

TURVALLISESTI KOTONA

Selvitystyö etäkotihoitomallista Keminmaan kunnalle

Alaviippola Elina
Liikavainio Elina

Opinnäytetyö
Terveyspalveluiden johtaminen ja kehittäminen
YAMK Geronomi & Terveystenhoitaja

2022

Terveyspalvelujen johtaminen ja kehittäminen
YAMK Geronomi ja Terveydenhoitaja

Tekijät	Elina Alaviippola & Elina Liikavainio	Vuosi 2022
Ohjaaja	Sirkka Saranki-Rantakokko	
Toimeksiantaja	Keminmaan kunta	
Työn nimi	Turvallisesti kotona: Selvitystyö etäkotihoitomallista Keminmaan kunnalle	
Sivu- ja liitesivumäärä	61 + 4	

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda ikääntyneiden kotona asumista tukeva etäkotihoito malli Keminmaan kuntaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa eri tahojen kokemuksista ja näkemyksistä etäkotihoitoon käynnistämisestä ja toteuttamisesta, minkä perusteella voitiin tuottaa esitys Keminmaan kunnan ikääntyneitä kotihoitoon asiakkaita palveleva ja Keminmaan kotihoitoon sovellettava etäkotihoito malli.

Selvitykseen osallistuneet tiedonantajat olivat Keminmaan vanhusneuvosto ja vertailukuntien edustajat. Vertailukuntia olivat Tornio, Lieksa ja Kuusamo. Selvitystyö tehtiin laadullisella tutkimusotteella. Vanhusneuvoston näkemyksiä kuvaava aineisto kerättiin sähköpostitse. Vertailukuntien kokemuksista syntynyt aineisto muodostui ryhmähaastattelussa. Aineistot käsiteltiin sisällönanalyysillä.

Selvityksen tuloksena kuvasimme etäkotihoitoon liittyvät sisällöt. Niiden mukaan etäkotihoitossa huomioon otettavia tekijöitä olivat asiakasnäkökulma, henkilöstönäkökulma, palvelukuvaus, käyttöönoton perusteet, laitteisto ja kustannusvaihtoehdot. Näiden perusteella saatoimme kuvata etäkotihoito mallin, jonka nimesimme "Turvallisesti kotona". Tätä mallia voidaan hyödyntää Keminmaan kotihoitoon lisäksi esimerkiksi hyvinvointialueilla ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä. Aihe on ajankohtainen ja merkittävä digipalveluiden yhä lisääntyessä terveysalalla.

Avainsanat

kotihoito, etäkotihoito, asiakaslähtöisyys

Master Programme in management
and Development of Health Services
Master of Health Care

Author	Elina Alaviippola & Elina Liikavainio	Year	2022
Supervisor	Sirkka Saranki-Rantakokko		
Commissioned by	Municipality of Keminmaa		
Subject of thesis	Safely at Home: Research on a remote homecare model for the Keminmaa municipality		
Number of pages	61 + 4		

The purpose of this thesis was to create a remote home care model that would support living at home for the elderly in the municipality of Keminmaa. The aim was to produce information on the experiences and views of different parties on the initiation and implementation of remote home care. Based on the information it was possible to produce a proposal for a remote home care model that would serve elderly home care customers in the municipality of Keminmaa and that could be applied to home care in Keminmaa.

The informants of this study, who participated in the survey, were the Keminmaa Council for the Elderly and representatives from the reference municipalities. The reference municipalities were the municipalities of Tornio, Lieksa and Kuusamo. The study was carried out with a qualitative research approach. The material describing the views of the Council for the Elderly was collected by e-mail. The data about the experiences of the reference municipalities were formed in a group interview. The collected data were processed by using content analysis.

As a result of the study, the contents related to remote home care were described. The factors to be considered in remote home care were the customer perspective, the personnel perspective, the service description, the basics of implementation, the equipment and the cost impacts. Based on these themes, it was possible to describe a remote home care model, which was named "Safely at Home". In addition to home care in Keminmaa, this model can potentially be utilised, for example, in the development of services for the elderly in the upcoming wellbeing services counties. The topic of this master's thesis can be considered current and significant as digital services continue to grow in the health care sector.

Key words home care, remote home care, customer focus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSENASETTELU	8
3	ETÄKOTIHOITO KOTIHOIDON UUTENA PALVELUMUOTONA	9
3.1	Kotihoito osana ikääntyneiden palveluita	9
3.2	Etäkotihoito ja sen tuomat mahdollisuudet kotihoidossa	12
3.3	Etäkotihoitoa käsitteleviä kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia ja hankkeita	14
4	KEMINMAAN KUNTA ETÄKOTIHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	20
4.1	Keminmaan kunta	20
4.2	Keminmaan SOTE-palvelut ja kotihoito	20
5	KUVAUS SELVITYSTYÖN TOTEUTTAMISESTA	22
5.1	Selvitystyön lähtökohtia	22
5.2	Menetelmänä benchmarkkaus	23
5.3	Aineistonkeruu	25
5.4	Aineistonanalyysi	27
6	SELVITYSTYÖN TULOKSET	30
6.1	Vanhusneuvoston näkemyksiä etäkotihoidosta	30
6.2	Vertailukuntien edustajien kokemuksia etäkotihoidosta	31
6.2.1	Asiakasnäkökulma etäkotihoitoon	31
6.2.2	Henkilöstönäkökulma etäkotihoitoon	33
6.2.3	Etäkotihoito palveluna, asiakkaiden valikoituminen ja mittarit	35
6.2.4	Etäkotihoidon käyttöönotto ja syyt	37
6.2.5	Etäkotihoidossa käytettävä laitteisto	38
6.2.6	Etäkotihoito vs. kotihoito sekä kustannukset ja tavoitteet	39
7	ESITYS ETÄKOTIHOITOMALLISTA KEMINMAAN KUNNALLE	42
8	POHDINTA	48
8.1	Johtopäätökset	48
8.2	Tutkimustulosten käytännön merkitys	50
8.3	Selvityksen eettisyys ja luotettavuus	51

8.4	Oman oppimisen pohdinta	53
8.5	Jatkotutkimusaiheet	55
9	LÄHTEET	56
	LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana Suomessa 65 vuotta täyttäneiden määrä on lähes kaksinkertaistunut ja yli 85-vuotiaiden määrä on kolminkertaistunut. Ennusteen mukaan Suomessa tulee olemaan vuonna 2050 noin 1,2 miljoonaa 65–84-vuotiasta. Yli 85-vuotiaita arvioidaan olevan yli 380 000. Ikääntyneiden määrä kasvoi yhä nopeammin suhteessa muuhun väestöön 2010-luvulla, kun suuret ikäluokat vanhenivat samanaikaisesti syntyvyyden laskiessa. Lisäksi myös väestön kehityksessä kaupungistuminen ja erot eri alueiden välillä kärjistyivät. Tämä on näkynyt kuntien talouskasvun hidastumisena, kun lisääntyvän työvoiman sijaan on ilmennyt jossain kunnissa väestökatoa. (Rotkirch 2021.) Edellä mainitut seikat ovat herättäneet kunnissa kysymyksen, miten saataisiin tuotettua laadukkaita ja asiakaslähtöisiä palveluita kuntalaisille taloudellisesti myös tulevana vuosina. Muun muassa sosiaali- ja terveystalouden osalta kunnissa on kehitetty uusia toimintatapoja ja ratkaisuja, jotta esimerkiksi kasvavaan kotihoidon tarpeeseen voidaan vastata.

Teknologia mahdollistaa yhä enemmän uusia tapoja tuottaa asiakaslähtöisiä palveluita ikääntyneille ja heidän omaisilleen. Etäkotihoito on yksi palvelumuoto, jolla voidaan turvata kotona asumista. Teknologisten ratkaisujen käyttöönoton odotetaan hyödyttävän niin asiakasta kuin palveluntuottajaa. Markkinoille tulee yhä enemmän erilaisia hoitotyöhön soveltuvia laitteita ja ratkaisuja, joilla voidaan monipuolistaa asiakkaille tarjottavia palveluita sekä tuoda helpotusta kuntien kasvavaan kotihoidon tarpeeseen. Useissa kunnissa etäkotihoito on jo vakiintunut osa kotihoitoa ja uusien hyvinvointialueiden myötä etäkotihoiton asema tulee vahvistumaan entisestään, kun kuntien sosiaali- ja terveystalouden yhtenäistetään samansisältöisiksi. Selvitystyön tekoaikana tietoa ikäihmisten kotiin annettavista palveluista ja teknologioista kotihoidossa on tuotettu tutkimusten ja kirjallisuuden muodossa, joiden avulla muodostettiin teoreettinen viitekehys.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Keminmaan kunta, josta yhdyshenkilöinä olivat perusturvajohtaja ja hoiva- ja hoitotyön johtaja. Toimeksiantaja halusi opinnäytetyön tekijöiden selvittävän vertailukuntien kokemuksia etäkotihoidosta, jotta Keminmaahan saadaan laadittua paras mahdollinen etäkotihoiton malli. Kunnassa oli tarve etäkotihoiton mallin kehittämiseksi, koska haluttiin monipuolisempia palveluita ja kasvattaa asiakasmääriä nykyisen hoitohenkilöstömäärän rajoissa. Myös pitkät välimatkat kunnan sisällä olivat haaste kotihoiton sen hetkessä tilanteessa, koska niihin kului paljon hoitohenkilöstön työaika.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli ikääntyneiden kotona asumista tukevan etäkotihoiton mallin kuvaaminen. Teimme kuvauksen selvittämällä eri puolilla Suomea käytännössä toimivia etäkotihoiton malleja ja nostimme niistä parhaita puolia sovellettavaksi Keminmaan kotihoitossa. Tässä opinnäytetyössä on kerrottu selvitystyömme lähtökohdat, eteneminen ja tulokset. Työn pohdintaosassa arvioimme muun muassa selvitystyömme tuloksia ja työn luotettavuutta tutkimuseettisestä näkökulmasta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSENASETTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä selvitystyö, jonka pohjalta voitiin luoda ikääntyneiden kotona asumista tukeva etäkotihoitoon malli Keminmaan kuntaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa eri tahojen kokemuksista ja näkemyksistä etäkotihoitoon käynnistämisestä ja toteuttamisesta Keminmaahan laadittavan etäkotihoitoon mallin pohjaksi. Tämän tiedon perusteella voitiin laatia esitys etäkotihoitomallista Keminmaahan sovellettavaksi. Selvitystyötä ohjaavat kysymykset olivat:

1. Millainen etäkotihoitoon malli palvelee Keminmaan kunnan ikääntyneitä kotihoitoon asiakkaita?

1.1 Millaisia näkemyksiä vanhusneuvostolla oli etäkotihoitosta?

1.2 Millaisia kokemuksia vertailukunnissa oli saatu etäkotihoitosta?

3 ETÄKOTIHOITO KOTIHOIDON UUTENA PALVELUMUOTONA

3.1 Kotihoito osana ikääntyneiden palveluita

Yhteiskunnan väestörakenne muuttuu. Tulevaisuudessa työikäisten osuus väheenee ja ikääntyneiden osuus kasvaa. Tämä luo monenlaisia haasteita erityisesti sosiaali- ja terveysalalle. Yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa Suomessa 27 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. (Suomen virallinen tilasto 2019.) Ikääntyneen toimintaympäristö ja toimintakyky määrittävät yhdessä sen, milloin ikääntynyt vielä kykenee itselliseen asumiseen ja milloin erilaiset toiminnalliset rajoitukset voivat estää sen. Päätöstä tehdessä huomioon otetaan optimaalisin ratkaisu ajankohdaksiin tarpeisiin ja tulevaisuuteen nähden. Keskeisin asema tulee olla ikääntyneen omilla toiveilla ja mielipiteillä, myös silloin kun joku toinen henkilö edustaa ikääntyneen näkökulmaa. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nieminen 2014, 62.) Toisin sanoen palveluiden tulee olla ennen kaikkea asiakaslähtöisiä.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa, että asiakas itse määrittelee omat tarpeensa, koska hän on itsensä paras asiantuntija. Asiakkaan olemassa olevia voimavaroja tulee hyödyntää palveluiden suunnittelussa ja asiakas tulee nähdä tasavertaisena henkilönä häntä hoitavan ammattilaisen rinnalla. Asiakaslähtöisyyden toteutuessa asiakas on aktiivisena osapuolena häntä koskevien palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. (Korhonen & Virtanen 2015, 237–238.) Asiakaslähtöisyys tulee huomioida koko valtion tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita suunniteltaessa niin, että asiakkaan tarpeet ovat etusijalla ja sen ympärille rakennetaan palvelut. Asiakaslähtöisyyden korostamisella on tarkoitus huolehtia, että asiakkaan ”ääni” tulee kuulluksi ja palvelut ovat laadukkaita ja asiakasta palvelevia. Jotta asiakaslähtöisyys voi toteutua, täytyy siihen suhtautua vakavasti ja löytää uusia tapoja toimia. Kun asiakaslähtöisyyden halutaan toteutuvan, tulee sen näkyä eri osa-alueilla sosiaali- ja terveydenhuollossa; kuten johtamisessa, strategiatyössä, toimintatavoissa ja ihmisten välisissä kohtaamisissa. (Ovaskainen, Suvivuo, Virjonen & Leino 2016, 77.) Asiakaslähtöisyys edellyttää jatkuvaa toimintojen ja palveluiden kehittämistä ja sen tulisi olla keskeisessä asemassa organisaatioiden strategisessa toiminnassa (Salmisaari 2016, 2217).

Ikääntyneiden kuvaamia laatuominaisuuksia kotihoidolle ovat hoitohenkilöstön hyvä ammattitaito, riittävä aika tehtävien suorittamiseen, turvallisuudentunne, jatkuvuus, sosiaalisen tuen antaminen, hyvä vuorovaikutus työntekijän ja ikääntyneen kesken, ikääntyneen omien näkemysten huomioonotto, luottamus, palveluiden toimivuus ja sujuvuus. (Heinola 2007, 31.)

Asiakaslähtöisyys korostuu kotiin annettavissa palveluissa, jotta kaikki ikääntyneiden edellä kuvaamat laatuominaisuudet toteutuisivat. Hennala (2014) on tehnyt laadullisen tutkimuksen, jossa selvitettiin kotihoidon asiakkaiden toiveita kotihoidon palveluita uudistettaessa. Tutkimuksella haluttiin selvittää, mitä asiakkaat odottavat saamaltaan palvelulta ja miten palvelulle saadaan lisäarvoa. Tutkimuksessa nousi esille asiakkaiden toive vahvistaa omaa rooliaan palvelun suunnittelussa, tulla kuulluksi, osalliseksi ja päästä vaikuttamaan myös kotihoidon kehittämistoimintaan. Asiakkaat toivoivat, että heidät nähdään itsemääräämisoikeuden omaavina yksilöinä, joilla on henkilökohtaiset tavat ja tottumukset, joita tulee kunnioittaa hoitosuhteessa. (Hennala 2014, 67, 78–79.)

Kotona asumisen tukemiseksi tarvitaan erilaisia toimintamalleja. Nämä toimintamallit tukevat ikääntyneen itsenäistä suoriutumista, arjessa kuntoutumista ja toimintaa, joka tukee ylläpitävää toimintakykyä. Kotihoidon monipuolisuutta tulisi kehittää digitalisaation ja hyvinvointiteknologian puitteissa. Kotihoidon palveluita tulisi olla myös riittävästi tarjolla ikääntyneen toimintakyvyn vahvistamiseksi ja omaishoitajien tukemiseksi. (STM 2020, 12.)

Ikääntyneiden palveluita ja asumisoloja koskevissa asioissa käytännön toimet tulisi järjestää asiakaslähtöisesti. Hoitoa ja huolenpitoa koskevissa asioissa on aina konsultoitava ikääntynyttä itseään. Ensisijalla ovat aina ratkaisut, jotka edistävät ja tukevat parhaiten ikääntyneen mahdollisuuksia itsenäiseen elämään tutussa elinympäristössään. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nieminen 2014, 61.) Kotona asuminen tukevien palvelujen tarkoituksena on myötävaikuttaa turvalliseen kotona asumiseen erilaisten ehkäisevien palvelujen, kotihoidon, omaishoidon tukien, terveyspalvelujen ja palvelutarpeen arvioinnin avulla (Ikonen 2015, 18).

Ikääntynyt on aina toiminnan arvioinnissa keskeinen, koska kotihoidon palvelutoiminta on olemassa ikääntyneitä varten. Ikääntyneen tyytyväisyys palveluun muodostuu hänen asettamistaan odotuksista kokemuksiin vertailemalla. Tyytyväisyys ja palvelun arviointi voidaan jakaa yksittäisen ikääntyneen saaman palvelun arvioimiseen tai koko kotihoidon palvelutoimintaan. Oleellista asiakastyytyväisyyden seuraamisessa on, että päivittäisen työn ohessa saatu asiakaspalaute kirjataan aina ylös. Tyytyväisyyttä voidaan seurata myös erilaisilla kyselyillä ja haastatteluilla. Näin saatu palaute on mahdollista käsitellä ja tarvittaessa suorittaa jatkotoimenpiteitä. Erilaiset muistutukset ja kantelut osoittavat, että kotihoidon laatu on jo alittanut sille asetetut vaatimukset. (Heinola 2007, 30.) Kotihoitoa ja kotisairaanhoidoa organisoidaan kunnissa eri tavoin. Kotihoito voi olla esimerkiksi kunnan tuottamaa palvelua osana muita sosiaalipalveluja, ja kotisairaanhoidosta voi vastata kunta tai yksityinen palveluntuottaja. Kotisairaanhoidosta voi järjestää myös osana terveyskeskuksen toimintaa. Nämä ovat muutamia esimerkkejä kotihoidon ja kotisairaanhoidon järjestämisestä. (Ikonen 2015, 21.)

Laissa on säädetty ikääntyneiden henkilöiden oikeudesta sosiaaliseen suojeluun artiklassa 23. Pykälissä 23§2 ja 23§3 säädetään ikääntyneen asianmukaisesta tuesta. Tämä säädös antaa liikkumavaraa valtiolle hoidon ja huollon järjestämisestä. Ikääntyneen huolenpito voidaan hänen omassa kodissaan järjestää koko-aikaisena kotipalvelun ja kotisairaanhoidon avulla tuettuna kotihoitona tai omaishoitona, tai osa-aikaisena kotihoitona ja/tai omaishoitona, jossa päiväsaikaan tapahtuva hoito järjestetään päiväkeskuksessa tai laitoksessa. Huolenpito voidaan liittää erilaisiin palvelukokonaisuuksiin kotona tai laitoksissa. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nieminen 2014, 63.) Kotihoitoa myönnetään ikääntyneille, vammaisille tai sairaille, ja henkilöille, joilla on muusta syystä alentunut toimintakyky. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) ohjaavat kotihoidon palveluita, jotka auttavat arjen askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa. Toimintaa valvoo sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.) Myös lainsäädäntö velvoittaa asiakaslähtöisyyteen. Esimerkkinä ovat lait ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista, joissa kuntien vanhusneuvostoja edellytetään

ottamaan kuntalaiset mukaan palveluiden suunnitteluun. (Ovaskainen ym. 2016, 77.)

Yksi ikääntyneen toimijuuden rajoittava tekijä on liikkumiskyvyn heikentyminen. Kotihoidossa työntekijän asiakaslähtöinen toimijuus ja ikääntyneen voimavara-riippuvainen toimijuus tulisi kohdata niin hyvin, että sillä voitaisiin ehkäistä ikääntyneen syrjäytymistä tukemalla toimijuutta. Tämän onnistumiseksi huomio tulisi kiinnittyä ikääntyneen arjessa toteutuvaan toimijuuteen ja olemassa olevaan toimintakykyyn. (Engeström & Niemelä & Nummijoki & Nyman 2009, 87–88.)

Ikääntyneiden yksinäisyys lisääntyy väestön ikärakenteesta ja hoitostrategian muutoksista johtuen. Tähän vaikuttavat myös nouseva elinikä, ikääntyneiden hoitaminen kotiin mahdollisimman pitkään, pienet perheet ja yksin asumisen yleistyminen jo työiässä. Kaupungistumisen myötä yhä useampi ei tunne naapuriaan tai kaupan myyjää, jonka kanssa voisi vaihtaa kuulumisia. Elämänpiiri kaventuu ikääntymisen tuomien sairauksien tai heikentyneen liikkumiskyvyn vuoksi. Monilla kotihoidon asiakkailta sosiaaliset suhteet rajoittuvat hoitohenkilöstöön, eikä yksinäisyydestä puhuminen tai sen esille tuominen ole helppoa. Asian käsittely vaatii hoitohenkilöstöltä hienotunteisuutta ja uudenlaista otetta yksinäisyyden huomioimiseen. (Engeström ym. 2009, 135–136.)

3.2 Etäkotihoito ja sen tuomat mahdollisuudet kotihoidossa

Etähoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa, jota tarjotaan siten että asiakas ja hoitaja eivät ole fyysisesti samassa tilassa. He voivat olla kuva- ja ääniyhteydessä toisiinsa. Etähoitoon voidaan liittää myös erilaisia terveydentilan seurantalaitteita, jotka välittävät tietoa terveydenhuoltoon. Asiakkaalta voidaan seurata näin esimerkiksi verensokeriarvoja. (Forsberg, Intosalmi, Nordlund & Suhonen 2014, 15.)

Uudenlaisia mahdollisuuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä vaihtoehtoja palveluiden tuottamiseen voidaan luoda digitalisaation sekä uuden teknologian avulla. Iäkkäiden kohdalla digitalisaation ja teknologian hyödyntämisessä on hyvä muistaa, että niihin liittyy usein kuitenkin käytettävyy-, osaamis-

ja tietoturvakysymyksiä. Terveydenhuollon ammattilaisen on arvioitava kriittisesti, sopiiko palvelu etäpalveluna annettavaksi. Tietosuoja ja potilasturvallisuus on otettava huomioon yhtä lailla kuin perinteisiä palveluja tarjottaessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 30; Ahonen, Kinnunen & Kouri 2016, 15.) Jotta digitalisaatio voi toteutua, on sen ehtona, että digitaaliset ratkaisut ovat sekä asiakkaalle että terveysalan ammattilaisille hyödyksi ja ratkaisut ovat helppokäyttöisiä. Parhaimmillaan asiakkaan näkökulmasta digitaaliset ratkaisut tuovat turvaa omaan elämään, kun ne ovat rakennettu vastaamaan yksilöllisiä tarpeita. Samaan aikaan ne tuovat säästöjä terveydenhuollolle, vaikka esimerkiksi etäyhteydenottoja olisi useita päivän aikana ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Näin ollen hyöty on molemminpuolista. (Perälä-Heape 2019, 137–138.)

Etäkotihoito perustuu digitaalisiin palveluihin. Digitaaliset eli sähköiset palvelut terveydenhuollossa tarkoittavat tietokoneen, mobiililaitteiden, tieto- ja viestintätekniologioiden mahdollistamia yhteydenottoja ja palveluprosesseja asiakkaiden ja työntekijöiden välillä. Parhaimmillaan sähköiset palvelut lisäävät asiakaskeisyyttä, tekevät palveluista laadukkaampia ja lisäävät asiakkaan valinnanvapautta palvelukokonaisuutta suunniteltaessa. Sähköisten palveluiden ei ole tarkoitus täysin korvata kasvokkain tapahtuvia kontakteja vaan tehdä palveluista monimuotoisempia ja joustavampia. Tulevaisuudessakin tulee olemaan asiakkaita, joilla on sellaisia hoidon tarpeita, että perinteisiä lähikontakteja tarvitaan. Erilaisten sähköisten ratkaisujen tulee lähtökohtaisesti kuitenkin saada aikaan säästöjä ja saada tehostettua toimintaa terveydenhuollossa. Tämän edellytyksenä on, että uusia teknologioita tunnetaan, tutkitaan ja kehitetään. (Perälä-Heape 2019, 136; Helkiö, Kautonen, Riippa & Rönkkö 2016, 53–54.)

Suomessa hoitajien määrä tulee vähenemään samanaikaisesti, kun hoitoa tarvitsevien ikäihmisten määrä lisääntyy. Yhtenä ratkaisuna tähän on teknologian ja robotiikan käyttöönotto. Tällä hetkellä robotiikka ei ole juurikaan vielä ottanut sijaa hoitotyön arjessa, mutta teknologisia ratkaisuja on jo alettu hyödyntää. Suomessa on tutkittu, että esimerkiksi sairaanhoitajat suhtautuvat myönteisesti teknologiaan ja ovat halukkaita myös itse sitä kehittämään. Suomessa on jo ny-

kyisin paljon teknologiaa kotihoidossa käytössä, johon voidaan yhdistää esimerkiksi videoteknologiaa. Tällaisia ratkaisuja ovat muun muassa hälyttävät älymatot ja -rannekkeet sekä GPS-paikantimet. (Kataja 2016, 58, 64, 67.)

Ruotsissa on oltu jo pidemmän aikaa askeleen verran Suomea edellä teknologisissa innovaatioissa ja robotiikassa. Esimerkiksi Västeråsissa kotihoidossa on käytössä muun muassa etäyhteyden kautta toimiva robotti, joka on etäkontaktin aikana hoitajan ohjattavissa. Hoitaja voi ohjata robotin tarkistamaan, onko asiakas muistanut ottaa lääkkeitä ja onko sovitut ateriat tulleet syötyä. Skypen välityksellä toimivan robotin käyttö on aiheuttanut eettisyyteen ja tietosuojaan liittyvää pohdintaa. Mitä asioita hoitajat saavat selville ja mitä eivät? Tuleeko asiakkaalle tunne, että hänen asioihinsa kajotaan liikaa, kun kameralla varustettu robotti liikkuu asunnossa? Myös turvallisuuteen liittyy kysymyksiä. Mitä tapahtuu, jos robotin yhteys pilvipalveluun katoaa tai se joutuu hakkeroinnin kohteeksi? Voiko robotti toimia näissä ja vastaavissa tilanteissa myös ilman verkkoyhteyttä? Jos robotti tekee virheen, kenen vastuulla se on? (Kataja 2016, 65–68.)

Etäkotihoidossa käytettävästä teknologiasta on hyötyä esimerkiksi kotiutustilanteissa ja hoidon tarpeen arvioinnissa. Päätöstä asiakkaan kotiin jättämisestä voisi helpottaa, jos tilanteen kehittymistä kotiloissa voitaisiin seurata tarkemmin. Tämä vaikuttaisi myös terveydenhuollon kustannuksiin. Teknologia auttaa arvioimaan hoitoa ja seuranta tarvitsevia asiakkaita. Erilaisten tekoälyyn pohjautuvien järjestelmien tulisi asiantuntijoiden mukaan tunnistaa tasapainon heikkenemistä, puheen sammaltamista ja jopa mielialan muutoksia. Ne voisivat antaa ohjeistuksia myös tarvittaviin toimenpiteisiin ja arvioita erilaisten oireiden kokonaiskuvasta. (Hautala ym. 2019, 140.)

3.3 Etäkotihoitoa käsitteleviä kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia ja hankkeita

Etäkotihoitoa on tutkittu kotimaassa ja ulkomailla erilaisten tutkimuksien avulla. Tutkimukset ovat tukeneet selvitystyömme tekemistä. Lisäksi nostimme esille selvitystyön kannalta oleellisia etäkotihoitoon liittyviä hankkeita. Tutkimusten tulokset antoivat osviittaa myös mahdollisista tuloksista selvitystyössämme.

Sipponen (2020) on tutkinut kotihoidon hoitohenkilöstön kokemuksia etäkäynneistä pro gradussaan. Tutkimuksen mukaan etäkäynnit lisäsivät asiakkaiden turvallisuuden tunnetta, mahdollistivat etäkäyntien toteuttamisen laajemmalla alueella ja sujuvoittivat yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Etäkotihoidossa työskentely mahdollisti hoitotyön tekemisen, jos työntekijällä oli esimerkiksi fyysisiä rajoitteita. (Sipponen 2020.)

Vuonna 2020 yhdysvaltalainen tutkijaryhmä teki tutkimuksen virtuaalisesti toteutetuista kotihoidon käynneistä sydämen vajaatoimintaa sairastavien asiakkaiden osalta. Tutkimus ajoittui juuri Covid-19-pandemian alkuaikoihin ja kyseinen ajankohta oli tilaisuus etäyhteyksien hyödyntämiseen kyseisen asiakasryhmän kohdalla. Tutkimuksessa selvisi, että asiakkaat kokivat etäyhteydellä toteutetut kontaktit hoitajan kanssa onnistuneiksi ja he saivat kokemuksen, että hoito onnistuu myös etäyhteyden avulla. Asiakkaiden mielestä etäkontaktit olivat samanvertaisia kuin tavanomaiset kotihoidon käynnit. Etäkontaktien sisältö muodostui pääasiassa voinnin seurannasta sekä lääke- ja ravitsemusneuvonnasta. Asiakkailla oli etäkontaktien lisäksi myös tavallisia kotihoidon käyntejä. Covid-19-pandemian takia asiakkaat pitivät hyvänä, että lähikontakteja hoitohenkilökunnan kanssa pystyi välttämään ja näin pienentämään riskiä saada itselleen tartunta. Myös osa asiakkaista piti siitä, että omaan kotiin ei tarvinnut päästää vieraita ihmisiä. Hankalaksi koettiin ainoastaan tekniikkaan liittyvät asiat, koska internetyhteyksien ja sisäänkirjautumisien kanssa oli ajoittain hankaluuksia. Hankaluudet olivat sitä yleisempiä mitä iäkkäämmästä asiakkaasta oli kyse. Etäkontaktien aikana hoitajat antoivat ongelmatilanteissa opastusta. Asiakkaat toivoivat, että kirjautuminen etäyhteyteen toimisi ”yhden klikkauksen” -periaatteella salasanan syöttämisen sijaan. Huolta asiakkaissa herätti se, näkeekö etäkontaktissa oleva hoitaja riittävän hyvin heidän kokonaistilannettaan, kun ei ole fyysisesti asiakkaan luona. Asiakkailla oli etäyhteydessä tärkeää, että he näkivät hoitajan kasvot kuulemansa äänen lisäksi. Tyytyväisyyttä lisäsi hoitajan pysyminen samana etäkontaktista toiseen. Etäkontaktien myötä asiakkaat kokivat yksinäisyyden tunteen vähentyneen, kun he saivat kommunikoida hoitajan kanssa. Tutkimuksessa todettiin, että etäyhteyksien käyttökokemuksista tarvitaan lisää tutkimustietoa, jotta sen hyöty

saadaan maksimoitua tulevaisuudessa. (Birkhoff, McCulloh Nair, Bald, Frankum, Sanchez & Salvatore 2021, 1–8, 10.)

Etelä-Norjassa tehdyssä etäkotihoiton asiakkaiden omaishoitajien kokemuksiin perustuvassa tutkimuksessa Solli ja Hvalvik (2019) ovat todenneet läheisyyden ja empatian olevan sanoja, joilla hoitajat ovat kuvailleet heidän ja omaishoitajien välistä yhteydenpitoa. Etäkotihoitoa on kuvattu upeaksi mahdollisuudeksi tarjota tukea omaishoitajille, joka voi kotoaan olla etäyhteydessä samalla kun hoidettava lepää toisessa huoneessa. Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat vahvistaneet omaishoitajuutta ja sosiaalinen ulottuvuus oli saavutettu myös etäyhteyden avulla. Kuvaavia sanoja olivat erityisesti empatia, kunnioitus ja hoiva. Tuloksissa tuotiin ilmi, että teknologian käyttäminen haastaa omaishoitajien ja hoitajien suhdetta, mutta sen hyötyjä on tuotava esiin, jotta teknologian mahdollisuuksia osataan hyödyntää potilaan ja yhteiskunnan eduksi. (Solli & Hvalvik 2019, 1–10.)

Norjassa on tehty tutkimus myös etäyhteyttä käyttävien syöpäsairaiden potilaiden ja heitä hoitavien sairaanhoitajien teknisten ja koulutuksellisten haasteiden näkökulmasta etäyhteyksien käyttöönottoprosessin aikana. Tutkimuksessa selvisi, että potilasturvallisuuden kannalta on ehdottoman tärkeää, että tekniset ongelmat, kuten internetyhteyksien toimimattomuudet, saadaan minimoitua. Hoitajan tulee huomioida, jos asiakas ei ole etäyhteyden päässä sovitusti, niin kyseessä voi olla tekninen ongelma. Yhteyksien toimivuuden lisäksi organisaation johdon tulee varmistaa, että kaikki osapuolet saavat riittävän koulutuksen, jotta etäyhteyden käyttö turvallisesti ja laadukkaasti on mahdollista. Pääsääntöisesti asiakkaat kokivat etälaitteen käytön helpoksi ja pitivät puheluiden sijasta tärkeänä nähdä myös hoitajan kasvot. Myös henkilökunnan tietoteknisen osaamisen tasossa oli vaihtelua ja se luonnollisesti vaikutti etäyhteyden käyttöön liittyvän koulutuksen tarpeeseen. Kaiken kaikkiaan hoitajat näkivät etäyhteyden työtä helpottavana, vaikka se käyttöönottovaiheessa työllistikin enemmän. (Rygg, Brataas & Nordtug 2018, 1–5.)

Työterveyslaitoksen julkaisemassa tutkimusraportissa esiteltiin tuloksia hoiva-työn teknologiavälitteisyyden vaikutuksista hoitotyöntekijöiden työhyvinvointiin,

työn muuttumiseen ja hoitajien ja asiakkaiden väliseen suhteeseen kotihoidossa. Tutkimustuloksissa selvisi teknologian käytöstä johtuvia ominaispiirteitä. Kotihoidossa hoitajat hyödynsivät teknologiaa kirjaamalla asiakkaan tiedot potilastietojärjestelmään jo asiakkaan luona ollessaan ja pitivät yllä asiakkaan luona olevaa hyvinvointiteknologiaa. Etäkotihoidossa puolestaan teknologian avulla keskityttiin intensiivisesti keskustelemaan asiakkaan elämään liittyvistä asioista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että uusien teknologiapainotteisten työtapojen ja -tehtävien lisääntyessä hoitohenkilökunnan ammatillisuuteen sisältyi siitä huolimatta hyvin vahvasti halu toteuttaa aidosti vuorovaikutuksellista suhdetta asiakkaiden kanssa vaikkakin se lisäsi hoitohenkilökunnan työn kuormittavuutta. (Saari, Koivisto, Koskela, Känsälä, Rydman & Turunen 2022, 3–4.)

Tutkimuksessa tuli esille etähoivassa korostuva asiakkaan ja hoitajan intensiivinen kohtaaminen, jossa ollaan koko kontaktin ajan kasvotusten. Tämä poikkeaa tavanomaisesta kotihoidon lähikäynnistä, jossa helposti toiminta painottuu tekemiseen, kuten esimerkiksi aamiaisen valmistamiseen. Oli myös kokemuksia, että etäyhteydessä asiakkaat avautuvat helpommin mieltä painavista asioista, kun hoitaja ei ole kotona asiakkaan luona. Tutkimuksessa nousi yhteiseksi näkemykseksi lähi- ja etäkotihoidossa, että hoitohenkilöstö halusi panostaa empatiayhteyden muodostumiseen, koska sitä pidettiin tärkeänä hoitosuhteessa. Etähoivassa hoitajan tulee löytää erilaiset keinot osoittaa asiakkaalle empatiaa, kun esimerkiksi koskettaminen ei ole mahdollista. Sen sijaan hymyilemisen merkitystä korostettiin. Haasteena etähoivakontakteissa pidettiin sitä, että asiakkaan kotiympäristöstä tehtävät havainnot jäivät pois, koska se auttaa usein ymmärtämään asiakkaan kokonaistilannetta paremmin. Tutkimus oli toteutettu Covid-19 –pandemian aikana ja silloin lähikäynneillä hoitajilla oli kasvomaski käytössä, kun taas etäkontaktin aikana hoitaja ei käyttänyt kasvomaskia. Tämän arveltiin vaikuttaneen empatiakokemukseen positiivisesti etäkotihoidon osalta. (Saari ym. 2022, 77–79, 120.)

Tutkimuksessa esille nousevissa kehittämissuosituksissa tuotiin esille, että teknologian lisääntyessä päivittäisessä hoitotyössä tulisi siihen varata myös riittä-

västi aikaa, koska se on vaativa työtehtävä. Tähän tulisi kiinnittää huomiota erityisesti teknologian käyttöönottovaiheessa, mutta myös ylläpito vie aikaa. Tutkimuksessa selvisi, että esihenkilöt ja työntekijät kokivat etäkotihoiton hyväksi ominaisuuksiksi hoitajien tekemien tarkistuskäyntien vähentymisen asiakkaiden luona sekä tiedonkulun ja hoidon läpinäkyvyyden lisääntymisen vaikkakin se oli tuonut myös uusia tehtäviä. (Saari ym. 2022, 123–124.)

Digitalisaation tutkimus- ja selvityshankkeessa Smart Countryside (2017) toteutettiin tulevaisuustyöpaja, jossa mukana oli myös Pohjois-Karjalan DigiSote ja Etko-hankkeet. Työpajasta nousi esille erityisesti digitalisaation mahdollisuudet yksinäisyyden lieventämisessä, ikääntyneen kotona asumisen tukemisessa ja ennaltaehkäisevissä palveluissa. Digitalisaation arveltiin lisäävän tasa-arvoa, korvaamatta silti fyysisiä palveluita. (Antikainen ym. 2017, 76–77.)

KATI-ohjelma eli Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille -hanke on mukana uudistamassa ikäihmisille kotiin suunniteltavia palveluita. Hanke on toiminnassa 1.9.2020–30.6.2023 ja on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kehittämistyötä tekevästä hankkeista. KATI-ohjelman tarkoituksena on edistää ikäihmisten toimintakykyä ja pidentää kotona asumisen mahdollisuutta, sekä kehittää uusia teknologioita kotihoidon henkilöstön käyttöön. Ohjelmalla on monia tavoitteita, kuten omaisyhteistyön sujuvoittaminen sekä ajantasaisemman tiedon kerääminen ja oikea-aikaisten palveluiden järjestäminen. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2022.) KATI-aitiopaikka-seminaarissa luennoitsija Numminen Helsingin kotihoidosta listasi onnistumisen edellytyksiä etähoidolle. Näitä olivat muiden kuntien hyödyntäminen ja yhteistyö etähoidon kehittämisessä, erilaiset pilottihankkeet ja avoin mieli, rohkeus uudistua, selkeät tavoitteet ja suunnitelmat, asiakastarpeiden arvioiminen nyt ja tulevaisuudessa, riittävän ajan varaaminen oppimiselle, toimiva viestintä ja yksinkertaiset ratkaisut. Lisäksi Numminen korosti yhteiskäyttelyä palveluntuottajan kanssa, käyttäjäkokeiluja ja pilottihankkeita. (Numminen 2022.)

Toimiva kotihoito Lappiin -hanke toteutettiin 21 kunnassa ajalla 1.10.2016–31.12.2018. Hanke oli mukana ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan

kaikenikäisten omaishoitoa” -kärkihankkeessa. Hankkeen tavoitteita olivat asiakaskeskeisyys, toiminnallisen integraation toteuttaminen ja toimintakäytäntöjen kehittäminen sekä osaava henkilöstö. Kehittämisen kärkinä hankkeessa nostettiin esille yhteinen palveluneuvonta- ja ohjausmalli, teknologia-avusteiset kotihoidon prosessit, saamenkielisten ikäihmisten ja heidän palvelutarpeensa huomiointi, kotiin vietävien palvelujen kehittäminen ja laajan kotikuntoutuksen mallin käyttöönotto ja kehittäminen. Hankkeen keskeisimmät saavutukset olivat käsikirja toimivalle kotihoidolle, uudet toimintamallit ja osallisuuden lisääntyminen, hankkeen osallisuus maakunnan sote-valmistelutyöhön ja yhtenäiset toimintaperiaatteet. Tuotoksena syntyi Parasta elämää kotona – kotihoidon huoneentaulu, kotihoidon asiakkaan polun kuvaaminen, asiakkaan tuen malli, Lapin kotikuntoutuksen malli ja toteutusmuodot, ennakoivan kotiutumisen malli, Virtu.fi -hoitajan sähköinen lähete, yhtenäisten kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteet ja ulkoilu-, asiointi- ja saattajamalli. (Harju & omatiimi 2018, 3, 5, 8, 10, 14.)

Vuosina 2020–2021 on toteutettu Sote-rakenneuudistus Lapissa -hanke, johon sisältyi etäpalveluratkaisujen käyttökokemuksien tarkastelu ja sen yhtenä osana alueena etäkotihoito. Hankkeen loppuyhteenvedossa nostettiin esille etäkotihoitoon hyödyiksi asiakaskäytien lisääntyminen ja pitkien etäisyyksien päässä asuville pystyttiin tarjoamaan enemmän palveluja sekä lääkärin vastaanoton mahdollistuminen etäyhteyden avulla asiakkaan ollessa kotona. Työnantajan näkökulmasta hyötyjä olivat ajankäytölliset seikat ja henkilöstöressurssien parempi hyödynnettävyys. Etäkotihoitoon oli huomattu myös tukevan asiakkaan omatoimisuutta. Haitoiksi ja riskeiksi puolestaan oli havaittu yhteysongelmat ja Suomi.fi -tunnistautumisen puuttuminen. Pohdintaa aiheutti myös se, saako etäyhteyden avulla täysin samaa tietoa asiakkaan tilanteesta, kuin fyysisellä kotihoidon käynnillä. (Yliräisänen-Seppänen 2021, 28.)

4 KEMINMAAN KUNTA ETÄKOTIHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

4.1 Keminmaan kunta

Keminmaa sijaitsee Meri-Lapissa. Pääelinkeinoina Keminmaassa on teollisuus, ja siellä sijaitsee muun muassa Suomen suurin maanalainen kaivos, Elijärven kaivos (Business Lapland 2022). Keminmaan pinta-ala on 644,05 km² ja sen alueella toimii yli 100 yritystä (Keminmaan kunta 2022). Keminmaan väestön määrän kehitys on viime vuosina ollut laskeva. Vuonna 2021 se oli 7 904 henkeä. Tästä väkimäärästä 26,6 % oli 65 vuotta täyttäneitä. Suhteessa muihin ikäryhmiin 65-vuotiaiden osuus on ollut kasvava. (Suomen virallinen tilasto 2021.)

Väestöllinen huoltosuhde tarkoittaa lasten- ja vanhuseläkeikäisten määrän suhdetta työikäisen väestön määrään. Se pohjautuu ainoastaan väestön ikärakenteeseen eikä se huomioi työllisyyttä. Vertailun vuoksi koko maan väestöllinen huoltosuhde on ollut hieman yli 50 vuodesta 1987 lähtien, kun Keminmaassa se on ollut 76 vuonna 2021. Vuonna 2030 huoltosuhteen arvioidaan olevan koko maassa hieman yli 70. Se tarkoittaa työikäisen väestön osuuden pienenemistä noin 65 %:sta alle 60 %:n. (Ruotsalainen 2013.)

4.2 Keminmaan SOTE-palvelut ja kotihoito

Selvitimme taustatietoja Keminmaan kunnan tarpeista ottaa käyttöön etäkotihoito yhtenä palvelumuotona. Teimme sähköpostitse lähtötilannetta kartoittavan tiedustelun toimeksiantajalle. Keminmaassa oli lähtökohtaisesti tarve ottaa etäkotihoito käyttöön, jotta henkilöstön riittävyys saadaan taattua. Siihen vaikutti myös pitkät välimatkat, joten toimeksiantaja arvioi etäkäyntien avulla säästyvän työntekijöiden aikaa. (Keminmaan perusturvajohtaja 2022.)

Selvitystyön aikaan valmisteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, jossa hyvinvointialueita muodostui yhteensä 21 ja niiden toiminta alkaa virallisesti 1.1.2023 (Valtioneuvosto 2022). Lapin hyvinvointialue on jaettu neljään palvelualueeseen. Keminmaa kuuluu Lounais-Lapin palvelualueeseen, johon kuuluvat lisäksi Kemi, Simo, Tervola, Tornio ja Ylitornio. Asukkaita koko alueella on 59

000. (Sivula 2022.) Kunnilta ja kuntayhtymiltä siirtyy vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä pelastustoimen järjestämisestä tuleville hyvinvointialueille. Ikäntyneiden palvelut ovat osa uudistusta. Ainoastaan Helsingin kaupungilla palveluiden järjestämisvastuu ei siirry hyvinvointialueelle. Hyvinvointialueiden tavoitteena on palveluiden parempi yhteen toimivuus ja saumattomuus. Uudistuksessa painotetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, joka tulisi vähentämään sosiaali- ja terveystalouden palveluiden tarvetta. (Valtioneuvosto 2022.) Lapin hyvinvointialueen vastuuvastuun valmistelijan mukaan esimerkiksi vuonna 2022 tapahtuvista laitehankinnoista vastaa kunta ja vuodesta 2023 alkaen hyvinvointialue. Keskustelua oli käyty myös hyvinvointialueiden yhteisestä etäkotihoitokeskuksesta. (Niiranen 2022.)

5 KUVAUS SELVITYSTYÖN TOTEUTTAMISESTA

5.1 Selvitystyön lähtökohtia

Ennen varsinaista opinnäytetyöksi tarkoitettua selvitystä teimme tiedustelun Keminmaan kunnan perusturvajohtajalle selvitystyöhön liittyvistä odotuksista, tarpeista ja tavoitteista. Perusturvajohtajan mukaan Keminmaassa oli tavoitteena saada monipuolisemmat palvelut asiakkaille ja mahdollistaa etäkotihoiton käynnistämällä asiakasmäärän kasvattaminen ilman mittavaa henkilöstöresurssin lisäämistä. Toimeksiantajan mukaan etäkotihoiton käyttöönotto helpottaisi hoitajien työtä ja vähentäisi etenkin pitkien ajomatkojen päässä olevia käyntejä, koska käynnin syy saattoi olla ainoastaan lääkkeiden antaminen asiakkaalle. (Keminmaan perusturvajohtaja 2022.) Selvitimme myös Keminmaan vanhusneuvoston roolia ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä kunnassa. Vanhusneuvosto on toimeksiantajan mukaan aktiivinen ikääntyneiden asioiden eteenpäin viejä (Keminmaan perusturvajohtaja 2022).

Selvitystyön suunnittelupalaverissa Keminmaan perusturvajohtaja ja hoito- ja hoivatyön johtaja totesivat kotihoiton asiakkaiden määrän olevan kasvava suhteessa pahenevaan henkilöstövajeeseen. Lisäksi kotihoiton asiakaskäyntien välimatkojen kerrottiin olevan pitkäköjä. Suunnittelupalaverissa pohdittiin mahdollisia asiakasryhmiä, joille etäkotihoiton palvelua voi tarjota, jotta hyötysuhde olisi mahdollisimman hyvä. Keskustelun myötä kohderyhmäksi tarkentui ikääntyneet kotihoiton asiakkaat. Etäkotihoitossa käytössä oleva laitteisto tulisi olla helppokäyttöistä, jotta se ei koidu esteeksi ikäihmisille. Lähtökohtana oli tehdä selvitystyö, jonka avulla luotiin etäkotihoiton malli Keminmaan kunnalle. Mallin avulla palveluntarjontaa voitaisiin rikastuttaa sekä vastata aiemmin mainittuihin tarpeisiin. (Keminmaan perusturvajohtaja & hoiva- ja hoitotyön johtaja 2021.)

Selvittääksemme lähtökohtia Keminmaan etäkotihoiton suunnittelulle, täytyi ottaa huomioon myös tulevat hyvinvointialueet ja niiden vaikutus kunnan tuottamiin palveluihin. Kävimme 29.-31.3.2022 välisenä aikana keskustelua sähköpostitse hyvinvointialueiden ikääntyneiden palveluiden järjestämisen vastuuvastuun valmistelijan

Liisa Niirasen kanssa. Kerroimme opinnäytetyöstämme ja kysyimme tarkentavia kysymyksiä etäkotihoiton järjestämisestä ja mahdollisista laitehankinnoista kunnalle. Esiin tuli mahdollinen etäkotihoitokeskus, johon kuuluisi useampi kunta. (Niiranen 2022.)

Lisäksi kartoitimme benchmarkkausprosessia varten kuntia, joissa etäkotihoito oli ollut jo jonkin aikaa käytössä. Toimeksiantajan toiveena oli, että kyseisissä vertailukunnissa on yhtäläisyyksiä Keminmaan kanssa väkiluvun ja etäisyyksien osalta. Vertailukunniksi valikoituivat lopulta Lieksa, Kuusamo, Ylöjärvi ja Tornio. Ylöjärvi valikoitui yhdeksi kunnaksi, vaikka siellä on asukkaita reilusti enemmän kuin Keminmaassa (33427 asukasta). Siellä etäkotihoito oli ollut jo useamman vuoden ajan käytössä ja kyseinen kunta oli saanut myös valtakunnallista tunnustusta etäkotihoiton kehittämisen edelläkävijänä. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen Ylöjärvi ei osallistunut haastatteluun heille koituneen esteen takia.

5.2 Menetelmänä benchmarkkaus

Toteutimme selvitystyön laadullisella tutkimusotteella benchmarking-menetelmällä. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että sen tavoitteena on tunnistaa tutkittavasta aineistosta tapoja toimia sekä samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 66.) Laadullinen tutkimus on ymmärtävää ja ihmistieteellistä tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 72). Sen avulla selvitetään ihmisten kokemuksia ja maailmaa, jossa he elävät (Holloway & Galvin 2017, 3).

Ajatus benchmarking-menetelmän käytöstä tuli toimeksiantajalta ja koimme sen itsekin toimivaksi menetelmäksi työelämälähtöiselle tutkimukselle, kun vertailimme eri tutkimusmenetelmiä. Benchmarking on oman kehittämisen kohteen vertailua toiseen. Toinen vertailunkohde on usein paras olemassa oleva käytäntö, eikä sen tarvitse löytyä samalta alalta kuin kehitteenä oleva kohde. Uutta tuotetaan, kun parempia käytänteitä sovelletaan omaan organisaatioon. Benchmarkingissa luodaan tavoitteita sekä kehitysideoita, joilla kehitetään omaa

kohdetta ja organisaatiota. Tarkoituksena on myös tunnistaa käytäntöjen heikkouksia ja kehittää toimintaa sillä tavoin. Menetelmällä voidaan kehittää organisaation laatua, tuottavuutta, työtapoja ja toimintaprosesseja. Haasteena on, kuinka tutkija havaitsee parhaan käytännön vahvuudet ja kuinka ne hyödynnetään oman toiminnan kehittämisessä kohti parempaa toimintaa. Benchmarkkausmenetelmää käytettäessä on osattava ennakoida tulevaisuutta, jos tavoittelee menestystä. (Hotanen ym. 2001, 7–8; Ojasalo, Ritalahti & Moilanen 2020, 186.)

Sana benchmarking on peräisin englanninkielisestä termistä “benchmark”. Sillä tarkoitetaan maastossa olevaa vertailukohtaa, johon muut mittaustulokset suhteutetaan. (Vuorinen 2014, 158.) Sanalle benchmarking ei ole täysin sopivaa käännöstä suomen kielelle. Siitä käytetään muun muassa nimityksiä esikuvilta oppiminen, parastaminen, vertailukehittäminen ja vertaisanalyysi. Koska selkeää yhtä käsitettä ei ole vakiintunut, on käytössä termi benchmarking. Käytännössä benchmarking on vuorovaikutteisen oppimisen menetelmä, jossa opitaan hyviltä esikuvilta ja tavoitteena on sen avulla parantaa omaan toimintaa. (Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 6–7.) Se ei ole toisilta organisaatioilta toimintamallien kopioimista vaan jatkuvaa oppimista esikuvilta. Tätä halutaan nykyisin korostaa benchmarking-käsitteellä. Alun perin benchmarkkausta käyttivät voittoa ja kilpailuetua tavoittelevat yritykset, mutta nykyisin se on myös hyötyä tavoittelemattomien organisaatioiden strateginen työkalu. (Vuorinen 2014, 158, 165.)

Yksi benchmarkkauksen tavoista on ryhmäbenchmarking (Hotanen ym. 2001, 8). Ryhmässä tapahtuva haastattelu poikkeaa ryhmäkeskustelusta sillä, että haastattelussa sen vetäjä huolehtii haastattelun etenemisestä ja pitää rungon kasassa antamalla vastausvuoroja osallistujille (Valtonen & Viitanen 2020, 118). Paras koko ryhmäbenchmarkkauksessa on vuorovaikutuksen kannalta kuusi (6) henkilöä. Käytännön kannalta kuitenkin kahdeksan (8) henkilöä on hyvä, jos tulee esiteitä osallistua esimerkiksi palavereihin. On toivottavaa, että kaikki osallistujat ovat yhtä motivoituneita, sitoutuneita ja aktiivisia benchmarkkausprosessissa. (Hotanen ym. 2001, 18–19.) Valtonen & Viitanen (2020) tekstissään tuovat esiin näkemyksen siitä, kuinka haastateltavien keskinäinen vuorovaikutus on yksi ryh-

mähaastattelun ominaispiirteistä. Läsnäolijat tulkitsevat oman tiedon esilletuomisen lisäksi toistensa kommentteja ja keskustelu etenee sen mukaisesti. Tätä sanotaan ehdollistavaksi tekijäksi tiedontuotannossa, ja tulee ottaa tutkimusprosessin aikana huomioon. (Valtonen & Viitanen 2020, 119.)

Selvitystyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa muissa kunnissa syntyneistä kokemuksista ja näkemyksistä etäkotihoidon käynnistämisestä ja toteuttamisesta. Tämän tiedon perusteella voitiin laatia esitys etäkotihoitomallista Keminmaahan sovellettavaksi, jonka esittelemme luvussa 7. Vertailukuntien, joita olivat Tornio, Lieksa ja Kuusamo, kotihoidon yhteyshenkilöt lupautuivat osallistumaan tutkimukseen vuoden 2022 alussa. Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelun avulla. (Liite 2) Ryhmähaastatteluun osallistui Kuusamosta ja Lieksasta yksi henkilö sekä Torniossa kaksi henkilöä. Haastattelu on laadullisessa tutkimuksessa yleinen tiedonkeruumenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83). Siinä on ominaista tutkijan rooli olla tarkkailijana, kuuntelijana ja kyselijänä. Tavoitteena on saada runsaasti aineistoa tutkimukseen. (Holloway & Galvin, 2017, 5.)

5.3 Aineistonkeruu

Tässä selvityksessä keräsimme kaksi aineistoa. Toinen aineisto kerättiin sähköpostikyselyn avulla Keminmaan vanhusneuvostolta. (Liite 1) Keminmaassa vanhusneuvoston rooli osana ikäihmisten palveluita oli todettu aktiiviseksi ja se herätti mielenkiintomme ottaa heidät mukaan tutkimukseen. Halusimme lisätietoa ja ikääntyneiden näkökulmaa myös Keminmaan kunnasta. Kysely käsiteltiin vanhusneuvoston kokouksessa 8.4.2022. Kokoukseen osallistui 11 henkilöä. (Keminmaan kunta 2022b) Saamamme vastaukset oli tiivistetty koko ryhmän näkemyksistä. Vanhusneuvosto vastasi esittämiimme kysymyksiin yhteisellä vastauksella.

Toinen aineisto muodostui Tornion, Lieksan ja Kuusamon yhteyshenkilöiden ryhmähaastattelusta. Laadimme kysymykset ryhmähaastatteluun mahdollisimman laaja-alaisesti, jotta saisimme kattavan aineiston analysoitavaksi. Käytimme ky-

symysten laadinnassa hyödyksi omaa kokemustamme hoitotyöstä sekä hankki-
maamme teoreettista tietoa ikääntyneiden kotihoidon ja etäkotihoidon palve-
luista. Kysymysten suunnitteluvaiheessa jaoimme kysymykset teemoihin, jotta ai-
neistoa oli helpompi litteroida ja tehdä siitä aineistonanalyysiä. Selvitimme ryh-
mähaastattelun avulla vertailukunnissa hyväksi havaittuja toimintatapoja ja esille
tulleita haasteita ja heikkouksia etäkotihoidon toteuttamisessa, koska tavoitteena
oli luoda Keminmaahan malli etäkotihoidosta näiden kokemusten pohjalta.

Käytimme ryhmähaastattelussa Teams-sovellusta, jonka avulla haastattelun pysy-
tyi tallentamaan. Toteutimme ryhmähaastattelun helmikuussa 2022. Ryhmä-
haastattelu sopi aineistonhankinnan menetelmäksi, koska benchmarkkaukselle
on ominaista, että prosessiin osallistuvilla on mahdollisuus oppia toisiltaan. (Ho-
tanen ym. 2001, 8). Ryhmähaastattelussa vertailukuntien edustajat pystyivät sa-
malla jakamaan kokemuksiaan.

Ryhmähaastattelussamme haastattelijoiden lisäksi oli neljä (4) osallistujaa alku-
peräisen 5–6 osallistujan sijasta yhden kunnan estyttyä osallistumasta haastat-
teluun. Haastattelu sujui ilman teknisiä ongelmia ja osallistujien keskinäinen kom-
munikointi oli luontevaa haastattelun alusta lähtien. Haastattelijoina kerroimme
haastattelun tarkoituksen ja miten haastattelu oli tarkoitus toteuttaa. Ryhmähaas-
tatteluun osallistuneet pystyivät hyödyntämään toisissa kunnissa saatuja koke-
muksia ja kuuluivat kuntien erilaisista toimintatavoista ja -malleista. He saivat sa-
malla mahdollisuuden halutessaan tuoda ne osaksi oman kuntansa etäkotihoidon
kehittämistä. Kerroimme haastattelun lopuksi siitä, miten opinnäytetyömme tulee
haastattelun jälkeen etenemään. Vertailukunnat olivat halukkaita perehtymään
Keminmaahan rakennettuun etäkotihoidon malliin sen valmistuttua.

Haastattelulla voidaan kerätä järjestelmällisesti tietoa halutusta aiheesta lähettä-
mällä esitettävät kysymykset ennakkoon haastateltaville. Tämä edesauttaa myös
saamaan paljon tietoa itse haastattelun aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75; Cof-
fey & Atkinson 1996, 56.) Ryhmähaastatteluun osallistuvat saivat etukäteen val-
mistautua haastatteluun tutustumalla kyselyyn, jota käytimme haastattelun run-

kona. Haastateltava on voinut näin valmistautua ja jäsenellä valmiiksi ajatuksiin aiheesta (Coffey & Atkinson 1996, 56). Haastattelun aiheesta tiedottaminen on myös eettistä toimintaa ja kasvattaa haastateltavien kiinnostusta osallistua haastatteluun (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75). Kerroimme ennen haastattelua vertailukuntien edustajille kattavasti opinnäytetyömme tarkoituksesta, jotta saimme heidät innostettua mukaan benchmarkkausprosessiin. Toimme esille myös sen näkökulman, että haastatteluun osallistujat hyötyvät osallistumisesta, koska kuulevat samalla toisten kuntien käytäntöjä ja kokemuksia.

5.4 Aineistonanalyysi

Tässä selvitystyössä kerätty aineisto muodostui kyselyyn ja haastatteluun osallistuneiden sanallisista ilmauksista, joita voitiin vertailla, erotella, luokitella, suhteuttaa ja tulkita laadulliseen tutkimusotteeseen kuuluvilla analyysimenetelmillä. Metsämuurosen (2008) mukaan ennen aineiston analysoinnin aloittamista, on hankittu aineisto muokattava sellaiseen muotoon, että sitä voidaan analysoida. Yleensä haastattelu tai muu aineisto kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan. (Metsämuuronen 2008, 48.) Kirjoitimme puhtaaksi nauhoitetun haastattelun ennen aineiston analysoinnin aloittamista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on menetelmä, jota käytetään suullisen ja kirjoitetun kommunikation analysoinnissa. Sen avulla tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysiä käytettäessä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotellaan yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23.) Sisällönanalyysiprosessissa on ominaista eri vaiheiden yhtäaikaisuus ja usein se on monivaiheinen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24). Sisällönanalyysin monivaiheisuus ilmeni tässä työssä ja osaltaan sen laajuus yllätti myös meidät kirjoittajat.

Sisällönanalyysin korostetaan olevan täysin muuta kuin tekniikka, jonka avulla tuotetaan aineistosta yksinkertaista kuvausta. Sen sijaan se tuo esille aineistosta nousevia merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.) Aineistosta nostettavat sisällöt on oltava tark-

kaan rajattuja ja kapeita, sekä tutkimuksen tarkoituksen, tutkimusongelman ja tutkimustehtävän mukaisia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94.) Tutkimuksemme tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset ovat rajanneet aineistosta poimittavia sisältöjä.

Sisällönanalyysi jaotellaan aineistolähtöiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Aineistolähtöinen eli induktiivinen analyysi on yleisemmin käytössä hoitotieteessä kuin teorialähtöinen eli deduktiivinen analyysi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167.) Valitsimme tutkimuksessamme käytettäväksi induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska halusimme puhtaasti perustaa tutkimuksemme ryhmähaastattelun aineistoon. Sisällönanalyysin pohjalta muodostuivat tutkimustulokset, mitkä olivat perustana etäkotihoiton mallin rakentamiselle Kemnimaan kunnalle. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopi meille myös, koska tarkoituksena oli erilaisten toimintatapojen ymmärtäminen ja uudistaminen mallin avulla (Vilkkä 2015, 171).

Induktiivisessa sisällönanalyysissä tehdään sanojen luokittelua niiden teoreettisen merkityksen pohjalta perustuen lähinnä tutkijan päättelyyn. Luokittelua ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Sen avulla syntyvät myös aineistosta kategoriat. Laitimamme tutkimuskysymykset ohjasivat haastattelurungon rakentumista, jonka avulla oli helppo jakaa aineisto kategorioihin. Tutkijan aiemmat havainnot, tiedot ja teoriat eivät saa ohjata analyysin tekoa ja siitä muotoutuvaa teoreettista kokonaisuutta. Aineiston litteroinnin jälkeen alkaa valmisteluvaihe, joka käynnistyy analyysiyksikön valinnalla. On päätettävä myös, mitä ja miten aineisto tullaan analysoimaan. Analyysiyksikkö määrittyy tutkimustehtävän ja aineiston laadun mukaan ja voi olla esimerkiksi yksi sana, lause tai teema. Aineisto analysoidaan vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167–168.) Jaoimme haastattelurungon teemoihin ja käytimme näitä teemoja analyysiyksikköinä.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisenä vaiheena on pelkistäminen. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja niistä muodostuvista vastauksista saadaan pelkistettyjä ilmaisuja aineistosta

nousevin termein. Aineisto ryhmitellään pelkistämisen jälkeen. Siinä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Ilmaisut, mitkä tarkoittavat samaa, yhdistetään yhdeksi luokaksi. Tämä luokka nimetään sen sisältöä kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyssä tutkijan on lupa käyttää tulkintaa. Seuraavana vaiheena on abstrahointi, missä yhdistetään samansisältöisiä luokkia, joista muodostuu yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 114–115; Vilka 2015, 164.) Aineistolähtöistä analyysiä jatketaan tarkastelemalla sitä teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta ja vertailemalla sitä aiempiin tutkimuksiin ja teorian tietoon (Vilka 2015, 170).

6 SELVITYSTYÖN TULOKSET

6.1 Vanhusneuvoston näkemyksiä etäkotihoitosta

Keminmaan vanhusneuvostolla oli toimeksiantajan mukaan kunnassa tärkeä rooli ikääntyneiden palvelujen kehittämisessä. Neuvosto totesi olevansa kiinnostunut etäkotihoiton kehittämisestä, siihen tarvittavista laitehankinnoista ja niiden hankinnan suorittamisesta. Neuvosto halusi kuulla etäkotihoitosta saatuja kokemuksia ja näkemyksiä. Lisäksi mainittakoon, että vanhusneuvoston toiveena oli, että hallintokunnat voisivat pyytää enemmänkin lausuntoja ja kannanottoja ikääntyneiden edustajilta. Heidän mukaansa ikääntyneiden asiat kuuluvat kaikille ja vanhusneuvoston rooli on tärkeä tuoda esille. Erittäin tärkeänä pidettiin, että vanhusneuvoston puheenjohtaja on mukana puheoikeudella kunnanvaltuuston kokouksissa.

“Etäkotihoiton mahdollisuuksista ja käyttäjäkokemuksista ollaan kiinnostuneita saamaan lisätietoa sekä mahdollisuuksista hankkia laitteita kuntalaisten tarpeisiin.” (VN=vanhusneuvosto, 8.4.2022)

Vanhusneuvosto toi esiin, että kaikilla ei ole laitteita tai taitoja etäkotihoiton käyttöönottoon. Tärkeänä pidettiin hankintojen tekemistä hyvissä ajoin ja koekäyttöä. Yleisesti etähoito nähtiin hyvänä asiana, kun käytettävät laitteet ja ohjelmistot ovat ajan tasalla ja toimivia. Esille tuotiin myös Toimiva kotihoito Lappiin –hanke, jota vanhusneuvosto piti hyvänä esimerkkinä etäkotihoiton mallin suunnittelussa.

“Kaikilla ei ole laitteita eikä taitoja. Tarvitaan hankintoja ja koekäyttöä.” (VN 8.4.2022)

Vanhusneuvosto totesi, että etähoito palveluna tulee näkyä asiakaskohtaisessa palvelusuunnitelmassa. Vanhusneuvosto oli kiinnostunut saamaan lisätietoa etäkotihoiton mahdollisuuksista ja käyttäjäkokemuksista etäkotihoitossa,

sekä laitehankinnoista kuntalaisten tarpeisiin liittyen. Haastatellut korostivat vastuullisuutta ja aktiivista otetta asioihin, sekä käyttäjä- ja hoitajapalautteen keräämistä.

“Etämalli ei saa viedä ihmisen oikeutta kontaktista pois. Tärkeä myös miettiä kenelle etäkotihoito sopii.” (VN 8.4.2022)

6.2 Vertailukuntien edustajien kokemuksia etäkotihoidosta

6.2.1 Asiakasnäkökulma etäkotihoitoon

Ryhmähaastatteluun osallistuneiden mukaan etäkotihoidon asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä etäkotihoitoon. Asiakkailla oli ollut mahdollisuus itse valita, ottivatko he etäkotihoidon käyttöönsä. He olivat kokeneet etäkontaktit aidoiksi ja intensiivisiksi. Etäkotihoito oli mahdollistanut myös erilaisen vapauden, kun laitteessa oli ollut paikannin tai etäkontaktiin pystyi vastaamaan myös kodin ulkopuolella. Asiakkaat olivat toivoneet enemmän etäkontakteja ja olivat luonnehtineet etäkontaktia “päivän kohokohdaksi”. Tiettyjen asiakasryhmien päivystyskäynnit olivat myös vähentyneet, kun etäyhteys oli lievittänyt turvattomuuden tunnetta.

“Ei väkisin etäkotihoitoa, mutta yritetään neuvotella asiasta.” (RH=ryhmähaastattelu, 21.2.2022)

Ryhmähaastatteluun osallistuneet pitivät etäkotihoitoa asiakaslähtöisenä palveluna. Etäkontaktissa asiakas oli aktiivinen toimija. Etäkontakti oli saanut hoitajat pohtimaan hoitoa aikaisempaa enemmän asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi ryhmässä todettiin, että lähikäynnillä oli tehty asioita useammin asiakkaan puolesta ja sosiaalinen kanssakäyminen jäi vähemmälle kuin etäkontaktissa. Sen sijaan etäkontaktissa asiakkaan katsottiin saaneen kaiken huomion ilman keskeytyksiä.

“Asiakas saa oikeasti laatuhetken, kun on etähoivan kontakti, hoitaja keskittyy vaan häneen ja katsekontaktiin eikä pedata petiä samalla, pelkkää hyvää näen

tässä. Ja kun näitä hyötyjä korostaa kriittisille työntekijöille, niin heitäkin saadaan mukaan.” (RH 21.2.2022)

Asiakasvalinnan perustana oli aina asiakaslähtöinen palvelu ja asiakkaan sopivuus etäkotihoitoon. Etäkontaktista siirryttiin fyysiseen käyntiin, jos arvioitiin, että etäkontakti ei sovellu asiakkaalle. Näitä syitä kerrottiin olevan muun muassa asiakkaan harhaisuus tai muistamattomuus. Asiakkaalla täytyi olla kyky käyttää etälaitetta; muistisairaille etäkotihoitoa ei ollut aloitettu ollenkaan.

“Ne kenellä on kykyä ja ymmärrystä käyttää, niin on tykänneet.” (RH 21.2.2022)

Etäkotihoitossa hoitajien vaihtuvuus oli ollut pienempää, minkä oli nähty lisäneen asiakkaiden tyytyväisyyttä. Kotihoitossa oli omia tiimejä, jotka hoitivat etäkontakteja. Asiakkaan ja hoitajan välille syntyi yhteys, koska sama hoitaja oli useammin etäyhteyden päässä. Myös jatkuvuus oli lisääntynyt hoitosuhteissa. Asiakkaan tyytyväisyys ja motivaatio olivat lisääntyneet, kun ei tarvinnut kertoa usein samoja asioita hoitajien vaihtuessa.

“Kun on pienempi tiimi, niin useammin on sama hoitaja ja tuttu sama kasvo ruudun takana; tuonut positiivista palautetta ja asiakkaat on tyytyväisempiä ja motivoituneita enemmän asioihin, ko että alat uudesti kertomaan uudelle hoitajalle.” (RH 21.2.2022)

“Korona oli pahimmillaan, kun tuli laitteet niin oli hyvä markkinoida, omaiset on ottaneet etäkotihoiton mielellään käyttöön ja asiakkaat.” (RH 21.2.2022)

Asiakkaan suhtautumiseen oli huomattu vaikuttavan, miten etäkotihoitoa oli hänelle esitelty. Niin sanottua periaatteellista vastustamista oli ollut yksittäisiä tapauksia. Etäkotihoitoa oli markkinoitu asiakkaalle kertomalla, millaisia palveluja etäkotihoitons avulla oli voitu tarjota. Parhaassa tapauksessa palvelua pystyttiin tuottamaan enemmän kuin tavallisessa kotihoitossa.

“Periaatteellista vastustusta on ollut vain yksittäisiä tapauksia ja riippuu siitä millä mielellä sitä asiakkaalle esitellään.” (RH 21.2.2022)

6.2.2 Henkilöstönäkökulma etäkotihoidon

Henkilöstön suhtautuminen etäkotihoidon oli ollut kunnissa vaihtelevaa. Henkilöstöllä oli ollut muun muassa pelko työpaikkojen vähentymisestä. Etäkotihoidon käyttöönotto oli herättänyt myös monenlaisia muita tunteita henkilöstössä, muun muassa suuttumusta, varauksellista suhtautumista, innostusta, myönteisyyttä ja eettistä ahdistusta. Pelot työpaikkojen vähentymisestä olivat osoittautuneet turhiksi, koska etäkotihoidon käyttöönoton myötä asiakasmääriä oli voitu kasvattaa. Työntekijöiden asenteen etäkotihoidon kohtaan oli huomattu paranevan ajan myötä ja käyttökokemuksien kartuttua. Negatiivista keskustelua työyhteisössä oli aiheuttanut etäyhteyksien ajoittainen toimimattomuus.

“Työntekijöiden suhtautuminen; rehellisesti sanottuna hyvin kaksijakoisesti, osa ollut hyvin innoissaan ja osa on varauksellisia ja kiukkuksia ja luullut jotenkin, että se syö meidän henkilöstön määrää ja eihän siinä niin ole käynyt vaan on pystytty tarjoamaan palveluita laajemmalle porukalle, enemmistö positiivisia, mitä enemmän on tehty, niin sen paremmaksi on muuttunut.” (RH 21.2.2022)

“Kun aloiteltiin, niin osalla oli pelko siitä, että työt loppuu ja koettiin tämmöistä eettistä ahdistusta myös siitä, että asiakkaiden luona ei käydä fyysisesti, nosti myös eettistä keskustelua työyhteisössä.” (RH 21.2.2022)

Vertailukuntien edustajat pitivät henkilöstön perehdyttämistä etäkotihoidon tärkeänä. Vertailukunnissa oli järjestetty koulutusta etäkotihoidosta kotihoidon henkilöstölle siten, että perusasiat olisivat kaikilla työntekijöillä hallinnassa. Työntekijät, jotka tulivat pääsääntöisesti työskentelemään etäkotihoidossa, saivat laajemman koulutuksen. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen oli jatkuvaa. Etäkotihoidossa työskentelevien tueksi tiimeihin oli nimetty myös teknologiavastaavia auttamaan mahdollisissa verkko- ja tietotekniikkaongelmien ratkaisemisessa

sekä opastamaan uusia työntekijöitä nopealla aikataululla. Haasteeksi perehdyttämiseksi oli koettu työntekijöiden suuri vaihtuvuus, koska se luonnollisesti lisäsi perehdyttämisen tarvetta.

Etäkotihoiton käyttöönotto oli koettu opettavaiseksi. Saatujen kokemusten ja virheiden kautta etäkotihoitoa oli kehitetty muun muassa luomalla koulutus pohjia sekä vastuunjako oli uudistettu siten, että vastuuta oli siirretty esihenkilöiltä tiimeille. Vastuun siirtyessä enemmän tiimeille, oli sen huomattu kasvattaneen työntekijöiden kiinnostusta kehittää etäkotihoitoa. Tiimeissä oli etäkotihoiton pääkäyttäjia ja peruskäyttäjille oli lisätty käyttöoikeuksia saatujen kokemusten perusteella. Kunnissa oli jälkikäteen huomattu, että etäkotihoiton käyttöönottoprosessin alkuvaiheessa olisi työntekijöiden roolitusten pitänyt olla paremmin selvillä. Tällaisia asioita olisi ollut esimerkiksi hyvä olla mietittynä valmiiksi; kuten kenen vastuulla on tilata laitteet ja miten ne toimitetaan asiakkaille.

“Päävastuuta siirretty kentälle ja otettu pääkäyttäjia ja peruskäyttäjille annettu enemmän oikeuksia ja kiinnostus lähtenyt elämään, kun on vastuutettu enemmän.” (RH 21.2.2022)

“Jos on epäselvät prosessit alussa, että kuka tilaa ja miten toimitetaan laitteet; siinä menee aikaa opetellessa, että kannattaa sopia jämpästä etukäteen.” (RH 21.2.2022)

Etäkotihoiton oli huomattu vaikuttaneen myös työntekijöiden ajatusmaailmaan ja toimintatapoihin. Asiakkaiden sanallisen ohjaamisen taito oli kehittynyt ja “puolesta tekemisen kulttuuri” oli alkanut menettää merkitystään etäkotihoitossa käytettävien menetelmien rinnalla. Työntekijöiden positiivisiin asenteisiin etäkotihoitoa kohtaan oli vaikuttanut asiakkaan omatoimisuuden korostuminen. Se oli vähentänyt myös työntekijöiden eettistä ahdistusta etäkotihoitoon liittyen. Esimerkiksi ennen etäkotihoiton käyttöönottoa työntekijä olisi keittänyt puuron asiakkaan luona, mutta nyt etäkotihoitossa asiakas keitti puuron itse työntekijän ohjauksessa toimintaa etäyhteyden avulla.

“Toimitaanko me liikaa hoitajina asiakkaan luokse mennessä.” (RH 21.2.2022)

“Herkästi otetaan paikan päällä asiakkuudet hoitoon ja etäpalvelussa on pakko pitää kädet taskussa ja kannustaa asiakasta tekemään itse.” (RH 21.2.2022)

6.2.3 Etäkotihoito palveluna, asiakkaiden valikoituminen ja mittarit

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen tarjoaminen etäyhteydellä oli monipuolistanut palveluita. Asiakkaan ja omaisten välinen yhteydenpito oli ollut aktiivista etäyhteydellä. Etäkotihoidon ja kotihoidon tarjoamiseksi oli asetettu yhtenäisiä kriteerejä, esimerkiksi hoidollisen tarpeen olemassaolo. Asiakkaaksi ei voinut valikoitua pelkän valvonnan takia, ja jos käynnin syynä oli esimerkiksi hygienian hoito, käynti tehtiin fyysisesti. Lääkkeenotto tai ravitsemukseen liittyvä ohjaus voitiin korvata usein etäkäynnillä.

“Kriteerit samat, kun kotihoidolle; ei pelkkää seurantaa anneta etähoivalla.” (RH 21.2.2022)

“Hoidollinen peruste pitää olla ja näkemys, että korvaa fyysisen käynnin.” (RH 21.2.2022)

Covid-19-pandemia oli edesauttanut etäkotihoidon käyttöönottoa, koska lähikontakteja pyrittiin vähentämään. Hoitokokouksia oli pidetty etänä, joissa omainen oli ollut mukana etäyhteydellä. Terveyskeskuksen kotiutusohjaaja oli auttanut valikoimaan asiakkaita, jotka sopivat etäkotihoidon piiriin. Asiakas valittiin aina asiakaslähtöisesti eli tarkastellen, millaisia tarpeita asiakkaalla oli ja miten hyvin etäkotihoito sopisi juuri hänelle. Asiakkaalle tarjottiin myös mahdollisuutta arvioivaan kotikuntoutusjaksoon, jossa arvioitiin asiakkaan voimavarojen perusteella sopiva palvelumuoto. Joissain kunnissa kotihoidon tiimit olivat arvioineet olemassa olevista asiakkaista etäkotihoitoon soveltuvat.

“Omainen osallistunut etäyhteyden kautta asiakkaan luota ja työntekijä voinut olla toimistolla.” (RH 21.2.2022)

“Kotiutusohjaaja osastolta ollut iso linkki; tulee paljon asiakkaita vuodeosastolta.”
(RH 21.2.2022)

Tavanomaisesti asiakkaalla lähikäyntien lisäksi noin 1–2 päivittäistä etäkontaktia eli asiakas oli niin sanottu hybridiasiakas. Yleisimmin päiväkäynti oli korvattu etäkäynnillä. Asiakas pystyi esimerkiksi pistämään insuliinin etänä hoitajan ohjauksella. Tarvittaessa etäkäynti muutettiin lähikäynniksi ja esimerkiksi yöaikaan tehtiin tarkistuskäyntejä, jos asiakkaaseen ei saatu yhteyttä. Hoitaja arvioi aina yökäynnin tarpeen. Lähikäynti saattoi muuttua myös etäkäynniksi, jos henkilökuntaresurssissa ilmeni vajetta. Tämä arvioitiin aina asiakaskohtaisesti.

“Etänä tapahtuva ensimmäinen kontakti, voidaan kysyä mitä on hätänä. Jos hoitaja toteaa, että siellä täytyy lähteä käymään, sitten se muuttui lähikäynniksi.” (RH 21.2.2022)

Kunnissa oli järjestetty vuosittain asiakastytyväisyyskyselyjä. Etäkotihoidosta ja kotihoidosta oli tehty erilliset kyselyt. Palvelua kehitettäessä mukana oli ollut myös opinnäytetöitä ja yhteistyöhankkeita. Kunnissa oli saatu hyviä tuloksia asiakastytyväisyyskyselyistä.

“Tuloksista päätellen tyytyväisiä.” (RH 21.2.2022)

“Oli yhteistyöhanke, jonka avulla haettiin kokemuksia henkilökunnalta ja asialkailta.” (RH 21.2.2022)

Etäkäynnin oli todettu säästävän kunnissa aikaa ja vähentävän autolla ajamista. Fyysinen käynti oli teettänyt hoitajalle autolla ajoa 100–130 kilometriä per päivä. Etäkäynnit mahdollistivat viikonloppuisin laajemman alueen hoitamisen.

“Joitakin pitkän matkan ajoja on poistanut, esimerkiksi Tubi-lääkkeen antaminen on tehty kuvapuhelimella hoidettavaksi.” (RH 21.2.2022)

6.2.4 Etäkotihoiton käyttöönotto ja syyt

Tarve etäkotihoitolle oli kaikissa vertailukunnissa ilmeinen. Etäkotihoito oli aloitettu kunnissa vuonna 2020. Kunnissa ajatuksena etäkotihoitolle oli, että on kehitettävä uusia keinoja ja ratkaisuja, jotta käytettävissä olevat resurssit saadaan tehokkaasti hyödynnettyä. Etäkotihoito oli ensisijaisesti otettu käyttöön säästöjen saamiseksi ja lisäksi uteliaisuudesta testata teknologian mahdollisuuksia. Hoitajan matkoihin käytettävä aika oli voitu hyödyntää hoitotyöhön, ja käyttöönoton jälkeen oli huomattu, kuinka monia asioita voidaan hoitaa etäkäynnillä ja sen avulla kehittää työtä. Yövalvonta oli myös herättänyt tarpeen etäkäynneille; kotihoito ei ollut pystynyt hoitamaan kaikkia turvapuhelinkäyntejä.

“Pakottava tarve, josta piti etsiä ratkaisuja ja sitä myötä löydetty uusia keinoja ja ratkaisuja.” (RH 21.2.2022)

“Pitkät välimatkat ja on monta asiaa, joita voi hoitaa etänä, kokeilunhalu mihin kaikkeen etäkotihoito voi käydä.” (RH 21.2.2022)

“Lähti liikkeelle yövalvonnan tarpeesta.” (RH 21.2.2022)

Etäkotihoiton käyttöönotto ei ollut sujunut täysin ongelmitta. Tässä vaiheessa työntekijöiden lisäresurssille olisi ollut tarvetta, mutta koska sitä ei ollut tarjolla, otettiin etäkotihoitoon hoitajia jo olemassa olevasta henkilöstöstä. Etäkotihoiton alkuperäisenä tavoitteena kuitenkin oli ollut saada helpotusta resurssitarpeeseen.

“Henkilökunnasta otettiin etäpalvelun porukka, eikä ole saatu lisäresurssia.” (RH 21.2.2022)

“Ymmärretään myös se, että se on tulevaisuuden asia millä me pystytään sitä palvelun tarvetta vähän taittamaan ja uskon myös, että sillä tulee olemaan lisäresurssin tarve.” (RH 21.2.2022)

6.2.5 Etäkotihoitossa käytettävä laitteisto

Kunnat olivat hankkineet etäkotihoitossa käytettävän laitteiston kilpailutuksen kautta. Ennen laitteiden hankkimista oli selvitetty, mitä mahdollisuuksia eri laitteilla oli ja mitä vaatimuksia kunta edellytti laitteilta. Esimerkiksi laitteistoon oli mahdollista valita lisäosa omaisen käyttöön, mutta se oli jätetty osassa kunnissa valitsematta osaksi palvelua, koska se lisäsi hankintakustannuksia.

“Laitteisto meni kilpailutuksen kautta.” (RH 21.2.2022)

“Raha on ratkaissut sen, että omaisen yhteyttä ei ole otettu “palikaksi” palveluun.” (RH 21.2.2022)

Laitteiston käyttöönotto oli sujunut kunnissa pääsääntöisesti hyvin. Niiden käyttöön oli saatu koulutusta ja se oli koettu hyväksi. Teknisiä ongelmia ei ollut juuri-kaan ollut. Ainoastaan etätuen saamissa ongelmatilanteissa oli koettu hankaluutta. Kunnissa oli otettu opiksi tähänastisista kokemuksista ja tulevaisuudessa uusien laitteiden käyttöönotossa osataan panostaa henkilökunnan kouluttamiseen. Asiakkaan näkökulmasta laitteiden käyttö oli yksinkertaista ja heidän perehdyttämisenä laitteiden käyttöön oli sujunut ongelmitta.

“Alussa piti opettaa kädestä pitäen kotihoitolle, vaikka itsestä tuntuu helpolta, kun käy koulutuksissa, mutta käytännössä ei ollut niin simppeliä. Asiakkaiden kanssa oli ihan ok ja meni hyvin.” (RH 21.2.2022)

Kunnissa oli ollut pulaa laitteista, jota Covid-19-pandemia osaltaan lisäsi, koska valtakunnallisesti suositeltiin mahdollisuuksien mukaan etäyhteyksien käyttöä. Covid-19-pandemian myötä laitteiden kysyntä kasvoi, mutta samasta syystä niiden saapuminen kuntiin viivästyi. Kunnissa laitteita tilattiin tarpeen mukaan ja yleisesti kaikissa kunnissa etäkotihoitoidon laitteiden määrä oli kasvussa. Joissain kunnissa etäkotihoitoidon palvelua ei ollut voitu tarjota riittävästi laitepuulan takia.

“Valtion taholta tuli myös suosituksia, jotka lisäsi laitteiden kysyntää.” (RH 21.2.2022)

6.2.6 Etäkotihoito vs. kotihoito sekä kustannukset ja tavoitteet

Tavanomaisen kotihoidon ja etäkotihoiton välillä on eroja. Etänä ei voida tarjota täysin samoja palveluja kuin fyysisessä kotihoidossa. Asiat, joissa tarvittiin konkreettisesti avustajan käsiä, esimerkiksi hygieniassa avustaminen, eivät onnistuneet etänä ja silloin oli tarve fyysiselle käynnille. Etänä puolestaan sujuivat muun muassa kauppalistojen tekeminen, ruokailussa ohjaaminen ja lääkkeenoton valvominen.

“Ruokailu ja lääkehoito ja kauppalista ynnä muut hoituu etänä hyvin, ei tietenkään hygieniä ynnä muita asioita voi hoitaakaan ilman käsiä.” (RH 21.2.2022)

Kunnissa oli huomattu sosiaalisen kanssakäymisen olevan laajempaa etäkotihoitossa kuin tavallisessa kotihoidossa. Esimerkiksi kunnissa, joissa palveluun sisältyi omaisen yhteys, oli yhteydenpito omaisten kanssa aiempaa aktiivisempaa välimatkoista huolimatta, kun työntekijä pystyi olemaan samanaikaisesti yhteydessä sekä asiakkaan että omaisen kanssa. Kunnissa asiakkaat ja omaiset olivat olleet tyytyväisiä etäkotihoitoon palveluna, ja se oli otettu mielellään käyttöön.

“Etäkotihoitossa sosiaalinen kanssakäyminen on laajempaa, kun saa omaisiin yhteyden, riippuen onko toinen tavoitettavissa.” (RH 21.2.2022)

Etäkotihoiton käyttöönotto oli lisännyt kustannuksia kunnissa. Kustannuksia oli aiheutunut käyttöönottoprojektista, laitehankinnoista ja laitteiden kuukausivuokrista. Kaikissa vertailukunnissa etäkotihoiton käyttöönotolla tavoiteltiin kustannushyötyjä. Niitä haettiin muun muassa matkakustannusten vähentymisellä ja asiakasmäärien kasvattamisella, kun aiemmin matkoihin kulunut aika säästy.

“Ilman siirtymäaikoja voi ottaa useamman etänä, sillälailla laskettu hyötyjä.” (RH 21.2.2022)

Henkilöstökustannukset olivat pysyneet samoina. Tiettyjen asiakasryhmien päivystyskäynnit olivat vähentyneet ja asiakkaiden siirtyminen raskaampiin palveluihin oli hidastunut. Haastatteluun osallistuneilla ei ollut tiedossa tarkkoja laskelmia kustannushyödyistä, mutta heidän käsityksensä mukaan kustannustavoitteita oli saavutettu.

“On tehty semmosia laskelmia, että miten kompensoituu matkakulujen kanssa.” (RH 21.2.2022)

Kunnissa oli eriäviä käytäntöjä etäkotihoiton asiakkaille koituvista kustannuksista ja siitä, miten ne määräytyivät. Osassa kunnissa asiakkaat saivat etäkotihoiton palvelut puoleen hintaan, jos heillä oli käytössä ainoastaan etäkotihoito. Yhdessä kunnassa asiakkaat eivät saaneet mitään alennuksia, vaan maksu määräytyi kotihoiton maksujen laskentataulukon mukaisesti. Siinä huomioidaan asiakkaan tulot sekä palveluaika tunteina kuukaudessa.

“Vaikuttaa asiakkaan tulot ja kun mennään maksutaulukkoon tämän asiakkaan tuloilla, vaikka 100 €, jos on pelkästään etäkotihoito, niin lähtee -50 % eli sitten hän maksaa 50 € palvelusta.” (RH 21.2.2022)

“Maksaa tylästi maksutaulukon mukaisesti laskukaavan mukaan eli ei ole huomioitu tuommoista alennusta.” (RH 21.2.2022)

Osassa kunnissa oli käytäntönä, että asiakkailta ei peritty laitevuokraa, jos heidän luokseen tehtiin myös fyysisiä kotikäyntejä. Tässä oli huomioitavaa, että etäkotihoiton laite ei voinut olla käytössä ainoastaan yhteydenpitoon omaisten kanssa. Yhdessä kunnassa asiakkaalta perittiin turvapalvelumaksu 29 euroa kuukaudessa, kun asiakkaalla oli käytössä vain etäkotihoiton palvelut ilman fyysisiä käyntejä. Etälaitteesta ei peritty erikseen maksua. Luonnollisesti kunnissa oli

huomattu kustannuksien vaikuttavan asiakkaan päätökseen, valitsiko hän etäkotihoidon palvelut käyttöönsä vai ei.

“Tuodaan esille mitä palveluja pystytään tarjoamaan ja pystyykö jotain palvelua tarjoamaan enemmän. Myös kustannukset vaikuttavat asiakkaan päätökseen.”
(RH 21.2.2022)

Vertailukunnissa etäkotihoidolle asetettuja tavoitteita oli saavutettu melko hyvin. Yhdessä kunnassa vajaa 20 prosenttia kotihoidon asiakkaista oli etäkotihoidon piirissä ja etäkotihoidoa tarjottiin seitsemänä päivänä viikossa, kahdessa vuorossa. Kaikissa kunnissa tavoitellut asiakasmäärät oli saavutettu. Haastatteluun osallistuneet kotihoidon työntekijät korostivat etäkotihoidon roolin merkitystä hyvinvointialueiden valmistelutyössä.

“Vajaa 20 % asiakkaista sen piirissä.” (RH 21.2.2022)

“Hyvin saatu toimimaan.” (RH 21.2.2022)

“Vahvasti näkyy hyvinvointialueen valmistelutyössä, että etäkotihoido tulee olemaan tärkeässä roolissa myös jatkossa ja myös sitten muut hyvinvointiteknologiset palvelut.” (RH 21.2.2022)

7 ESITYS ETÄKOTIHOITOMALLISTA KEMINMAAN KUNNALLE

Rakensimme etäkotihoiton mallin Keminmaan kotihoitoon keräämämme aineiston sekä teoria- ja tutkimustiedon pohjalta. Ryhmähaastattelun avulla saimme runsaasti tärkeää tietoa siitä, mitä etäkotihoiton tulisi sisältää, kun huomioidaan muun muassa asiakaslähtöisyys ja kustannusvaikuttavuus. Kuvioihin 1 ja 2 on koottu keskeisiä etäkotihoitoon liittyviä sisältöjä. Niissä on otettu huomioon myös aiempia tutkimuksia ja tähän selvitystyöhömmä analysoimaamme aineistoa.

Asiakasnäkökulma	Henkilöstönäkökulma	Palvelukuvaus
vapaus valita	hoitajien pysyvyys	monipuolisuus
turvallisuuden tunne	läpinäkyvyys	aktiivinen yhteydenpito
asiakas aktiivinen toimija etäkäynnillä	oma etäkotihoiton tiimi	asiakaslähtöisyys
aktiivinen omaisyhteydenpito	teknologiavastaava	yksilöity palvelu
tyytyväiset asiakkaat ja omaiset	haasteena työntekijöiden vaihtuvuus	asiakastyytyväisyyskyselyt
	koulutusohjelmat	ajansäästö
	vastuunjako	
	omatoimisuuden lisääntyminen vähentää "eettistä ahdistusta"	

Kuvio 1. Etäkotihoitoon liittyvät sisällöt: asiakasnäkökulma, henkilöstönäkökulma ja palvelukuvaus

Käyttöönottoerusteet	Laitteisto	Kustannusvaikuttavuus
uudenlaiset ratkaisut työn kehittäminen säästöt tarve työntekijöiden lisäresurssoinnille	kilpailutus etätuki	käyttöönottoprojektin kustannukset laitehankinnat laitteiden kuukausivuokrat matkakustannusten väheneminen asiakasmäärän kasvu

Kuvio 2. Etäkotihoitoon liittyvät sisällöt: käyttöönottoerusteet, laitteisto ja kustannusvaikuttavuus

Toimivassa etäkotihoitoon mallissa asiakaslähtöisyys on merkittävässä roolissa. Henkilökunnan ja omaisten on tärkeää tiedostaa asiakkaan olevan kaiken keskiössä, joka viime kädessä tekee valinnan, mitä palveluja haluaa käyttää. Asiakkaalle voidaan tarjota etäkotihoitoa, jos hän kokee sen sopivaksi palvelumuodoksi. Asiakkaalle tulee tuoda esille, millaisia palveluja etäkotihoitoon avulla voidaan tarjota ja millaista se käytännössä on. Näin voidaan varmistua siitä, että hänellä ei ole väärää käsitystä palvelun laadusta ja sisällöstä.

Kustannukset ohjaavat usein asiakkaan valintoja, joten sen vuoksi on hyvä pohtia etäkotihoitoon hinnoittelua. Se osaltaan motivoisi asiakasta valitsemaan sen osaksi palveluitaan. Esimerkiksi asiakas voisi saada etäkotihoitoon palvelut puoleen hintaan tai prosentuaalisen alennuksen, kun osa hänen luokseen tehtävistä fyysisistä käynneistä korvataan etäyhteydellä. Tästä ei pitäisi aiheutua nykytilanteeseen verrattuna lisäkustannuksia, koska säästöjä tulee auton käytöstä aiheutuvien kilometrikorvausten ja tankkauskulujen pienentymisen kautta.

Lisäksi etäkontaktien avulla asiakasmääriä voidaan kasvattaa, kun hoitajan aiemmin ajomatkoihin kulunut aika säästyy ja sitä kautta etäkotihoiton asiakasmaksujen alennukset kompensoituvat muualta muodostuneiden säästöjen kautta. Isommassa mittakaavassa säästöjä muodostuu, kun etäkontaktin avulla voidaan parhaassa tapauksessa viivästyttää asiakkaan siirtymistä raskaampiin ja samalla kalliimpiin palveluihin, kun esimerkiksi päivystyskäyntien ja yöllisten ambulanssihälytysten määrä vähenee.

Etäkotihoiton laitteet valitaan kilpailutuksen kautta, koska on kyse taloudellisesti isosta investoinnista. Laitteiden ominaisuuksiin tulee kiinnittää huomiota, jotta valittavat laitteet ovat toimintavarmoja ja helppokäyttöisiä niin asiakkaille kuin henkilökunnallekin. Laitteeseen on hyvä sisällyttää myös muita ominaisuuksia kuin vain hoitajan ja asiakkaan välinen yhteys. Laitteiden ominaisuuksien avulla etäkotihoiton markkinointi asiakkaille ja omaisille helpottuu, koska ominaisuuksien avulla kotihoiton palvelutarjontaa voidaan rikastuttaa.

Omaisyyhteyden lisäämisellä voidaan tuoda etäkotihoiton palvelulle lisäarvoa, kun esimerkiksi hoitopalavereita voidaan pitää etänä kaikkien osapuolten ollessa fyysisesti eri paikoissa. Asiakaslähtöisyyttä lisää myös se, kun asiakas voi olla laitteen avulla yhteydessä myös omaiseensa ilman hoidollista syytä. Usein välimatkat omaisten kesken ovat pitkiä ja katsekontaktin saaminen näissä tilanteissa on merkityksellistä. Tämä parantaa parhaassa tapauksessa asiakkaan elämänlaatua lisäämällä turvallisuuden tunnetta sekä vähentämällä yksinäisyyttä.

Kotihoiton henkilöstö hyötyy omaisyyhteydestä esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakas on juuri kotiutettu sairaalahoidosta ja tarvitsee tiiviimpää seurantaa. Omaisen on halutessaan näissä tilanteissa helppo olla yhteydessä asiakkaaseen ja parhaassa tapauksessa kotihoiton ei tarvitse lisätä fyysisiä käyntejä tai etäkäyntejä. Tämä tuo turvaa asiakkaalle ja samalla vähentää omaisen sekä kotihoiton työntekijöiden huolta asiakkaan tilanteesta. Tarvittaessa lääkärin vastaanotto voidaan toteuttaa myös etäyhteyden avulla, jos hoidettava asia on sen tyyppinen, että se ei vaadi fyysistä tutkimista. Tämä helpottaa kaikkia osapuolia, kun

jokainen voi olla oman etälaitteensa äärellä, niin asiakas, omainen, hoitaja kuin lääkärikin.

Etäkotihoiton laitteen avulla asiakas voi saada myös virikkeellistä toimintaa arkeen. Esimerkiksi erilaisten jumppa- ja musiikkituokioiden seuraaminen ja niihin osallistuminen on mahdollista, kun laitteessa on kyseinen ominaisuus. Viriketointi tukee asiakkaan toimintakykyä ja mielenvirkeyttä. Etäkotihoiton työntekijä, joka voi olla myös muu kuin hoitohenkilökuntaan kuuluva, voi esimerkiksi järjestää muistelu- tai keskustelupiirin muutaman asiakkaan kesken ja toimia itse tilanteessa ohjaajan roolissa. Myös yhteisten ruokailuhetkien järjestäminen voisi olla tapa tehdä asiakkaan ruokailusta hivenen sosiaalisemman tapahtuman, kun videoyhteydellä saisi samalla yhteyden myös muihin kanssaihmiisiin. Tässä tulee huomioida, että jokainen osallistuja tai hänen lähiomaisensa antaa suostumuksen tällaiseen yhteistoimintaan. Etäkotihoito tarjoaa teknologisten ratkaisujen avulla lukuisia käyttömahdollisuuksia ja tulevaisuudessa yhä moninaisemmin. Laitteiden kehittyessä ja käyttökokemusten lisääntyessä etäkotihoiton palvelut tulevat laajenemaan ja monipuolistumaan antaen käyttömahdollisuuksia, joita ei vielä osata kuvitellakaan.

Etäkotihoiton käynnistäminen tulee suunnitella hyvin. On tärkeää jakaa vastuuta ja tehtäviä tasaisesti. Alusta lähtien vastuuta on hyvä antaa käytännön työtä tekeville, jotta heidän sitoutumisensa etäkotihoiton kehittämiseen vahvistuu. Ennen käyttöönottoa nimetään pääkäyttäjät ja perehdyttämisestä vastaavat henkilöt. Näitä henkilöitä on oltava riittävästi, koska tulevaisuudessakin työntekijöiden vaihtuvuutta tulee olemaan ja sen vuoksi perehdyttämisen tarve on jatkuvaa. Etäkotihoitoon perehdyttäminen tulee sisällyttää osaksi uuden työntekijän perehdytysohjelmaa.

Henkilöstön riittävä osaaminen tuo luottamusta asiakkaiden keskuudessa palvelun laatua kohtaan. Kouluttamisen merkitys korostuu, jotta henkilökunnalla olisi mahdollisimman kattava osaaminen käyttää etäkotihoiton laitteita ja toteuttaa laadukasta hoitotyötä etäyhteyksien avulla. Siinä missä henkilökuntaa koulute-

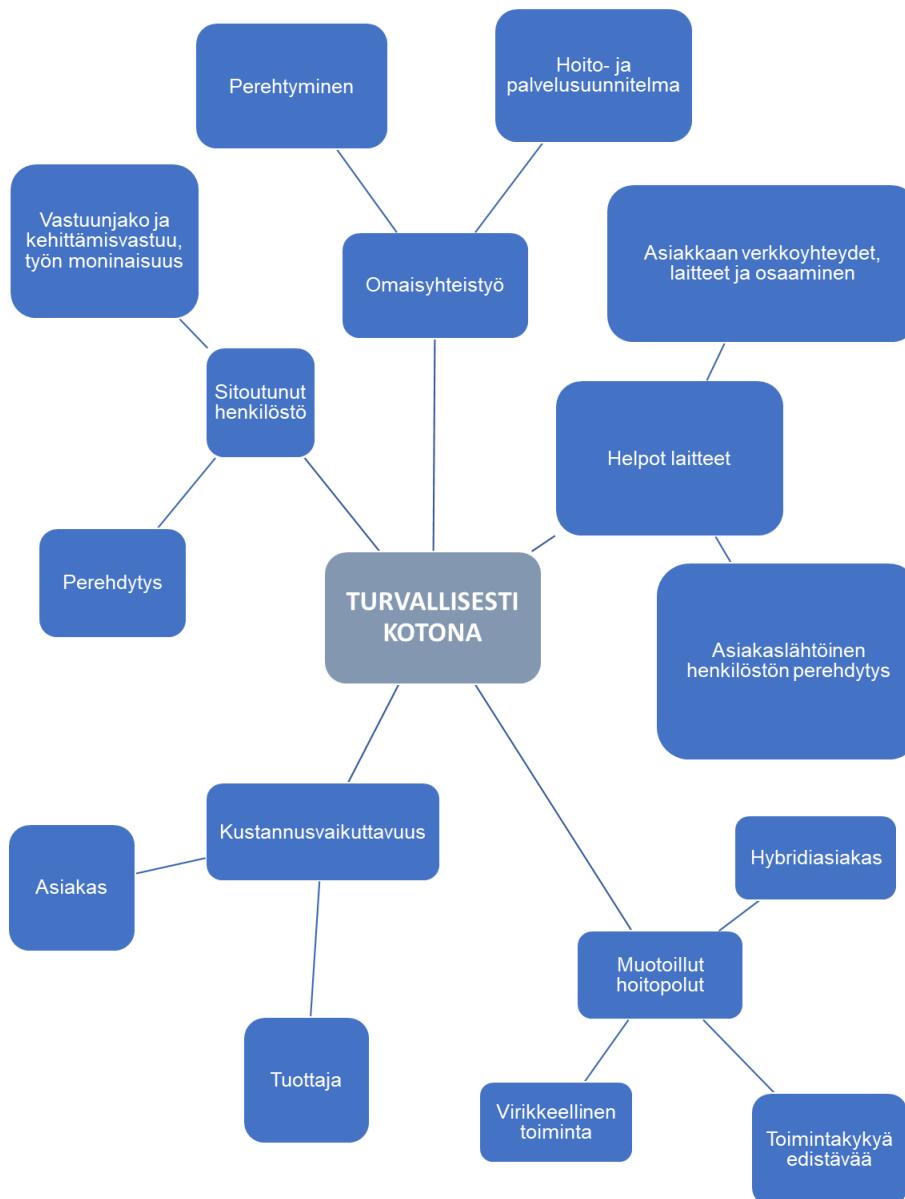
taan etäkotihoiton käyttäjiksi, tulee myös asiakkaiden osaaminen varmistaa riittävän perehdyttämisen avulla. Asiakkaalle täytyy tulla tunne, että hän osaa ja pystyy käyttämään laitetta ja ymmärtää, mitä sen avulla tehdään ja miksi se on hänellä osana kotihoidon palvelua. Tietoturvasäikeet tulee olla varmistettuina, jotta ei pääse tulemaan väärinkäytöksiä.

Etäkotihoiton käynnistämisvaiheessa työnantajan tulee varata riittävä määrä henkilöstöä, jotta etenkin alkuvaiheessa etähoito ei kaadu siihen, että ei ole riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Työnantajan tulee kartoittaa työntekijöiden osaaminen, esimerkiksi kenellä on tietoteknisiä taitoja ja kiinnostusta etähoitoon kehittämistä kohtaan. Henkilöstön osaamisen perusteella esihenkilö voi jakaa vastuuta ja muodostaa teknologiatimin, joka yhdessä vastaa etäkotihoiton toimivuudesta.

Työntekijöiden työkyky on tärkeää huomioida, koska etähoito voi mahdollistaa työntekijän paremman suoriutumisen työtehtävissään, jos on esimerkiksi fyysisiä vaivoja, joiden vuoksi työssä selviytyminen tavallisessa kotihoidossa on vaarassa. Etäkotihoitossa työskentely tavanomaisen kotihoidon sijasta voi parhaassa tapauksessa pidentää työntekijän työuraa ja estää sairaseläkkeelle joutumisen. Esimerkiksi selkäongelmista kärsivien hoitajien on ollut mahdollisuus jatkaa hoitotyössä, kun he ovat voineet siirtyä etäkotihoiton parissa työskenteleeseen. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisin sairauspoissaolojen syy hoitoalalla, joten teknologiaratkaisujen ottaminen osaksi päivittäistä hoitotyötä antaa mahdollisuuden niille työntekijöille, joille tavanomainen fyysisesti kuormittava hoitotyö on mahdotonta. (Alhonen, Heinonen & Piironen 2020.) Tämä näkökulma ei tullut esille haastattelussa, mutta halusimme nostaa sen esille, koska se on merkittävä ja huomionarvoinen seikka, kun arvioidaan etäkotihoiton käyttöönoton hyötyjä ja kustannusvaikuttavuutta.

Edellä esitettyjen etähoitoon liittyvien sisältöjen perusteella olemme kuviossa 3 esittäneet tiivistetysti Keminmaan kunnalle suunnatun etäkotihoiton mallin. Olemme asettaneet mallin ytimeen etähoiton tavoitteeksi kotona asumisen turvallisuuden varmistamisen ja lisäämisen. Tämä tarkoittaa asiakkaan näkemistä

aktiivisena toimijana, jonka yhteyttä ympäristöön ja koettua huolenpitoa vahvistetaan vähentämättä kuitenkaan asiakkaan itsenäisyyttä tai valinnanvapautta. Turvallisesti kotona tarkoittaa palveluntuottajalta palveluun osallistuvan henkilöstön osaamisen varmistamista ja tehtävään sitouttamista, asiakaslähtöisten hoitopolkujen muotoilua, helppokäyttöisten laitteiden käyttöönottoa, verkostoitumista asiakkain läheisten tai omaisten kanssa sekä kustannusvaikutusten seurantaa sekä asiakkaan että palveluntuottajan näkökulmasta.



Kuvio 3. Keminmaan kotihoidolle suunnattu etäkotihoitomalli

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Selvityksestämme kävi ilmi, että asiakkaat olivat tyytyväisiä etäkotihoitoon. Ennakkokäsityksistä poiketen suurelle osalle etäkotihoidon asiakkaista teknologian käyttäminen oli ollut helppoa ja mielekästä, mikä oli yllättänyt myös kotihoidon työntekijät. Tämä oli ristiriidassa osittain myös löytämiemme aiempien tutkimuksien kanssa, joissa ilmeni asiakkaiden tyytymättömyyttä teknologialaitteiden käytön tultua osaksi heille tarjottua palvelua. Tässä on hyvä huomioida, että tutkimuksessamme saatu tieto ei ole tullut suoraan asiakkailta, joten tärkeää olisi kuulla heiltä itseltään kokemuksia teknologialaitteiden käytöstä.

Vertailukuntien kokemuksista nousi esille erityisesti asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyys etäkotihoitoon. Asiakkailla oli ollut vapaus valita etäkotihoidon ja perinteisen kotihoidon välillä sekä molempia käyntejä yhtä aikaa. Tätä kutsuttiin ilmaisulla ”hybridikäynti” tai ”hybridiasiakas”. Asiakkaat olivat kokeneet turvallisuuden tunnetta, joka syntyi, kun käytettiin etäyhteyksiä yhteydenpidossa kotihoitoon ja omaisiin. Kotihoidon henkilöstö oli todennut, että asiakas oli ollut etäkäynnillä aktiivisempi toimija kuin lähikäynnillä. Se oli tukenut asiakkaan itsenäistä tekemistä ja omatoimisuutta. Haasteena etäkotihoidolle oli koettu henkilöstön vaihtuvuus ja laitteiden käyttö. Kustannusvaikutuksellisesti esiin nousi matkakustannusten vähentyminen ja samanaikaisesti asiakasmäärän kasvu. Lisäkustannuksia aiheutui käyttöönottoprojektista ja laitehankinnoista.

Opinnäytetyömme on hyvin ajankohtainen digitaalisuuden lisääntymisen myötä terveydenhuollossa ja vähitellen sen yleistyessä myös ikääntyneiden palveluissa. Hoitoalan koulutuksessa digiosaamisen karttumiseen on syytä panostaa, koska tulevaisuudessa se tulee olemaan osa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen päivittäistä työtä. Jo opintojen aikana tutuksi tullut hoivateknologia madaltaa kynnystä ottaa sitä käyttöön työssä. Digitaaliset työvälineet ovat tavanomainen osa

työtä siinä missä esimerkiksi haavanhoito, joten se vaatii jatkuvaa kouluttautumista ja uuden oppimista, jotta nopeasti kehittyvän teknologian mukana on mahdollista pysyä.

Parhaimmillaan etäkotihoito hyödyttää laaja-alaisesti organisaatiota, asiakasta ja hänen omaisiaan, koska palvelut muotoutuvat yksilöllisiksi ja esimerkiksi etä vastaanottojen avulla asiakkaan asioiden hoito yksinkertaistuu, kun mahdollisimman moni hänen asioistaan huolehtiva on yhtä aikaa mukana etäyhteydellä keskustelemassa. Tämä osaltaan myös heijastuu hoitohenkilökunnan työtehtäviin, kun hoitajan ei tarvitse erikseen olla yhteydessä omaiseen ja kertoa esimerkiksi, mitä hoito-ohjeita lääkäri antoi. Etäyhteys mahdollistaa monenlaisia toteuttamistapoja toteuttaa muun muassa hoitokokouksia, kun osallistuvien henkilöiden fyysisellä sijainnilla ei ole väliä, kunhan vain etäyhteys toimii sovitulla hetkellä moitteettomasti ja osapuolet ovat etäyhteyden päässä sovitun aikataulun mukaisesti.

Tirkkonen (2021) on esitellyt teoksessaan teknologian soveltuvuutta muistisairaalle. Hän on tuonut esille teknologian käytön yleistymisen aiheuttamia haasteita, koska valtaosa kotihoidon asiakkaista on muistisairaita. 2020-luvun ikäihmiset eivät ole tottuneet käyttämään aiemmin elämässään tietoteknisiä laitteita ja niiden käytön opetteleminen myöhemmällä iällä ja etenkin muistisairaana on mahdotonta. (Tirkkonen 2021, 54.) Tulevaisuudessa tilanne voi olla eri, kun silloiset sukupolvet ovat teknologiataidoiltaan osaavampia (STM 2020). Muistisairaus on joka tapauksessa asia, joka tulee vaikeuttamaan teknologisten laitteiden käyttöä aiemmasta osaamisesta riippumatta (Tirkkonen 2021, 54). Teknologisten asioiden omaksumisessa ja digitaalisten taitojen hallinnassa tulee olemaan eroja, joten kaikille tulee pystyä tarjoamaan sopivia ratkaisuja ja riittävästi tukea ja opastusta niiden käyttämiseksi (Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry 2021).

Helmikuussa 2022 alkaneen Venäjän ja Ukrainan välisen sodan vaikutuksesta esimerkiksi polttoaine on merkittävästi kallistunut, joten on tärkeää olla keinoja, joilla kustannuksia voidaan hillitä. Etäkotihoito sisältyminen hyvinvointialueen kuntien palveluihin voi tuoda kustannusvaikuttavuutta tilanteessa, jossa haasteina ovat henkilöstön riittävyys suhteessa kasvavaan asiakasmäärään ja autolla

ajetuista kilometreistä koituvat polttoainekustannukset sekä hoitohenkilöstön kotikäyntimatkoihin kuluva aika.

8.2 Tutkimustulosten käytännön merkitys

Ikääntyneiden määrän kasvu on Suomessa kansainvälisesti katsottuna nopeaa koska lääketiede on kehittynyt ja elintaso noussut. Koska elinaika pitenee, lisääntyvät myös haasteet terveydenhuollossa. Tämän myönteisen kehityksen uskotaan jatkuvan vielä useiden vuosikymmenten ajan. (Valkonen 2004, 2173–2179.) Tämän vuoksi etäkotihoitoon tutkiminen ja sen tulokset ovat merkittäviä yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Maailma muuttuu ja myös ikääntyneiden toimintakyky, jonka vuoksi kaikki teknologian mahdollisuudet ovat tärkeä saada käyttöön ja hyödynnettyä. Selvitys tuo esille etäkotihoitoa ja sen käyttömahdollisuuksia. Etäkotihoito luo ikääntyneelle uusia, erilaisia mahdollisuuksia palvelujen saavutettavuuteen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yksinäisyyden torjumiseen. Teknologia, jota esimerkiksi etäkotihoitossa käytetään, tulee tulevaisuudessa olemaan päivittäinen osa yhä useamman ikääntyneen arkielämää, joten sen tutkimiseen ja kehittämiseen tulee kohdistaa voimavaroja.

Hyvinvointialueiden tullessa voimaan kunnat ovat suuren muutoksen keskellä. Laadittu selvitys hyödyttää palvelujen uudelleenjärjestämisessä ja nostaa esiin etäyhteyksien käyttömahdollisuuksia ja tärkeyttä. Vertailukunnat olivat halukkaita kuulemaan selvitystyömme tuloksista, joita he voivat mahdollisesti hyödyntää oman kuntansa etäkotihoitoon mallin kehittämisessä yhä toimivammaksi.

Digitalisaation hyödyntäminen ja terveysteknologian käyttöönotto vaatii päättäjiltä rohkeutta, ja esimerkiksi Smart Countryside -selvityksen mukaan rohkeuden puute onkin yksi este digitalisaation edistymiselle ja hyödyntämiselle. Jotta haluttuja säästöjä ja työn kehittämistä voidaan toteuttaa, on palvelurakenteita uudistettava. Selvityksen mukaan lähes jokainen yli 50-vuotias tarvitsee lisäosaamista teknologian käytössä, joten riittävää laitteisiin tutustumista ja opastusta tarvitsee niin kotona tuen avulla asuvat, kuin kotiin apua teknologian avulla tarjoavat. (Antikainen ym. 2017, 76.)

Ilmastonmuutoksesta ja ihmisen hiilijalanjäljestä on olemassa koko ajan enemmän tietoa. Vuonna 2022 tämä näkökulma tulee ottaa huomioon niin yrityksissä kuin kunnissakin, kuin valtiollisellakin tasolla. Yksi etäyhteyksiä puoltava näkökulma on ehdottomasti myös hiilijalanjäljen pienentäminen. Kun kotihoidossa autolla ajetaan vähemmän, myös hiilijalanjälki pienenee. Nykypäivänä kunnat ottavat entistä enemmän huomioon ekologisia valintoja, joista yksi on hiilijalanjäljen pienentäminen. Etäkotihoidon lisääminen on kunnille yksi keino.

8.3 Selvityksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka on saanut alkunsa pääosin lääketieteen kysymysten parista, sillä niiden kohteena ovat yleensä ihmiset. Sitä kutsutaan normatiiviseksi etiikaksi, jossa pyritään toimimaan tutkimusta koskevien oikeiden sääntöjen mukaan. Jo tutkimuksen aiheita valittaessa ollaan eettisen ratkaisun äärellä. Tutkijan tulee ottaa huomioon aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta myös sen vaikutukset osallistujiin. Tutkimuksen tulee aina olla hyödyllinen, mutta sen hyöty ei aina välttämättä näy nykyhetkessä vaan vasta tulevaisuudessa. Lisäksi tutkimuksen tulee pyrkiä olemaan eduksi, eikä koskaan harmiksi osallistujille tai yhteiskunnalle. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa pyritään kehittämään hoitotyön laatua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 211–218; Moule & Goodman 2014, 59–60.) Laati-
mamme selvitystyö oli hyvin ajankohtainen ja sen tarkoituksena oli tuottaa etäkoti-
hoidonmalli, jonka yhtenä hyötynä oli henkilöstön työajan tehostaminen siten,
että aitoon asiakaskontaktiin jää enemmän aikaa. Lisäksi se tarjoaa kotihoidon
asiakkaille uuden palvelumuodon.

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä tutkimuskäytäntöä. Tämä tarkoittaa, että tutkimus ei loukkaa tutkimukseen osallistuvaa kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tutkimustapaa. Tutkimuksen tavoitteissa, aineiston keräämisessä, käsittelyssä ja tulosten esittämisessä sekä aineiston säilytyksessä tulee huomioida tutkimuseettiset ohjeet. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–33.) Tutkimukseen osallistuvilla ihmisillä tulee olla mahdollisuus päät-

tää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkittavien pitää saada tietää tutkimuksen ja tutkijoiden perustiedot sekä tutkittavilta kerättävien tietojen käyttötarkoitus. (Kuula 2015, 60–62.) Selvitystyömme tavoite ja tarkoitus tuotiin esille vertailukuntia kartoittaessa ja pyydettyä osallistumaan ryhmähaastatteluun. Vanhusneuvostolle suunnatussa sähköpostikyselyssä tuotiin esille samat tiedot.

Käyttämämme benchmarkkausmenetelmään liittyy myös eettisiä periaatteita. Se rakentuu kahden tai useamman osapuolen luottamukselliselle tiedon vaihdolle. Se onnistuu vain, kun kaikki osapuolet ovat yhtä tietoisia menetelmästä ja toimivat yhteisten periaatteiden mukaisesti. On suositeltavaa käydä osapuolten kanssa läpi yhteiset säännöt vähintäänkin suullisesti. Eettisiin periaatteisiin benchmarkkausmenetelmässä kuuluu, että siihen on hankittu lupa osapuolilta ja saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Jos tietoja on tarve antaa eteenpäin, tulee siihen olla lupa. Benchmarkkausprosessiin osallistuminen on itsessään salassa pidettävää, eikä sitä saa kertoa ulkopuolisille ilman osallistuvan organisaation lupaa. Projektiin valitaan osallistuvista organisaatioista yhdyshenkilöt, joiden välityksellä yhteydenpito tapahtuu. Valmistautuminen yhteisiin tapaisiin, sovituissa aikatauluissa pysyminen ja sovittujen sääntöjen mukaan toimiminen on tärkeää. (Hotanen ym. 2001, 12–13.) Eri vaiheissa selvitystyötämme olemme tiedottaneet osallistujia selvitystyön kulusta, aikataulusta ja tietojen käsittelystä. Tiedottaminen on tapahtunut ennen ryhmähaastattelua sähköpostin välityksellä, ja suullisesti ennen haastattelun alkamista.

Pohdimme myös, vaikuttiko haastateltavien suhteellisen pieni määrä selvityksemme luotettavuuteen. Kyselyyn verrattaessa haastattelun heikkoutena pidetään mahdollisuutta siihen, että aineisto jää pieneksi, jos haastateltavalla ei ole riittävästi tietoa aiheesta tai hän ei osaa sitä ilmaista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 76.) Toisaalta haastateltavat edustivat vertailukuntien kotihoitoa ja toivat esille useita eri näkökulmia etäkotihoitosta sekä työntekijöiltä että asiakkailta. Haastateltavat eivät tuoneet ainoastaan omaa mielipidettään esille vaan puhuivat koko organisaation näkökulmasta. Haastattelun etuja on esimerkiksi se, että haasta-

teltavat yleisesti suostuvat tiedonkeruuseen ja siihen että aineistoa käytetään tutkimuksessa, kun heitä kysytään henkilökohtaisesti osallistumaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 76).

Koimme, että pienempi haastateltavien määrä mahdollisti kattavan haastattelurungon läpikäymisen ja haastattelun ilmapiiri oli intiimi, vaikka kyseessä oli keskenään täysin ventovieraat osallistujat. Keskustelu oli myös antoisa kohtuullinen haastattelu-aika huomioon ottaen, koska yhden tunnin aikana saatiin kerättyä kattava aineisto monesta mielenkiintoisesta näkökulmasta. Aineistonkeruutapa liittyi myös olennaisesti tutkimuksemme aiheeseen, koska pääsimme itse käytännössä testaamaan etäyhteyden avulla toteutettua haastattelua, mikä osaltaan mahdollisti sen, että pystyimme valikoimaan haastateltavat ajattelematta heidän fyysistä sijaintiaan haastattelun toteutumiseksi. Tilanne oli teknisesti samantapainen, kun kyseessä olisi ollut etäkotihoitoa hoitopalaveri.

8.4 Oman oppimisen pohdinta

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi etäkotihoitoa mallin kehittämisen Keminmaan kunnalle, koska se kiinnosti meitä ajankohtaisuuden ja aiheen tarpeellisuuden vuoksi. Keminmaan kunta oli esittänyt tarpeensa Lapin ammattikorkeakoululle saada opinnäytetyönä tuotettu malli etäkotihoitoa käyttöönotosta. Käytimme tutkimusmenetelmänä benchmarkkausta, koska se soveltuu hyvin työelämälähtöiseen tutkimukseen, kun aihetta tutkitaan vertaiskokemuksien kautta. Oli kiinnostavaa kuulla vertailukuntien kokemuksia ja käytäntöjä aiheesta. Vertailukunnat sijaitsivat eri puolilla Suomea ja olivat keskenään samankaltaisia. Myös tutkimustulokset kunnista olivat yllättävän yhtenäisiä.

Aiheen hallitsemiseksi keräsimme aiempaa tutkimustietoa ja kirjallisuutta aiheeseen liittyen. Pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä ja mielestämme onnistuimme siinä. Keräsimme ja kävimme läpi kirjallisuutta myös tutkimusaineiston ja sisällönanalyysin tueksi. Niin kansainvälisissä kuin kotimaisissakin tutkimuksissa oli hyvin paljon yhtäläisyyksiä omiin tutkimustuloksiimme verrattuna. Kriittisyys etäkotihoitoa ja siinä käytettävää teknologiaa kohtaan nousi

esille enemmän muissa kuin omassa tutkimuksessamme. Huomion arvoista on, että tutkimuksessamme vertailukuntien edustajat olivat haastatteluun osallistuneita ja useimmissa tässä työssä käytetyissä tutkimuksissa tutkimustulokset olivat suoraan asiakkailta kerättyjä. Mielenkiintoista olisi ollut, jos vertailukunnista haastatteluun osallistuneet olisivatkin olleet etäkotihoitoon osallistuneita, niin olisivatko tutkimustulokset olleet silloin yhtä positiivisia kuin ne nyt olivat.

Opinnäytetyömme tavoitteet kohdistuivat työelämän kehittämiseen ja olivat tarkoituksenmukaisia. Alun perin etäkotihoitoon mallin oli tarkoitus tulla käyttöön Kemnimaan kotihoidossa tammikuussa 2023. Kuitenkin hyvinvointialueiden toiminnan käynnistymisestä johtuen mallin käyttöönotto on epävarmaa, koska ei ole vielä tiedossa millaisia käytäntöjä hyvinvointialue ottaa käyttöönsä. Opinnäytetyön jatkokäyttö ei ole aiemmista suunnitelmista poiketen meistä riippuvainen. Tästä ei ollut vielä tietoa syksyllä 2021, kun käynnistimme opinnäytetyöprosessin yhdessä toimeksiantajan kanssa. Tieto etäkotihoitoon mallin käyttöönoton todennäköisestä lykkääntymisestä tuli tietoomme syksyllä 2022 opinnäytetyön viimeistelyvaiheessa. Tämä ei vaikuttanut tutkimuksemme toteuttamiseen tai ammatilliseen kehittämiseemme, koska voimme soveltaa opittua tietoa myös myöhemmin työelämässä.

Kehittämämme etäkotihoitoon malli on kattava esiselvitys Kemnimaan kunnalle, vaikka tulevaisuus sen käyttöönoton osalta oli epävarma opinnäytetyön tekijöistä riippumattomista syistä. Etäkotihoitoon mallia voi käyttää jatkossa myös muilla tavoin, kuten esimerkiksi hyvinvointialueilla ikääntyneiden kotihoidon palveluiden kehittämisessä. Jos tieto etäkotihoitoon mallin käyttöönoton epävarmuudesta olisi tullut esille jo varhaisemmassa vaiheessa, olisimme voineet suunnata mallin kehittämistä esimerkiksi hyvinvointialueen suuntaan. Harmiksemme myös tiedot Kemnimaan kunnasta ja kotihoidon nykytilanteesta jäivät pintapuolisiksi ja vaja-
vaisiksi. Pyysimme toistuvasti Kemnimaan kotihoidon yhteyshenkilöltä vastauksia kyselyyn, joiden oli suunniteltu antavan yksityiskohtaisempia tietoja kotihoidon tilanteesta; muun muassa asiakasmääristä ja etäisyyksistä niitä kuitenkin saamatta. Omat vaikeutensa aikataulullisesti toivat myös henkilöstövaihdokset ja jo sovittujen palaverien peruuntuminen toimeksiantajan puolelta.

Edellä mainittujen kokemusten myötä voimme todeta oppineemme sietämään epävarmuutta ja ennalta-arvaamattomia käänteitä sekä oppimaan pitkäjänteisyyttä ja suunnitelmallisuutta. Aiempi koulutuksemme ja työkokemuksemme ovat valmistaneet osaltaan meitä tämän opinnäytetyön tekemiseen, koska meillä on taustalla useiden vuosien työkokemus sosiaali- ja terveysalalta sekä ikääntyneiden parissa työskentelystä. Opinnäytetyön alkuvaiheessa laadimme aikataulusuunnitelman (Liite 3) ja olemme pysyneet siinä.

8.5 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksemme mahdollistaa monenlaisia jatkotutkimusaiheita riippuen siitä, mistä ja kenen näkökulmasta asioita halutaan tutkia. Lisätutkimusta voisi tehdä aineistoon perustuen esimerkiksi etäkotihoitoon käytöstä omaishoitajien tukemiseen, koska vastausten perusteella omaiset pitivät etäyhteyttä hyödyllisenä ja hyvänä asiana. Erilaiset toimintamallit etäyhteyksiin kotihoidossa, omaishoitajille ja viriketoimintaan voisivat myös auttaa kuntia ottamaan käyttöön helpommin uusia palveluita. Tutkimuksen avulla voitaisiin saada todennettua etäyhteyksien hyödyllisyys ja vaikuttavuus.

Ikääntyneiden teknologiataidot ja niiden vahvistaminen voisi myös olla yksi tutkimusaihe. Tutkimukseen voisi valita esimerkiksi pienehkön ryhmän ikääntyneitä, jotka saisivat intensiivistä opastusta teknologiataitojen kartuttamiseksi ja siitä syntyneitä vaikutuksia ja tuloksia voisi vertailla heihin, jotka eivät ole saaneet kyseistä opetusta. Lisäksi henkilökunnan kokemuksia olisi tärkeää tutkia ja miten sen pohjalta etäkotihoitoa voisi kehittää palvelemaan niin asiakkaita kuin henkilökuntaakin entistä paremmin. Mielenkiintoista olisi myös tutkia ikääntyneiden asenteita ja mielipiteitä liittyen etäkotihoitoon sen käyttöönottovaiheessa ja esimerkiksi vuoden kuluttua käyttöönotosta. Tällaisessa tutkimuksessa olisi tärkeää otoksen olla määrällisesti riittävän suuri, jotta tutkimustulokset olisivat luotettavia ja yleistettäviä.

9 LÄHTEET

Ahonen, O. & Kinnunen, U.-M. & Kouri, P. 2016. Sähköiset terveyspalvelut hoitotyössä. Teoksessa K. Pirhonen (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy.

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

Alhonen, A. & Heinonen, T. & Piironen, I. 2020. Osaaminen, työn muutos ja johtaminen teknologian käyttöönotossa. Viitattu 30.8.2022 <https://hippa.metro-polia.fi/2020/11/osaaminen-tyon-muutos-ja-johtaminen-teknologian-kayttoonotossa/>.

Antikainen, J., Honkaniemi, T., Jolkkonen, A., Kahila, P., Kotilainen, A., Kurvinen, A., Lemponen, V., Lundström, N., Luoto, I., Niemi, T., Pyykkönen, S., Rehninen, A., Saukkonen, P., Viinamäki O.-P., Viinikka, A. 2017. Smart Countryside. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 9/2017. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Viitattu 25.9.2022 https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/9_Smart+Countyside.pdf/2559835c-f503-4b03-a7f5-43aff632228a/9_Smart+Countyside.pdf?version=1.0&t=1485342820000.

Birkhoff, S. & McCulloh Nair, J. & Bald, K. & Frankum, T. & Sanchez, S. & Salvatore, A. 2021. Facilitators and challenges in the adoption of a virtual nurse visit in the home health setting. HHS Public Access. Author manuscript. Viitattu 20.9.2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8696939/pdf/nihms-1758018.pdf>.

Business Lapland 2022. Keminmaa – asukkaiden ja yritysten vireä Keminmaa on keskellä Meri-Lappia. Rovaniemi: House of Lapland. Viitattu 11.11.2022 <https://www.lapland.fi/fi/business/keminmaa-kunnat/>.

Coffey, A. & Atkinson, P. 1996. Making Sense of Qualitative Data. SAGE Publications, Inc.

Engeström, Y. & Niemelä, A.-L. & Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito – Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus.

Forsberg, K., Intosalmi, H., Nordlund, M. & Suhonen, S. Ikäteknologia sanasto 2014. KÄKÄTE-raportti 3/2014. Viitattu 22.9.2022 <https://www.vahvike.fi/sites/default/files/perussivu-pdf/ikateknologiaSanasto.pdf>.

Harju, L. & omatiimi 2018. Tulokset. Toimiva kotihoito Lappiin – Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen –hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.10.2022 https://stm.fi/documents/1271139/12650795/Konsortio_diat_FINAL301118.pdf/db1c0e46-4788-38a3-5afd-f859bc31648b/Konsortio_diat_FINAL301118.pdf.

Hautala, M. & Ervasti, M. & Pikkarainen, M. & Reponen, J. & Daavittila I. & Raatinieniemi L. & Martikainen, M. & Tuukkanen J. & Korpelainen J. 2019. Tulevaisuuden yhdistetyt terveysteknologia mahdollisuudet ensihoidon ei kiireellisten tehtävien hoitamisessa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Vol 11. No 1–2. 139–149. Viitattu 16.6.2022. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2019052817600.pdf>.

Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helkiö, K. & Kautonen, M. & Riippa, I. & Rönkkö, I. 2016. Teknologia haastaa ja helpottaa terveydenhuollossa. Teoksessa K. Pirhonen (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy.

Hennala, L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja - ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. Gerontologia. Vol 28. No 2. 67–82. Viitattu 14.9.2022 <https://elektra-helsinki-fi.ez.lapinamk.fi/se/g/0784-0039/28/2/radikaal.pdf>.

Holloway, I. & Galvin, K. 2017. Qualitative research in Nursing and Healthcare. 4th edition. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

Hotanen, J. & Laine, R. & Pietiläinen S. 2001. Benchmarking –opas. Opi hyviltä esikuvilta. Helsinki: Suomen Laatu keskus Koulutuspalvelut Oy.

Ikonen, E.-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.–2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kataja, M. 2016. Robotiikka tarvitsee lisää osaajia. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy.

Keminmaan kunta 2022a. Kuntatietoa. Viitattu 15.11.2022 <https://www.keminmaa.fi/index.php?p=Kuntatietoa>.

Keminmaan kunta 2022b. Vanhusneuvoston kokous 8.4.2022. Pöytäkirja. Viitattu 15.11.2022 <https://keminmaa.tweb.fi/ktwebscr/files/show?doctype=3&docid=182958>.

Keminmaan perusturvajohtaja & hoiva- ja hoitotyön johtaja 2021. Opinnäytetyön suunnittelupalaveri. Teams-kokous. 24.9.2021.

Keminmaan perusturvajohtaja 2022. Kysymykset toimeksiantajalle. Sähköposti katja.raatikainen@keminmaa.fi. Tulostettu 7.1.2022.

Korhonen, M. & Virtanen T. 2015. Digitaalisuus ja asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa – kansalaisen omat tiedot hyötykäyttöön. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. Vol 7. No 4. 237–239. Viitattu 18.9.2022 <https://journal.fi/finjehew/article/view/53522>.

Koski, P. & Kelo, M. 2019. Metropolia: Toimintatutkimus menetelmänä. Viitattu 15.12.2021 <https://blogit.metropolia.fi/masterminds/2019/09/30/toimintatutkimus-menetelmana/>.

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyrö, P. & Kulmala, J. 2004. The Roots and the Content of Benchmarking. Viitattu 3.11.2021 <https://metodix.fi/2014/05/19/kyro-the-roots-and-the-content-of-benchmarking/>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Masters, J. 1995. The History of Action Research. Viitattu 15.12.2021 <https://essaydocs.org/the-history-of-action-research.html?page=3>.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Moule, P. & Goodman, M. 2014. Nursing research – An introduction. 2. painos. London: SAGE.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. 2014. Vanhuus ja oikeus. Lakimiesliiton kustannus. Helsinki: Hansaprint Oy.

Niiranen, L. 2022. Kuntien etäkotihoidon järjestäminen tulevilla hyvinvointialueilla? Sähköposti liisa.niiranen@lapha.fi 29.-31.3.2022. Tulostettu 1.4.2022.

Numminen, S. 2022. KATI-Aitiopaikka: onnistumisia sote-kentältä ja alustavat tulokset. Hankeseminaari. THL. 1.6.2022.

Ojasalo, K. & Moilanen, T. & Ritalahti J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ovaskainen, P. & Suvivuo, P. & Virjonen, K. & Leino, I. 2016. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol 53. No 1. 77–79. Viitattu 18.9.2022 <https://journal.fi/sla/article/view/55936>.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Perälä-Heape, M. 2019. Digitaaliset palvelut tukemassa terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa S. Sinikallio (toim.) *Terveyden psykologia*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Rotkirch, A. 2021. Vanheneminen on etuoikeus. Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 26.10.2022 <https://vtkl.fi/vanheneminen-on-etuoikeus#:~:text=Suo-men%20v%C3%A4est%C3%B6%20kuuluu%20maailman%20vanhim-piin.%2065%20vuotta%20t%C3%A4ytt%C3%A4neiden,syntyvyyden%20voimakkaan%20alenemi-sen%20my%C3%B6t%C3%A4%20v%C3%A4est%C3%B6%20vanhee-nee%20luultua%20nopeammin>.

Ruotsalainen, K. 2013. Väestö vanhenee - heikkeneekö huoltosuhde? Väestölaskenta. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 11.10.2022 https://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html.

Rygg, L. & Brataas, H. & Nordtug, B. 2018. Introducing Videoconferencing on Tablet Computers in Nurse – Patient Communication: Technical and Training Challenges. *Hindawi. International Journal of Telemedicine and Applications*. Vol. 2018, ID 8943960. 1–6. Viitattu 21.9.2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6211159/pdf/IJTA2018-8943960.pdf>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006. Toimintatutkimus. KvaliMOTV. Viitattu 13.12.2021 https://www.fsd.tuni.fi/metelmaopetus/kvali/L5_4.html.

Saari, A. & Koivisto, T. & Koskela, I. & Käsälä, M. & Rydman, V. & Turunen, J. 2022. Enemmän aikaa empatialle? Hoivatyön teknologiavälitteinen viestintä ja työhyvinvointi. *Työterveyslaitos*. Viitattu 2.10.2022 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145000/TTL-978-952-391-022-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Salmisaari, T. 2016. Rakkaudesta muutokseen. Merkintöjä muutosjohtamisesta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol 23. No 132. 2213–2220. Viitattu 18.9.2022 <https://www-terveysportti-fi.ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo13429.pdf>.

Sipponen, S. 2020. Kotihoidon hoitohenkilöstön kokemuksia etäkäynneistä. *Itä-Suomen yliopisto*. Viitattu 16.6.2022 https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23808/urn_nbn_fi_uef-20201516.pdf.

Sivula, M. 2022. Aluehallitus jakoi Lapin neljään palvelualueeseen – jako ei vaikuta kansalaisten elämään, sanoo hyvinvointialuejohtaja Jokela. *Lapin Hyvinvointialue*. *Yle Uutiset*. Viitattu 7.10.2022 <https://yle.fi/uutiset/3-12516583>.

Solli, H. & Hvalvik, S. 2019. Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: a qualitative study. *BMC Health Service Research*. Viitattu 21.9.2022 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-019-4740-7.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Viitattu 16.8.2022 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 1.4.2022. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019. Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 17.8.2022 https://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_2019-09-30_tie_001_fi.html.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2021. Kuntien avainluvut. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 17.8.2022 <https://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2021&active1=241&active2=SSS>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille -ohjelma (KATI). Viitattu 8.4.2022. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kotona-asumisen-teknologiat-ikaihmisille-ohjelma-kati->

Tirkkonen, S. 2021. Muistisairaana läheisenä. Helsinki: Basam Books.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Valkonen, T. 2004. Elinajanodotteen kehitys, väestön vanheneminen ja tulevaisuuden terveysongelmat maailmassa ja meillä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol 120. No 18. 2173–2179. Viitattu 15.11.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo94514>.

Valtioneuvosto. 2022. Uudistus lyhyesti. Viitattu 8.4.2022. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Valtonen, A. & Viitanen, M. 2020. Ryhmäkeskustelut laadullisena metodina. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudeamus.

Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry. 2021. Ikäihmiset ja teknologia. Viitattu 8.7.2022 <https://www.valli.fi/tyomuotomme/ikateknologiakeskus/tietopankki/ikaihmiset-ja-teknologia/>.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: PS-Kustannus.

Vuorinen, T. 2014. Strategiakirja – 20 työkalua. Helsinki: Talentum.

Yliräisänen-Seppänen, P. 2021. Etäpalveluratkaisut Lapissa. Kyselyn yhteenveto 2021. Sote-rakenneuudistus Lapissa. Viitattu 23.10.2022 <https://lapi-toy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut%20asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu%2Dtiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoymp%C3%A4rist%C3%B6n%20tiedostomateriaali%2Fekollega%2FJulkaisut%2Fselvitykset%2Fraportti%2Det%C3%A4palveluratkaisusta2021%2Epdf&parent=%2Fsites%2FVirtu%2Dtiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoymp%C3%A4rist%C3%B6n%20tiedostomateriaali%2Fekollega%2FJulkaisut%2Fselvitykset&p=true&ga=1>.

LIITTEET

Liite 1. Sähköpostitse lähetetyt avoimet kysymykset vanhusneuvostolle

Liite 2. Vertailukuntien ryhmähaastattelurunko

Liite 3. Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma

Liite 1 Sähköpostitse lähetetyt avoimet kysymykset vanhusneuvostolle

Arvoisa Keminmaan Vanhusneuvosto!

Teemme opinnäytetyötä Keminmaan kunnalle etäkotihoitoon mallin kehittämiseksi. Toimeksiantajamme on perusturvajohtaja Katja Raatikainen. Olemme keränneet tietoa etäkotihoitoon käyttöönotosta ja käyttökokemuksista kunnista, joissa etäkotihoito on ollut käytössä jo pidemmän aikaa. Näitä kuntia ovat Tornio, Kuusamo ja Lieksa.

Nyt pyydämme Vanhusneuvoston näkemystä etäkotihoitoon käyttöönotosta, koska olette ikäihmisten asialla. Alla muutama kysymys, johon toivoisimme teiltä vastausta. Vastaa mielellämme lisäkysymyksiin, joita voi lähettää sähköpostiosoitteisiimme. Olemme kiitollisia, jos voitte käyttää tähän hetkisen aikaa ja vastata esittämiimme kysymyksiin.

Antamanne vastaukset tulevat anonymisti valmiiseen työhön, joka julkaistaan joulukuussa 2022 sähköisessä muodossa osoitteessa www.theseus.fi.

Olemme kiitollisia, jos voitte käyttää tähän hetkisen aikaa ja vastata alla oleviin kysymyksiin:

1. Millainen rooli vanhusneuvostolla on Keminmaan ikäihmisten palveluissa?
2. Minkä verran teette yhteistyötä kunnan kanssa ajankohtaisissa asioissa?
3. Millaisia ajatuksia etäkotihoito teissä herättää?
4. Mitä asioita tulisi ottaa huomioon etäkotihoitoa kehitettäessä?
5. Tiedättekö mitä etäkotihoito on ja onko teillä mitään aiempaa tietoa asiaan liittyen?
6. Mitä haluaisitte tietää etäkotihoitosta?
7. Millaisia terveisiä haluatte sanoa kunnan etäkotihoitoon kehittäjille?

Voitte kirjoittaa vastaukset suoraan kunkin kysymyksen perään tähän tiedostoon ja lähettää sen liitetiedostona takaisin meille.

Ystävällisin terveisin YAMK-opiskelijat Elina Alaviippola & Elina Liikavainio
Yhteystiedot: elina.alaviippola@edu.lapinamk.fi & elina.liikavainio@edu.lapinamk.fi

Liite 2 Vertailukuntien ryhmähaastattelurunko

1. Milloin ja miten etäkotihoito on kunnassanne aloitettu?
2. Mistä syistä etäkotihoito on kunnassanne otettu käyttöön?
3. Miten etäkotihoito kuuluu palveluihinne?
4. Miten asiakkaat valikoituvat etäkotihoidon asiakkaaksi? (etäkotihoidon kriteerit verrattuna tavalliseen kotihoitoon?) Onko käytössä jokin mittari?
5. Millainen on tavanomaisin etäkotihoidon asiakas? (kuinka monta käyntiä/vrk, yhdistetty etä- ja tavallista kotihoitoa?)
6. Miten asiakkaat ovat suhtautuneet etäkotihoitoon?
7. Onko asiakkaalla mahdollisuus valita, ottaako etäkotihoidon vai perinteisen kotihoidon?
8. Miten asiakastyytyvää seurataan etäkotihoidon asiakkaiden osalta?
9. Minkä tyyppistä etäkotihoidon palvelu on? Onko se ohjausta, tukea, auttamista?
10. Miten selvitetiin etäkotihoitoon sopiva laitteisto?
11. Oliko laitteiston käyttöönottoon liittyen hankaluuksia?
12. Onko etäkotihoitoon asetetut tavoitteet saavutettu? Jos on, niin miten? Jos ei, niin miten?
13. Miten työntekijät ovat suhtautuneet etäkotihoitoon?
14. Kuka arvioi, onko asiakas soveltuva etäkotihoidon asiakkaaksi? Miten arviointi tehdään?
15. Mitä hyvää etäkotihoidon käyttöönotaminen on tuonut?
16. Mitä huonoa tai hankaluuksia etäkotihoidon käyttöönotaminen on tuonut? Onko se muuttanut henkilöstöressurssin painopistettä tms.?
17. Millaisen perehdytyksen kotihoidon työntekijät ovat saaneet etäkotihoidon käyttöönotossa ja/tai onko se ollut riittävää?
18. Pystyttkö arvioimaan, saako etäkotihoidon piirissä oleva asiakas samat palvelut kuin tavallisen kotihoidon kautta? Mitä on jäänyt puuttumaan/mitä on tuonut lisää?
19. Mitä etäkotihoito maksaa asiakkaalle? Onko muita kuluja, kuin normaali käyntimaksu ja onko se sama kuin lähikäynnistä veloittava maksu?
20. Voitteko arvioida, mitä kustannuksia etäkotihoidosta on kunnalle aiheutunut, tai onko se vähentänyt kustannuksia?

