkaistu 21.4.2016. Luettu 24.1.21. Saatavilla osoitteesta <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

Xu, T., Pujara, S., Sutton, S. & Rhee, M. 2018. Telemedicine in the Management of Type 1 Diabetes. *Prev Chronic Dis*. 2018; 15: E13. Published online 2018 Jan 25. doi: 10.5888/pcd15.170168

Öberg, U., Orre, C., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H. & Hörnsten, Å. 2018. Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Jun2018; 32(2): 961–970.

LIITTEET

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

1 (2)

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Opinnäytetyö: Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanotoista diabeteshoitotyössä

Oletko työssäsi diabeteshoitajana tehnyt etävastaanottoja kuluneen vuoden aikana? Pyydän sinua osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkin diabeteshoitajien näkökulmia etävastaanottotoiminnasta ja tämän kehittämistä diabeteshoitotyössä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tästä ei koidu sinulle haittaa tai riskejä.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia diabeteshoitajilla on etävastaanotoista diabetespotilaiden hoidossa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten etävastaanottotoimintaa voidaan kehittää diabeteshoitotyössä.

Tutkimuksen kulku

Tutkimusaineisto kerätään kevään 2021 aikana yksilöhaastattelujen avulla, ja haastattelut voidaan toteuttaa joko puhelimen tai videopuhelun (esim. Teams) kautta sen mukaan, mikä vaihtoehto on sinulle sopivin. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan tekstimuotoon, josta aineisto analysoidaan. Tutkimukseen osallistuminen vie arvokasta aikaasi yhden haastattelukerran verran, joka kestää arvioituna 30min-1h. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Tähän tutkimukseen liittyen ei kerätä henkilötietoja ja tutkimusaineisto käsitellään anonymisti, jotta yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa vastauksen perusteella. Haastatte- luissa saatu tutkimusaineisto säilytetään asianmukaisesti ja käsitellään luottamukselli- sesti. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen julkaisua seuraavana päivänä.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit peruuttaa osallistumisesi tut- kimukseen koska tahansa. Huomioithan, että mahdollinen osallistumisen peruminen ei estä siihen asti kerättyjen tietojen käyttämistä tutkimuksessa.

Tutkimuksen taustaa

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan (YAMK) tutkintoa, ja tutkimuksen tekeminen on osa opintojani. Työskentelen itse diabeteshoitajana ja olen kiinnostunut kehittämään etävastaanottotoimintaa diabeteshoitajien kokemusten pohjalta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää etävastaanottotoiminnan kehittämisessä diabeteshoitotyössä. Tutkimustuloksista hyötyvät diabeteshoitotyön ammattilaiset ja kehittyneen etävastaanottotoiminnan myötä myös diabetesta sairastavat. Tutkimustulokset julkaistaan Theseus-tietokannassa syksyllä 2021/keväällä 2022 ja valmis tutkimus luovutetaan myös Diabeteshoitajat ry:n käyttöön.

Lisätiedot

Mikäli sinulla on mahdollisuus osallistua tutkimukseen tai haluat lisätietoja aiheesta, otathan yhteyttä allekirjoittaneeseen joko sähköpostilla tai puhelimella.

Tutkijan yhteystiedot

Anni Virtanen
Tampereen ammattikorkeakoulu

Ohjaava opettaja

Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

SUOSTUMUSLOMAKE

Diabeteshoitajien kokemuksia etävastaanotoista diabeteshoitotyössä

Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalla kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruuttaa suostumus ja keskeyttää tutkimus väliaikaisesti syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisina.

Olen tietoinen siitä, että tässä tutkimuksessa ei kerätä henkilötietoja sekä siitä, että tämä suostumuslomake ja tutkimusaineisto säilytetään asianmukaisesti. Suostumuslomake hävitetään tutkimusraportin valmistuttua.

Annan suostumukseni tutkimukseen.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Puhelinnumero

sähköpostiosoite