

Noora Kekkonen
Marko Westerlund

Kotihoidon laadullisten kriteerien toteutuminen virtuaalihoitossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi (AMK), Insinööri (AMK)

Vanhustyön koulutusohjelma, Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma

Opinnäytetyö 29.11.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Noora Kekkonen Marko Westerlund Kotihoidon laadullisten kriteerien toteutuminen virtuaalihoi- dossa 49 sivua + 2 liitettä 29.11.2016
Tutkinto	Geronomi (AMK), Insinööri (AMK)
Koulutusohjelma	Vanhustyö, Hyvinvointiteknologia
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Mikael Soini Yliopettaja Tuula Mikkola Opettaja Satu Vahaluoto
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia, miten kotihoidon laatuun liittyvät kriteerit täyttyvät, kun käytetään kuvapuhelimen avulla tapahtuvaa virtuaalihoitoa tiettyjen kotihoidon hoitotoimenpiteiden suorittamiseen. Opinnäytetyössä selvitetään, miten virtuaalihoitajat itse kokevat kotihoidon laatukriteerien täyttyvän virtuaalihoitossa sekä miten varmaksi he palvelun teknisesti kokevat.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja tarvittavaa aineistoa työtämme varten keräsimme teemahaastatteluiden avulla. Haastatteluiden avulla saimme kerättyä materiaalia virtuaalihoitajien näkemyksistä hoidon laadun sekä palvelun teknologian luotettavuuden suhteen. Opinnäytetyön teoriaosuudessa tutustutaan yleisesti kotihoitoon ja siihen liittyviin haasteisiin sekä kotihoidon laatuun liittyviin kriteereihin. Perehdymme teoriaosuudessa myös kuvapuheluteknologiaan ja sen tuomiin mahdollisuuksiin virtuaalihoitoon liittyen. Haastatteluista saamiamme tuloksia peilasimme teoriapohjaamme vasten, jonka avulla saimme selville, toteutuvatko kotihoidon laadulliset kriteerit virtuaalihoitajien näkökulmasta katsottuna.</p> <p>Opinnäytetyö osoitti, että virtuaalihoito täyttää kotihoidon laatukriteerit, kun sitä käytetään kotihoidon tukipalveluna. Joissakin tapauksissa virtuaalihoitajan nähtiin olevan osin jopa laadukkaampaa kuin perinteisen kotihoidon. Asiakasmäärien nousu aiheuttaa osaltaan huolta virtuaalihoitajissa, ja tämä nähdään yhtenä tulevaisuuden uhkana palvelun laadun suhteen. Virtuaalihoitoon liittyvän teknologian nähtiin olevan nykyisin melko toimintavaraa, joskin sen suhteen löytyy myös vielä parannettavaa jatkossa.</p> <p>Virtuaalihoitajilta saatiin tärkeää tietoa palvelusta, ja he toivat esiin myös omia kehittämisideoitaan virtuaalihoitoon liittyen. Näistä tuloksista on hyötyä, kun virtuaalihoitoa lähdetään jatkossa edelleen kehittämään.</p>	
Avainsanat	Kotihoito, virtuaalihoito, kuvapuhelin

Author(s) Title Number of Pages Date	Noora Kekkonen Marko Westerlund Meeting Home Care Quality Criteria in Virtual Care 49 pages + 2 appendices 29 November 2016
Degree	Bachelor of Social Services and Health Care, Bachelor of Engineering
Degree Programme	Health Informatics
Specialisation option	
Instructor(s)	Mikael Soini, Principal Lecturer Tuula Mikkola, Senior Lecturer Satu Vahaluoto, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to determine whether the quality criteria related to home care are met when using videophone technology as part of the home care process.</p> <p>This thesis was carried out as a qualitative research and the material needed was gathered using theme interviews. By using theme interviews it was possible to gather feedback from the virtual care operators about the quality aspects of virtual care and also about the technology of virtual care itself. The theoretical part of the study focuses on home care as a whole and the challenges home care will be facing in the near future. The study also explores the different possibilities of videophone technology when used as part of virtual care service. The feedback from the theme interviews was compared with the theoretical research about home care quality aspects and conclusions were made on whether those quality criteria actually were met in virtual care.</p> <p>This study shows that virtual care does fulfill all the quality criteria related to successful home care when used as a supportive service alongside traditional home care. In some cases, the quality of virtual care was seen as even higher than in traditional home care. A rising number of users was seen as a possible threat in the future as the workload among virtual care operators is already at a fairly high level. Virtual care technology was seen as fairly reliable but there were also some issues reported.</p> <p>This thesis was successful in collecting valuable feedback about the virtual care service from the operator perspective and these results can also be very useful in the future development of the virtual care service.</p>	
Keywords	Home care, virtual care, videophone

Sisällys

Lyhenteet

1	Johdanto	1
2	Työn tavoitteet ja toteutus	2
3	Kotihoidon nykytilanne ja tulevaisuus	3
3.1	Kotihoidon prosessit	6
3.1.1	Hoito- ja palvelusuunnitelma	8
3.1.2	Kotihoidon prosessien arviointi ja kehittäminen	8
3.2	Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit	9
3.3	Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen virtuaalihoito	12
4	Teknologia terveydenhuollossa	15
4.1	Hyvinvointitekniologia	15
4.2	Ikätekniologia	16
4.3	Etähoidon terminologiaa	17
4.4	Virtuaalihoito Suomessa	17
4.5	Virtuaalihoito kotihoidossa	18
4.5.1	Kuvapuhelin	19
4.5.2	Kuvapuhelin kotihoidon tukena	21
4.5.3	Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen virtuaalihoitoon laitteisto	22
5	Virtuaalihoitoon haasteet	24
5.1	Palvelun teknologinen varmuus ja käytettävyys	24
5.2	Asenteet palvelua kohtaan	26
5.3	Järjestelmän tietoturva ja asiakkaiden yksityisyys	27
5.4	Virtuaalihoitoon taloudelliset vaikutukset	28
6	Tutkimusmenetelmä	29
6.1	Tutkimusmenetelmän valinta ja kuvaus	29
6.2	Haastattelujen teemat	31
6.2.1	Hoidon laatu ja eettisyys	31
6.2.2	Teknologinen varmuus	32
6.2.3	Palvelun kehittäminen	33

7	Tutkimustulokset ja haastattelumateriaalin analyysi	33
7.1	Laadukas ja eettinen kotihoito	33
7.1.1	Laadukas ja eettinen kotihoito virtuaalihoitajien näkökulmasta	34
7.1.2	Laadukkaan ja asiakaslähtöisen virtuaalihoidon tarjoaminen	35
7.1.3	Yhteistyö perinteisen kotihoidon ja virtuaalihoidon välillä	37
7.1.4	Fyysisen asiakaskäynnin korvaaminen kuvapuhelulla	38
7.2	Palvelun teknologinen varmuus ja luotettavuus	39
7.3	Asiakkaiden yksityisyys ja potilasturvallisuus	40
7.4	Virtuaalihoidon kehittäminen	42
7.5	Johtopäätökset laatukriteerien täyttymisestä virtuaalihoidossa	43
8	Yhteenveto ja pohdintaa	46
8.1	Aiheen rajaaminen	46
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	47
8.3	Mitä opimme virtuaalihoidosta sekä opinnäytetyön tekemisestä	47
	Lähteet	49
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelukysymykset	
	Liite 2. Suostumuslomake	

Lyhenteet ja määritelmät

FACETIME Applen videopuheluohjelma.

GAS Goal Attainment Scaling on väline, jonka avulla määritetään kuntoutujan tavoitteet.

GDS 15 Myöhäisiän depressioseula.

KÄKÄTE Käyttäjälle kätevä teknologia -projekti.

MMSE MiniMental State Examination on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti.

NONINVASIIVINEN

Ihoa rikkomaton mittausmenetelmä lääketieteessä.

PEGASOS CGI:n kehittämä potilastietojärjestelmä.

RAI Resident Assessment Instrument on hoidon, palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi tehty standardoitu arviointijärjestelmä.

RAI SCREENER

Suppeampi versio RAI:sta, joka on kehitelty Suomessa.

RAVA Mittari, jolla arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja avuntarvetta.

SKYPE Ilmainen ääni- ja kuvapuhelut mahdollistava ohjelmisto.

TABLETTI Kosketusnäytöllinen taulutietokone.

4G Neljännen sukupolven matkapuhelintekniikka.

1 Johdanto

Kotihoitoon liittyvät haasteet Suomessa ja se, kuinka kotihoitoa voitaisiin tulevaisuudessa parantaa niin asiakkaiden kuin hoitajienkin näkökulmasta, ovat olleet paljon esillä. Aihe on erittäin ajankohtainen ja herättänyt julkista keskustelua, sillä väestö vanhenee vauhdilla: yli 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. (Groop 2014: 7.) Kotihoidon työntekijöiden työn kuormittavuus on ollut jo kauan nousussa. Kuitenkin samaan aikaan terveydenhuollon kustannuksia pyritään jatkuvasti alentamaan, ja tämä tuottaakin kotihoidon suhteen ongelman. Työn kuormittavuus on jo maksimitasolla, kun samaan aikaan pitäisi löytyä säästökohteita. (Ruotsalainen 2013.) Oman haasteensa tilanteeseen tuo se, että ikääntyneiden määrän ja palvelujen tarpeen kasvaessa pysyy työikäisten määrä tulevaisuudessa lähes ennallaan. (Ruotsalainen 2013; Groop 2014: 7.) Tarvitaan uusia ideoita siitä, miten kotihoitoa saataisiin muutettua tulevaisuudessa entistä kustannustehokkaammaksi.

Yksi ratkaisu ongelmaan on tuoda hyvinvointiteknologisia ratkaisuja, eli esimerkiksi virtuaalihoitoa, perinteisen kotihoidon rinnalle. Tavoitteena on vähentää kotihoidon työntekijöiden työn kuormittavuutta ja samalla vähentää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia sekä nyt että tulevaisuudessa. Virtuaalihoidolla tarkoitetaan tässä tapauksessa kuvapuhelimen avulla tapahtuvaa etähoivaa, jossa hoitoa suorittava taho ja hoitoa vastaanottava asiakas eivät ole fyysisesti samassa tilassa hoidon aikana.

Vanhuksen ja asiakkaan näkökulmasta katsottuna virtuaalipalvelu tarjoaa paljon mahdollisuuksia. Erilaisten toimintakyvyn rajoitteiden, tai esimerkiksi liikuntarajoitteiselle soveltumattoman ympäristön vuoksi, monella ei ole mahdollisuutta elää riittävän aktiivista ja omannäköistä elämää. Moni kärsii yksinäisyydestä ja eristäytyy tahtomattaan. Vanhempi ikäpolvi on hiljalleen muuttunut vastaanottavaisemmaksi uudelle teknologialle, joten ideaalia olisi hyödyntää sen tarjoamat, elämänlaatua ja arkea monelta osin helpottavat mahdollisuudet ja ratkaisut. (Bond – Dittmann-Kohli ym. 2008: 303.)

Virtuaalihoidon tuominen perinteisen kotihoidon rinnalle nostaa esiin paljon kysymyksiä: Miten voidaan taata hoidon laadun pysyminen korkealla? Kuinka toimintavarmaa virtuaalihoidon teknologia ylipäänsä on? Saadaanko virtuaalihoidon avulla tosiaan aikaan tuntuja säästöjä? Mitä muita käyttömahdollisuuksia virtuaalipalvelulla olisi hoitollisten toimenpiteiden lisäksi?

Opinnäytetyömme tärkein tutkimuskysymys on, täyttääkö virtuaalihoito laadukkaan ja eettisen kotihoidon kriteerit hoitajien näkökulmasta. Haluamme selvittää, kokevatko hoitajat, että virtuaalihoitoa käyttämällä on mahdollista toteuttaa laadukasta ja eettistä hoitotyötä. Tutkimme myös sitä, kuinka luotettavaksi hoitajat virtuaalihoidon teknologian kokevat suhteessa sekä käyttövarmuuteen että laadukkuuteen.

Yhteistyökumppanimme toimii Helsingin kaupungin Palvelukeskus, jonka virtuaalihoitajia työssä haastattelemme, sekä Ikäteknologiakeskus.

2 Työn tavoitteet ja toteutus

Työ on laadullinen tutkimus ja sen tavoitteena on tutkia, kuinka kotihoidon kokonaisvaltainen laatu virtuaalihoidossa hoitajien mielestä toteutuu. Tutkimuksessa tarvittavaa aineistoa keräsimme teemahaastattelujen avulla. Haastattelujemme teemat käsittelivät kotihoidon ja virtuaalihoidon laatua, virtuaalihoidon teknologista toimintavarmuutta, jotta saisimme realistisen kuvan siitä, kuinka virtuaalihoito käytännössä toimii, ja mitä puutteita sekä mahdollisia kehitystarpeita siinä ilmenee.

Teoriaosuudessa käymme läpi muun muassa kotihoitoa ja ikäteknologiaa yleisesti, sekä erilaisiin lakeihin, asetuksiin ja suosituksiin perustuvia kotihoidon laatukriteerejä. Teoria tai teoreettinen viitekehys, eli se, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään, sekä siihen nojaaminen, on laadullisessa tutkimuksessa välttämättömyys (Tuomi – Sarajärvi 2009: 18-19).

Virtuaalihoidon hoitajilta saamamme aineiston avulla tarkastelemme ja arvioimme, kuinka kotihoidon laadulliset kriteerit heidän kokemuksensa perusteella virtuaalihoidossa toteutuvat ja mihin asioihin tulisi mahdollisesti kiinnittää enemmän huomiota. Selvitämme tätä varten myös, mitä asioita laadukas ja eettinen kotihoito virtuaalihoitajien mielestä pitää sisällään.

Työssä myös käydään läpi ja arvioidaan virtuaalihoitoon ja etenkin kuvapuhelimien käyttöön liittyviä teknologisia haasteita, kun niitä pyritään ottamaan käyttöön ja osaksi kotihoitoa. Käytämme tässä hyväksi itse keräämäämme aineistoa teemahaastatteluista sekä myös aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja raportteja aiheesta. Tämän lisäksi vertailemme virtuaalihoidossa yleisesti käytettävää teknologiaa ja pureudumme niihin seik-

koihin, jotka pitää erityisesti huomioida käytettävyyden, luotettavuuden ja hinnan suhteen, arvioitaessa, suunniteltaessa ja kehitettäessä virtuaalihoitoa.

Opinnäytetyömme tavoitteena on vastata kahteen tutkimuskysymykseemme, jotka ovat:

1. Täyttääkö virtuaalihoito laadukkaan ja eettisen kotihoidon kriteerit virtuaalihoitajien näkökulmasta katsottuna ?
2. Onko virtuaalihoito teknologisesti varmaa ja luotettavaa ?

3 Kotihoidon nykytilanne ja tulevaisuus

Kotihoidolla tarkoitetaan kotisairaanhoidon, kotipalvelujen ja tukipalvelujen muodostamaa palvelukokonaisuutta, jolla autetaan alentuneesta toimintakyvystä kärsiviä kotona asuvia ihmisiä. Kotihoidon palvelut voidaan luokitella Algeran ym. (2004) sekä Paasi-vaaran (2004) mukaan sairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoittoon ja huolenpitoon, kodinhoitoapuun ja tukipalveluihin. Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. (Finlex 2016; Voutilainen 2007: 12, Paljärvi 2012: 19–20.)

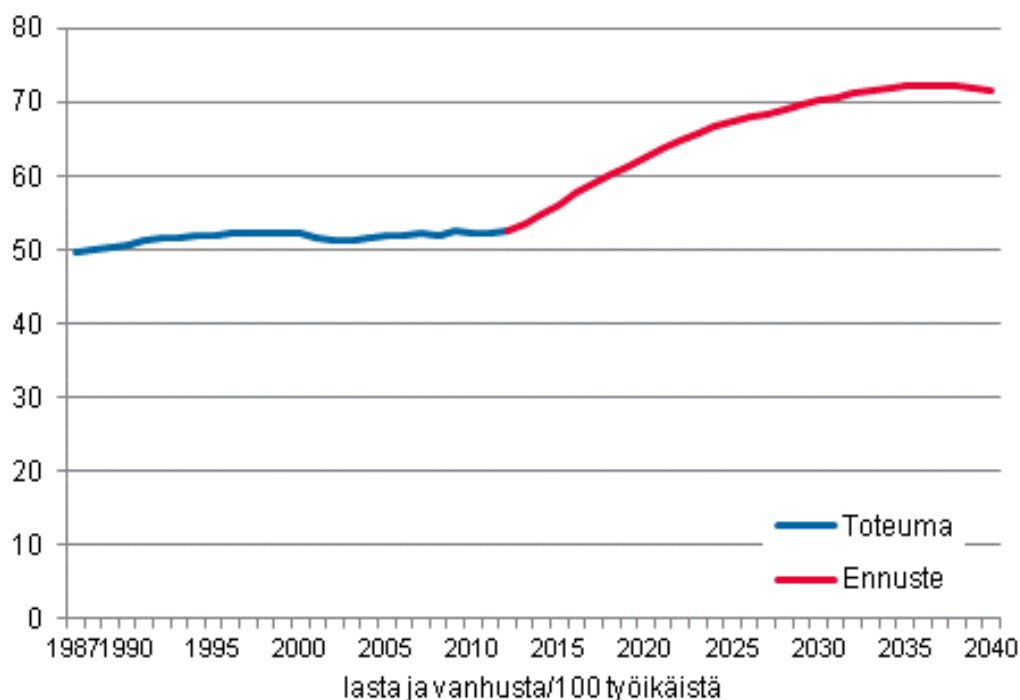
Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittelee kotipalvelun asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavalliseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseksi tai niissä avustamiseksi. Sosiaalihuoltolain asetuksen mukaan se voi olla kotiin tuotavaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten esimerkiksi ateriat-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalveluja, kuten myös sosiaalista toimintakykyä edistäviä palveluja. Kotisairaanhoidon taas määrittävät kansanterveyslaki (66/72) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010). (Finlex 2016; Voutilainen 2007: 12; Paljärvi 2012: 19.) Myös kodin muutostöiden järjestäminen, apuvälineiden hankinta ja hoitotarvikejakelu kuuluvat kotihoidon palveluihin. (Paljärvi 2012: 21.)

Kotihoitoa on mahdollista saada säännöllisenä, tilapäisenä tai satunnaisena, ja ympäri vuorokauden. (Tepponen 2007: 62; Ikonen 2015: 16; Paljärvi 2012: 21.) Kotihoidon tavoitteena on aina asiakkaan toimintakyvyn ja elämänhallinnan tukeminen siten, että

hän voi asua turvallisesti ja mahdollisimman pitkään kotonaan ennaltaehkäisevien palvelujen, palvelutarpeen arvioinnin, terveyspalvelujen, asumispalvelujen, kotihoidon, lyhytaikaisten laitospalveluiden ja omaishoidon tuen avulla. Valtaosa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä, joilla voi olla useampia terveysongelmia ja erilaisia pitkäaikaissairauksia. (Paljärvi 2012: 14, 21.)

Väestön ikääntyminen, odotetun eliniän piteneminen, ja sitä kautta sairauksien lisääntyminen, palvelurakenteen muuttuminen laitospainotteisesta kotona asumista tukevaksi sekä monet muut yhteiskunnalliset tekijät lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta erityisesti kotihoidossa. Samaan aikaan kotihoidon henkilöstö eläköityy, ja työvoiman saatavuus vaikeutuu. Nykyisillä toimintatavoilla ei ole enää tulevaisuudessa mahdollista toteuttaa kotihoitoa. (Kotihoito 2020 -hanke 2014: 5.)

Kotihoidon tuottavuuteen on tulevaisuudessa välttämätöntä kiinnittää huomiota, jotta laadukas, tarpeisiin vastaava ja vaikuttava palvelu voidaan taata koko ajan lisääntyvälle vanhusväestölle. Pelkästään nykyresurssien ylläpitäminen tulee olemaan tulevaisuudessa hankalaa, kun työtarpeen lisääntyessä työikäisten määrä samalla vähenee. (Kotihoito 2020 -hanke 2014: 20.) Väestöllinen huoltosuhde on termi, jota käytetään, kun vertaillaan työikäisen väestön määrää lasten ja vanhuseläkeikäisten henkilöiden määrään. Huoltosuhde siis kuvaa, kuinka monta lasta ja vanhusta on sataa työikäistä kohden. Vuonna 1987 tuo suhdeluku oli vielä noin 50, mikä tarkoittaa, että vuonna 1987 lasten ja vanhusten kokonaismäärä oli tasan puolet työikäisten määrästä. Kuitenkin tulevaisuudessa tuon suhdeluvun on ennustettu nousevan rajusti, ja vuoteen 2020 mennessä väestöllinen huoltosuhde on maanlaajuisesti jo yli 60, mikä johtuu lähinnä vanhusväestön määrän kasvusta (kuva 1). Tämä aiheuttaa siis kotihoidon resurssien suhteen suuren ongelman tulevaisuudessa. (Ruotsalainen 2013.)



Kuva 1. Väestöllinen huoltosuhde Suomessa vuodesta 1987 vuoteen 2012 sekä ennuste huoltosuhteen kehittymisestä vuoteen 2040 asti (Ruotsalainen 2013).

Hoitajan työ perinteisessä kotihoidossa on tällä hetkellä hyvin kiireistä. Kuormituksen, muun muassa kiireen ja riittämättömien henkilöresurssien vähentämiseen ja henkilökunnan jaksamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Asiakasmäärät kasvavat jatkuvasti ja asiakkaan luona vietettävä yhteen asiakaskäyntiin varattu aika lyhenee. Työntekijöiden työtahtia ja "asiakasaikaa" seurataan tarkkaan mobiilisovelluksen avulla.

Sijaisten ja vuokratyövoiman käytön tiedetään olevan huono vaihtoehto sekä kustannus- että laatusyistä johtuen, koska ne lisäävät virheiden tekemistä ja vievät hoitajilta perehdytykseen kuluva työaika. Sairauspoissaolot lisäävät ulkopuolisen työvoiman tarvetta merkittävästi. (Kotihoito 2020 -hanke 2014: 15, 22.)

Asiakas ei aina saa yhdenmukaista ja tasalaatuista palvelua, koska hoitaja vaihtuu välillä päivittäin ja päivän aikana. Hoitajan yhden asiakkaan luona kohtaama odottamaton tilanne saattaa sotkea loppupäivän aikataulut niin, etteivät muut asiakkaat saa enää heille kuuluvaa käyntiaikaa. Moni hoitaja kertoo myös työmäärän ja -tahdin jatkuvasti kiristyneen viime vuosina. Kuten Kotihoito 2020 -hankkeessa todetaan, nykyisellään kotihoidon tilanne ei voi jatkua.

3.1 Kotihoidon prosessit

Kotihoidon prosesseilla tarkoitetaan toisiinsa sidoksissa olevia työtapoja, toimintatapoja ja työtoimintojen ketjuja. Ne voidaan ryhmitellä eri tavoin, esimerkiksi toiminnan kannalta arvokkaiksi asiakkaalle lisäarvoa tuottaviksi ydinprosesseiksi ja ydinprosesseja avustaviksi tukiprosesseiksi. Ydinprosessit ovat ne yksikön toiminnan kannalta merkittävimmät prosessit, ja tukiprosessit puolestaan luovat edellytykset ydinprosessien toiminnalle. (Heinola – Paasivaara 2007: 52).

Ydinprosesseja ovat muun muassa asiakkaaksi tulon prosessi, lääkehuolto prosessi, lähihoito prosessi sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessi, tukiprosesseja puolestaan kirjaamisprosessi ja arviointiprosessi. Esimerkkinä ydin- ja tukiprosessista toimii lääkehuolto prosessi, jossa kotihoidon lääkäri ja sairaanhoitaja arvioivat asiakkaan lääkitystä, tekevät hoitosuunnitelmaan ja lääkelistaan tarvittavat lääkemutokset, kotihoidon hoitaja toimittaa asiakkaalle lääkkeitä ja virtuaalihoitaja muistuttaa asiakasta lääkkeen ottamisesta sekä seuraa ja raportoi kotihoidolle asiakkaan voinnista ja lääkkeen vaikutuksista. Tässä esimerkissä voidaan nähdä jopa kaikki kolme edellä mainittua toisiinsa limittyvää ydinprosessia: lääkehuolto prosessi, lähihoito prosessi, hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessi sekä mainitut tukiprosessit: kirjaamisprosessi ja arviointiprosessi. Prosessit limittyvät toisiinsa: jokainen esimerkissä mainittu työntekijä osallistuu sekä ydintä tukiprosesseihin. Mikäli esimerkkiä halutaan pilkkoa vielä hieman pienempiin palasiin, voidaan siihen lisätä kesäsijainen, jolla ei ole lääkkeiden jakamiseen vaadittavia lupia, mutta joka toimittaa päivitetyn lääkelistan asiakkaan kotiin kotihoidon kansioon. Karkeasti jaoteltuna lääkäri ja sairaanhoitaja osallistuvat ydinprosessiin eli lääkehoidon prosessiin. Tukiprosessiin he osallistuvat tekemiensä kirjausten osalta. Hoitajan voidaan katsoa osallistuvan sekä lääkehoito prosessiin että lähihoito prosessiin sekä arviointi- ja kirjaamisprosesseihin. Virtuaalihoitaja osaltaan vastaa lääkehoito prosessia tukevista tukiprosesseista. Kesäsijainen vastaa tukiprosessista.

Näitä prosesseja on kotihoidon toiminnan eri tasoilla, ja niiden kirjallinen kuvaaminen on edellytys toiminnan arvioinnille ja kehittämiselle. (Heinola – Paasivaara 2007: 52.) Tehokkaan toiminnan kannalta on tärkeää, että ydinprosessien kulusta on kotihoitoyksikössä selkeä ja yhdenmukainen käsitys. Prosesseja määriteltäessä keskiössä on aina asiakas ja hänen tarpeensa. (Heinola – Paasivaara 2007: 52–54.)

Kotihoito 2020 -hankkeessa kotihoidon palveluketju on kuvailtu kokonaisvaltaisesti (kuva 2) ja siinä kaikki kotihoidon toiminta lähtee asiakkaaseen tutustumisesta ja asiakkaan voimavarojen sekä elämäntarinan tarkastelemisesta. Kaikki asiakkaan hoitoon liittyvät asiat, kuten esimerkiksi lääkitykset, sairaudet sekä psyykkinen tilanne selvitetään ensin, jonka jälkeen voidaan asettaa yksilöllisiä tavoitteita asiakkaan saavutettavaksi. Jokainen kotihoidon asiakas on yksilö ja jokaiselle asiakkaalle pitää määrittää erikseen omat tavoitteet. Hoidollisen palvelun tarve on aina määriteltävä jokaisen kohdalla erikseen. Kun saadaan ensin selvitettyä asiakkaan hoidon tarpeet ja määriteltä sen tavoitteet, etsitään tämän jälkeen sopivat toimenpiteet ja hoidolliset keinot, jotka määritellään tarkemmin asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Kotihoito 2020 -hanke 2014.)

Kotihoidon palveluketju	Palveluiden ja hoidon tarpeen määrittäminen	Hoidon suunnittelu			Hoidon toteutus	Hoidon arviointi
Kotihoidon toiminta	TUNNISTETAAN ASIAKKAAN VOIMAVARAT JA HOIDON TARPEET	ASETETAAN YKSILÖLLISIÄ TAVOITTEITA	LÖYDETÄÄN SOPIVAT TOIMENPITEET JA KEINOT	TOIMITAAN TAVOITTEIDEN SUUNTAISESTI	ARVIOIDAAN TULOKSIA SUHTEESSA TAVOITTEISIIN	
	<p>Asiakkaaseen tutustuminen</p> <ul style="list-style-type: none">– Historia & elämäntarina– Fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen & sosiaalinen tilanne sekä voimavaat– Sairaudet– Lääkitys <p>Kartoituskeinot</p> <ul style="list-style-type: none">– Rai-screener, RAI, RAVA, MMSE, GDS 15, tms. toimintakykymittarit– Havainnointi– Haastattelu– Muut toimintakykytestit	<p>Tavoitteiden pitäisi olla</p> <ul style="list-style-type: none">– Asiakkaan mahdollista saavuttaa– Konkreettisia– Realistisia– Yksilöllisiä– Arkikielisiä– Motivoivia– Myönteisesti määriteltäviä– Aikaan sidottuja	<ul style="list-style-type: none">• Otetaan kaikki keinot käyttöön.• Tavoitteisiin pyritään sopivilla toimenpiteillä<ul style="list-style-type: none">– Lääkärin määräykset– Käypähoito-suositukset– Näyttöön perustuva hoitotyö– Kotihoidon käsikirja– Hyväksi havaitut käytännöt ja keinot– Oikeat työkalut– Keino -kortit	<ul style="list-style-type: none">• Toteutetaan sovitut keinot päivittäisessä hoitotyössä• Kirjataan hoidon kannalta oleelliset asiat• Kuvaileva ja arvioiva kirjaaminen!• Kirjaukset kuvaavat asiakkaan vointia ja voinnin muutosta voimavara- ja lähtöolosuhteista	<ul style="list-style-type: none">• Tavoitteiden saavuttaminen• Hoitotyön tuloksia arvioidaan ja kirjataan säännöllisesti<ul style="list-style-type: none">– Havainnointi ja haastattelu– RAI, RAVA, GAS, Toimintakykytestit• Väliarvio• Jatkohoidon suunnittelu• Uusien tavoitteiden asettaminen	

Kuva 2. Kotihoidon palveluketjun kuvaus (Kotihoito 2020 -hanke 2014).

Asiakkaan saamat kotihoidon palvelut perustuvat aina kirjattuihin palvelutarpeiden arviointitietoihin. Nämä pitävät sisällään muun muassa asiakkaan itsensä esittämän palvelutarpeen, ammattilaisen tekemän palvelutarpeen arvion, kodin esteettömyysarvion ja erilaisia asiakkaalle tehtyjä toimintakykyä mittaavia testejä. Näiden lisäksi ja ohella palvelutarpeen arvioinnin välineenä käytetään asiakkaan ja työntekijän välistä keskustelua ja havainnointia, joiden pohjalta taas voidaan laatia asiakkaan tarpeita vastaava,

hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattava kotihoidon palvelukokonaisuus. (Heinola 2007: 26.)

3.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma on työväline, johon kirjataan kaikki asiakkaan yksilölliset tavoitteet sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi liittyen sairauksien hoitoon, toimintakyvyn tukemiseen ja kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun. Sen avulla turvataan asiakkaan saaman kotihoidon tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus myös työntekijöiden vaihtuessa. (Heinola 2007: 26–27.) Se kattaa kaikki asiakkaan hyvinvoinnin ja avuntarpeen kannalta merkittävät toimet ja niitä toteuttavat tahot. (STM 2013: 30.)

Palvelutarpeen arviointia ja hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä käytetään usein hyväksi erilaisia toimintakyvynmittareita, joilla voidaan arvioida esimerkiksi fyysistä toimintakykyä ja selviytymistä, psyykkistä vointia tai muistia. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitetään säännöllisesti. (Karvonen-Kälkäjä 2005: 28–29.)

Kaikki iäkkään ihmisen hoitoon osallistuvat tahot, muun muassa virtuaalihoitajat, käyttävät apunaan asiakkaalle tehtyä hoito- ja palvelusuunnitelmaa edellyttäen, että asiakas on antanut siihen suostumuksensa. (STM 2013: 30.) Virtuaalihoidon osalta tämä tarkoittaa sitä, että päävastuu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja sen pitämisestä ajantasaisena on kotihoidon hoitavalla yksiköllä. Virtuaalihoitaja on kuitenkin velvollinen tekemään kaikista virtuaalikäynneistä riittävät kirjaukset ja olemaan kotihoidon yksikköön yhteydessä, mikäli huomaa asiakkaan voinnissa jotakin poikkeavaa tai mahdollisesti hoidon- tai palvelutarpeeseen vaikuttavaa. Virtuaalihoitaja ei saa itse muuttaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

3.1.2 Kotihoidon prosessien arviointi ja kehittäminen

Kirjallisen prosessikuvauksen avulla voidaan tarkastella, kuinka hyvin prosessi asiakkaan tarpeita vastaa, sisältääkö se tarpeetonta byrokratiaa tai tuhlataanko siinä resursseja. Sen avulla voidaan havaita mahdolliset katkokset tiedonkulussa sekä arvioida paremmin prosessien edellyttämiä resurssitarpeita. (Heinola – Paasivaara 2007: 55.)

Organisaation kehittymisen kannalta prosessien toiminnan jatkuva mittaaminen ja arvioiminen on välttämätöntä (Kankainen 2014: 35). Prosessien arvioinnissa huomio keskittyy tavoitteiden saavuttamiseen sekä erityisesti siihen, saatiinko ydinprosessilla aikaan asiakkaisiin kohdistuvia myönteisiä vaikutuksia. Arviointi ja kehittäminen on jatkuva prosessi, jolla kotihoidon toimintaa kehitetään ja muokataan. Arvioinnin välineitä siinä ovat muun muassa asiakaspalautekyselyt, tilastot, muutoksenhaut, muistutukset ja kantelut sekä itsearviointi. (Heinola – Paasivaara 2007: 55.)

3.2 Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit

Kotihoidon laatua linjataan lakien, asetusten, suositusten, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien sekä muiden vastaavien sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. (Voutilainen 2007: 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa laatinut laatusuosituksen koskien iäkkäiden ihmisten palvelujen turvaamista ja kehittämistä. Laatusuosituksella halutaan turvata mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä sekä korostaa asiakaslähtöisten, oikea-aikaisten ja palveluntarpeen selvittämiseen perustuvien palvelujen merkitystä. (STM 2013: 5.) Turvallisen kotona asumisen tukeminen ja laitoshoidon vähentäminen sekä ikäihmisen osallisuus ja toimijuus, eli kokemus yhteenkuulumisesta ja mahdollisuus olla vaikuttamassa yhteisön toimintaan ja yhteisöä koskevien, mukaan lukien omien palvelujen kehittämiseen osana yhteisöä, ovat myös laatusuosituksen keskeisiä teemoja. Näitä tavoitteita voidaan tukea fyysisten ja ”asenneympäristöjen” esteettömyydellä, eli kiinnittämällä huomiota ympäristöjen suunnitteluun ja pyrkimällä luomaan kaikenlaisesta syrjinnästä vapaa ilmapiiri sekä turvaamalla riittävät ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut. (STM 2013: 17–19, 21–22, 24.) Terveystieteidenhuoltolaissa puolestaan edellytetään kaiken terveydenhuollon toiminnan olevan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa, laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kotihoidon osalta tämä tarkoittaa kykyä vastata asiakkaan tosiasialliseen palveluntarpeeseen vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti (Ikonen 2015: 57–58.)

Kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää (Kotosa)-hankkeessa kehitetyt laadun arvioinnin kriteerit, joista suuri osa on yhteneväisiä laatusuosituksen ja muiden terveystieteellisten linjausten kanssa, määrittelevät henkilöstön yhdeksi hyvin tärke-

äksi rakenteelliseksi laatutekijäksi. Henkilöstön koulutuksen tulee olla asianmukaista, henkilöstömitoituksen riittävää, työvälineiden toimivia, työhyvinvointia tulee seurata ja ammatillisia kehittämismahdollisuuksia on oltava. (Heinola 2007: 98.)

Laadukas kotihoito on siis erilaisiin terveystieteisiin asiakirjoihin nojaten aina asiakaslähtöistä. Se perustuu kattavaan ja perusteelliseen palvelutarpeen arviointiin ja on tavoitteellista. Se on myös säännöllisesti arvioitua ja kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä ja verkostonsa kanssa toteutettua. Siinä huomioidaan kuntoutumista ja toimintakykyä edistävät näkökulmat. Lisäksi siinä hyödynnetään olemassa olevaa tutkimustietoa ja tietoa hyvästä käytännöstä. (Voutilainen 2007: 14.) Laatu nähdään myös lähtökohtana arjen työssä ja sen kehittämisessä, ja hoitaja puolestaan avainasemassa oman työnsä ja työyhteisönsä toiminnan kehittämisessä. (Ikonen 2015: 57–58). Kotihoidossa laadun määrittelyyn osallistuvia osapuolia erilaisine odotuksineen ovat sekä itse palvelujen käyttäjät ja heidän läheisensä, palvelujen tuottajat, että myös toimintaa johtavat ja poliittisia päätöksiä tekevät tahot (Voutilainen 2007: 13).

Asiakkaan kokemiin tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin perustuvia kotihoidon laadun arvioinnin mittareita on myös kehitetty. Yksi esimerkki näistä mittareista on kansainvälisessä Care Keys -tutkimusprojektissa kehitetty laatumittari, jossa laatua tarkastellaan kahdeksan eri ulottuvuuden kautta. Nämä ulottuvuudet ovat asiakkaan kokemus hoidon, avun ja ajan *riittävydestä*, kokemus *jatkuvuudesta*, johon kuuluva muun muassa omahoitajuus, hoitajien pysyminen samoina ja sovituista ajoista kiinnipitäminen, *työntekijöiden vuorovaikutustaidot ja ammattitaito*, *asiakas-työntekijäsuhteen laatu*, *asiakkaan itsemäärääminen ja autonomia*, *kotona asumisen turvallisuus* ja *palvelun sosiaaliset tulokset*, joilla tarkoitetaan asiakkaan kokemusta oman kotinsa siisteydestä sekä mahdollisuutta pukeutua haluamiinsa vaatteisiin ja saada mieluista ruokaa sekä *asiakkaan yleinen tyytyväisyys* saamaansa hoitoon ja palveluun. (Tepponen 2009: 33–34.)

Tiettyjä erityispiirteitä, joita kotihoidon laadun arviointi pitää sisällään, ovat muun muassa monien asiakkaiden heikentyneet kognitiiviset toiminnot, ja siitä johtuva arvioinnin hankaluus, asiakkaiden keskenään hyvin erilaiset tilanteet ja palveluiden ja hoidon tarpeet, eri osapuolten erilaiset odotukset sekä vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden mittaamisen haastellisuus. (Voutilainen 2007: 13–14.)

Toimintoja, joita laadukkaaseen kotihoitoon voidaan katsoa kuuluvan, ovat palveluneuvonta ja -ohjaus, ennakoiva ja ennaltaehkäisevä toiminta, kodinhoidolliset tehtävät, hoiva- ja hoitotyö, kuntoutus, lääketieteellinen hoito, akuuttitilanteiden sairaanhoito, saattohoito, sekä mahdollisuus saada apua tarvittaessa ympäri vuorokauden. (Tepponen 2007: 62; Tepponen 2009: 21.)

Tarkastelemastamme teoriasta löytämämme, omasta mielestämme tärkeimmät laatu-kriteerit, joita myös katsoimme olevan mahdollista tutkia ja joihin pääasiassa keskitymme ovat:

- Hoidon turvallisuus. Tällä tarkoitamme muun muassa sitä, kuinka esimerkiksi asiakkaan vointia voidaan luotettavasti seurata tabletin välityksellä tai kuinka varmistua siitä, että asiakas ottaa käyttämänsä lääkkeet. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)
- Henkilöstö. Tämä pitää sisällään hoitajien asianmukaisen koulutuksen, kokemuksen ja henkilöstön riittävän määrän sekä sitä kautta kiireettömyyden. (Heinola 2007: 98.)
- Hoidon perustuminen oikeaan, tosiasialliseen tarpeeseen ja asianmukaiseen palvelutarpeen arviointiin. Tämä kattaa myös asiakkaan ajan tasalla olevan hoito- ja palvelusuunnitelman, riittävät kirjaukset ja sen, että yhteydenpito asiakasta hoitavien tahojen välillä on sujuvaa. (Voutilainen 2007: 13-14.)
- Palvelun ja kaiken toiminnan säännöllinen arviointi ja kehittäminen (Voutilainen 2007: 13-14). Päävastuu asiakkaan hoidosta ja hoidon tarpeen määrittelemisen kuuluu aina kotihoidolle. Virtuaalihoito on tukipalvelu ja velvollinen toimimaan kotihoidon ohjeiden mukaan sekä asiakkaan tarpeiden muuttuessa muuttamaan palveluaan. Virtuaalihoitoa kehitetään jatkuvasti paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

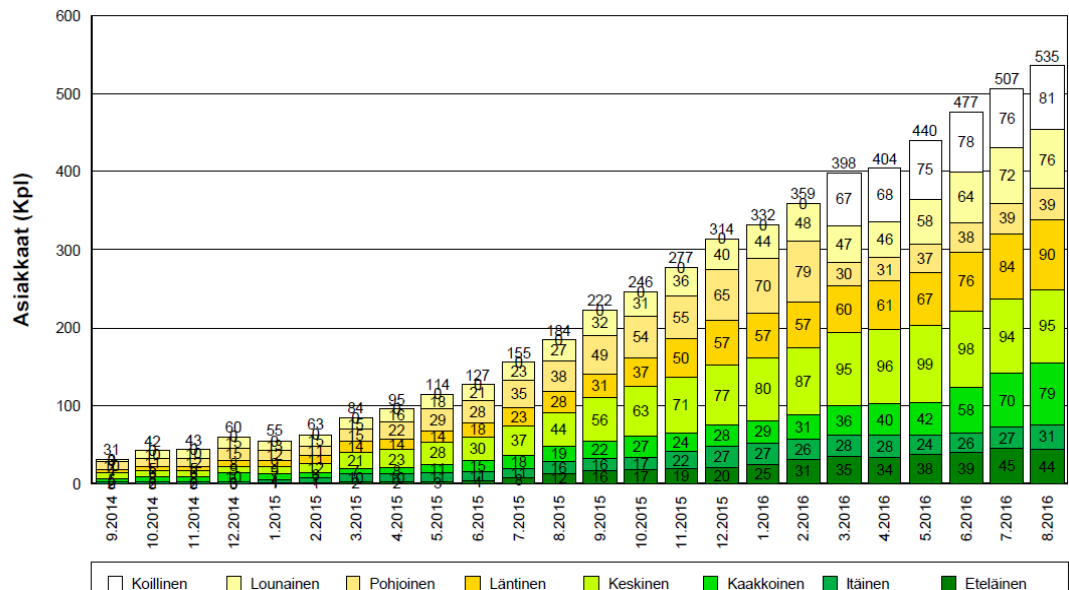
3.3 Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen virtuaalihoito

Kiire kotihoidossa lisääntyy ja asiakasmäärä kasvaa nyt ja tulevaisuudessa. Tämä on suurena syynä siihen, että alan eri toimijat etsivät jatkuvasti uusia keinoja ja ratkaisuja turvaamaan kotihoidon laatua nykyisillä henkilöstöresursseilla. Avuksi tähän ongelmaan on käyttöön otettu kotihoidon tukipalvelu virtuaalihoito, joka parhaimmillaan palvelee sekä asiakasta, työntekijää ja organisaatiota sekä yhteiskuntaa tuomansa kustannushyödyn kautta.

Keskitymme työssämme analysoimaan Helsingin Palvelukeskuksen virtuaalihoitoa sekä kuinka kotihoito sen avulla saadaan pidettyä laadukkaana. Virtuaalihoidon ei ole tarkoitus, eikä sillä voida täysin korvata perinteistä kotihoitoa ja fyysisiä asiakaskäyntejä, vaan se toimii perinteisen kotihoidon rinnalla tukipalveluna helpottamassa hoitohenkilöstön työkuormaa.

Helsingin kaupungin palvelukeskus on vuosien ajan aktiivisesti etsinyt ja tarkastellut uutta teknologiaa, joka edistäisi sen palvelujen kustannustehokkuutta kotihoidon sektorilla ja mahdollistaisi jatkossakin laadukkaan kotihoidon jatkuvuuden. Palvelukeskus on osallistunut moniin pilottihankkeisiin, joiden avulla on pyritty saamaan palautetta ja ideoita virtuaalihoidon toteutuksen suhteen. (Viirkorpi 2015: 35.) Tällä hetkellä Helsingin kaupungin Palvelukeskus tarjoaa kaksisuuntaista kuva- ja äänivälitteistä hoivapalvelua yli 500:lle kotihoidon asiakkaalle (kuva 3) ja etäkäyntejä tehdään kuukausittain lähes 17 000 kappaletta. Palvelukeskus on tuonut virtuaalihoidon onnistuneesti osaksi kotihoidon palvelukokonaisuutta: palvelun käyttäjämäärä noussut nopeasti ja tavoitteena on, että kasvu jatkuu tulevaisuudessa (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

virtuaalipalvelun asiakasmäärä



Kuva 3. Helsingin Palvelukeskuksen virtuaalipalvelun asiakasmäärä (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016).

Virtuaalipalvelu on aina asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähtevää hoitosuunnitelman mukaista kotihoidon ja Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen yhteistyössä järjestämää hoitoa, jonka avulla asiakasta voidaan auttaa päivittäisissä toiminnoissa, esimerkiksi valvomalla lääkkeenottoa ja muistuttamalla ruokailusta. Virtuaalihoito on kotihoidon tukipalvelu, ja kaikilla virtuaalihoitoa saavilla asiakkailla on kotihoidon asiakkuus. Valtaosalle asiakkaista kotihoito tekee virtuaalihoidon lisäksi käyntejä, mutta periaatteessa on mahdollista, että asiakkaalla on vain virtuaalipalvelu käytössään. Tällöinkin kotihoito kantaa silti päävastuun asiakkaan hoidosta, hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja säännöllisestä palvelutarpeen arvioinnista. Asiakkaat ovat aina ensin kotihoidon asiakkaita, ja arvion virtuaalihoidon soveltuvuudesta asiakkaalle tekee kotihoito. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

Virtuaalipalvelussa asiakkaalle toimitetaan tabletti-laite, jonka avulla etäkäynnit voidaan tehdä. Virtuaalihoitaja soittaa asiakkaalle yhteisesti sovittuina ajankohtina, kuitenkin siten, ettei asiakkaan tarvitse välttämättä tätä muistaa. Asiakkaan halutessa voidaan tablettiin asentaa toiminto, jonka avulla hoitaja saa avattua kuvayhteyden potilaan luokse ilman, että tämä itse vastaa soittoon/avaa yhteyttä. Yksi Palvelukeskuksen vir-

tuaalihoitaja tekee työvuoronsa aikana keskimäärin 50–60 etäkäyntiä. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

Virtuaalihoito soveltuu hyvin asiakkaalle, joka osaa käyttää kodin teknisiä laitteita ja suhtautuu myönteisesti sekä teknologiaan että virtuaalihoitoon. Virtuaalihoito ei vaadi asiakkaalta suurta teknologista osaamista, mutta laitetta ei ole syytä jännittää tai pelätä. Asiakkaan täytyy myös sitoutua sovittuun hoitosuunnitelmaan. Virtuaalihoidolla voidaan korvata ne kotihoidon käynnit, joissa ei välttämättä tarvita fyysistä käyntiä. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset muistutuskäynnit ja voiminnan seuranta. Virtuaalihoito sopii hyvin myös asiakkaille, jotka tarvitsevat motivointia tai opastusta, esimerkiksi liikunnan lisäämiseen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon fysioterapeutin käyntien lisäksi. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

Löytyy myös joitakin kotihoidon asiakkaita, joille virtuaalihoito ei ole hyvä vaihtoehto. Tällaisia ovat asiakkaat, joilla on esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus, jyrkkä kielteisyys virtuaalipalvelua kohtaan tai esimerkiksi kielteinen suhtautuminen lääkkeiden ottamisen suhteen. Asiakkaan positiivinen ja myönteinen suhtautuminen virtuaalihoitoa kohtaan on siis ensisijaisen tärkeää, kun mietitään, kenelle virtuaalihoitoa lähdetään suosittelemaan. Palvelun ei voi olettaa toimivan kunnolla, jos kotihoidon asiakas ei ole ylipäättään halukas sitä käyttämään. Virtuaalihoidolla voidaan saavuttaa hyviä hoidollisia tuloksia mm. seuraavien toimenpiteiden kohdalla: (Helsingin kaupungin palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

- lääkkeidenoton muistuttaminen ja valvonta
- ruokailun ja yleisen voiminnan seuraaminen
- sokeriarvojen mittaaminen
- ahdistuneisuuden ja yksinäisyyden lievittäminen
- sosiaalinen kanssakäyminen ja erilaiset jumpparyhmät. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

4 Teknologia terveydenhuollossa

Uutta teknologiaa tuodaan Suomessa kovalla vauhdilla mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sektorille sen tuomien potentiaalisten mahdollisuuksien sekä kustannussäästöjen vuoksi. Erityisesti kotihoidon kohdalla väestön vanhenemisen tuomat haasteet ja entisestään tulevaisuudessa kasvava työkuorma aiheuttavat tilanteen, jossa uusien teknologisten ratkaisujen tuominen mukaan osaksi terveydenhuollon sektoria on välttämätöntä. (Etene 2010.)

Teknologinen osaaminen on Suomessa vahvaa ja on pääteltävissä, että suurimmat esteet uuden teknologian käyttöönottoon liittyen eivät ole liittyneet itse teknologiaan tai sen puutteeseen, vaan ennemminkin muihin tekijöihin, muun muassa ennakoluuloihin tai suhtautumiseen uutta teknologiaa kohtaan. Suomestakin löytynee riittävästi monipuolista teknologista osaamista ja huipputeknologiaa terveydenhuollon tarpeisiin, mutta muihin käyttöönottoa tukeviin osatekijöihin ja -alueisiin kohdistuu vielä suuria haasteita ja epävarmuutta. Terveysteknologian sektori on muun muassa tällä hetkellä Suomen suurin korkean teknologian vientiala, ja sen vienti on viimeisen 20 vuoden aikana viisinkertaistunut. (FiHTA 2016.)

4.1 Hyvinvointiteknologia

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan sellaisia teknisiä ratkaisuja kuten laitteita, ohjelmistoja ja järjestelmiä, joiden avulla voidaan parantaa tai ylläpitää ihmisten kokonaisvaltaista toimintakykyä ja hyvinvointia. Hyvinvointiteknologisia laitteita ja järjestelmiä ei siis välttämättä ole tarkoitettu sairauden tai toimintakyvyn alenemisen aiheuttaman toimintavajeen avuksi, vaan käsite on hyvin laaja ja pitää sisällään myös esimerkiksi viihde- ja kuntoilukäyttöön soveltuvat laitteet, kuten sykemittarit ja motivointiohjelmistot.

Hyvinvointiteknologian käyttöä ei voida suoraan verrata myöskään apuvälineiden käyttöön, sillä hyvinvointiteknologia useimmiten kytkee käyttäjän osaksi laajempaa hyvinvointikokonaisuutta tai palvelua. Apuväline sen sijaan on pelkästään jonkin välineen ja käyttäjän välinen asia, eikä niissä ole varsinaisesti älyä, joka teknologiaan luettaviin ratkaisuihin oleellisesti kuuluu. (Viirakorpi 2015: 5.)

4.2 Ikäteknologia

Ikäteknologialla tarkoitetaan teknologiaa, jota käytetään erityisesti ikäihmisten apuna ja joka tukee ikäihmisen toimintakykyä. Ikäteknologian avulla pyritään ylläpitämään ikäihmisen omaa toimintaa siten, että esimerkiksi kotona pystytään asumaan mahdollisimman pitkään ja mahdolliset toimintakyvyn alenemisen johdosta aiheutuneet haasteet voidaan teknologian avulla joko kokonaan poistaa tai ainakin helpottaa niistä selviytymistä. Ikäteknologiaan kuuluvien laitteiden avulla voidaan esimerkiksi tehostaa liikkumista, auttaa yhteydenpidon helppoudessa, havaita sekä samalla minimoida riskejä sekä tarkkailla ja valvoa lääkkeiden ottamisen sujuvuutta. (Valtioneuvosto 2016.)

Ikäteknologiaan ratkaisulla pyritään ratkomaan haasteita, joita väestön ikärakenne muodostaa. Kun väestö vanhenee ja työikäisten määrä samalla vähenee, tarkoittaa se huoltosuhteen, eli eläkeläisten ja lasten määrä suhteessa työikäiseen väestöön, heikkenemistä. Tämä aiheuttaa sen, että tulevaisuudessa Suomessa terveydenhuollon kustannukset nousevat ja tarvitaan uusia ratkaisuja terveydenhuollon tueksi. Tällä hetkellä strategisena terveydenhuollon tavoitteena on vahvistaa ja kehittää muun muassa kotihoitoa ja omaishoitoa. Tämä puolestaan vaatii kotihoidon palvelujen kehittämistä ja uusien teknologisten ratkaisujen onnistunutta käyttöönottoa. (Valtioneuvosto 2016.)

Ikäteknologian käyttöönoton suhteen on kuitenkin riittänyt ongelmia ja haasteita, eivätkä odotukset teknologian helpottavasta vaikutuksesta kotihoidossa ole täyttyneet aivan kuten on toivottu. Haasteita on ilmennyt muun muassa laitteiden teknologisen varmuuden osalta, sekä niiden käyttäminen on ollut monesti liian vaikeaa ikäihmisille. Laitteet eivät myös monesti ole osoittautuneet niin kustannustehokkaiksi kuin alunperin oltiin oletettu, vaan teknisistä ongelmista johtuen niiden avulla mahdollisesti syntyvät kustannussäästöt jäivätkin hyvin vähäisiksi, mikä on osaltaan vaikeuttanut pilottiprojektien kehittymistä varsinaisiksi palveluiksi. Järjestelmät ovat myös monesti osoittautuneet liian vaikeiksi hoitohenkilökunnan käyttää, eivätkä ne ole olleet yhteensopivia mahdollisten aiempien järjestelmien kanssa, jolloin lopputuloksena on käytetty monia rinnakkaisia järjestelmiä ja laitteita. Tämä pahimmillaan lisää työvaiheita, sitoo liikaa resursseja ja täten myös vähentää järjestelmän kustannustehokkuutta. (Viirakorpi 2015: 5–6.)

4.3 Etähoidon terminologiaa

Terveystenhuollon sovelluksia ja tekniikkaa voidaan käyttää myös potilaan hoitamiseen etänä, eli siinä suoritetaan hoitoa siten, että hoitoa suorittava taho ja potilas eivät ole samassa fyysisessä tilassa hoidon aikana. Etähoito on varsin laaja käsite terveydenhuollon sektorilla ja sitä voidaankin kuvata erilaisilla, kuitenkin samaa asiaa tarkoittavilla termeillä.

Telelääketiede on termi, jolla kuvataan sellaista terveydenhuollon toimintatapaa, jossa esimerkiksi kuvaa ja ääntä siirretään reaaliajassa lääketieteen asiantuntijoiden välillä tai sen avulla suoritetaan esimerkiksi koulutusta eri paikoissa sijaitsevien lääketieteellisten laitosten välillä. Telelääketieteen avulla voidaan myös esimerkiksi suorittaa lääketieteellisiä diagnooseja syrjäseudulla asuville asiakkaille. Telelääketieteen keskeisenä ajatuksena on siis siirtää dataa potilaan siirtämisen sijasta. (Pietikäinen 2013: 17–18.)

Etähoidolla tarkoitetaan sen sijaan sellaista palvelukokonaisuutta, jossa hoitoa tarjotaan suoraan asiakkaan kotiin ja sillä pyritään ylläpitämään ja tarkkailemaan asiakkaan terveydentilaa. Voidaan siis ajatella telelääketieteen olevan laajempi yläkäsite, joka sisältää myös etähoidon sekä etäkotihoidon käsitteet. Etähoidosta käytetään myös usein arkikielessä nimitystä *virtuaalihoito*, jota myös tässä työssä käytämme yleisen johdonmukaisuuden vuoksi, sillä etäkotihoidon palveluja tarjoava yhteistyökumppanimme Palvelukeskus markkinoi palvelujaan virtuaalihoidon nimellä. (Virtuaalihoito 2016.)

4.4 Virtuaalihoito Suomessa

Virtuaalihoidon käytöstä on positiivisia kokemuksia monella lääketieteen alalla ja sen käyttöä on maailmanlaajuisesti tutkittu paljon. Virtuaalihoitoa käytetään täydentämään tavanomaista hoitotyötä, eikä sen tarkoituksena ole täysin korvata perinteistä hoitoa. Virtuaalihoitoa käytetään, ja sitä on tutkittu, esimerkiksi psykiatrian, kuntoutuksen, radiologian, kardiologian sekä hammashoidon aloilla ja sen käytöstä on saatu positiivista palautetta. Virtuaalihoitoa käytetään esimerkiksi onnistuneesti diabeteksen hoidossa sekä maailmanlaajuisesti että myös Suomessa. (Kirsi 2012; Klonoff 2009.)

Esimerkiksi diabetes ja sen virtuaalihoito Suomessa toimivat osaltaan hyvin. Diabeteksen virtuaalihoidossa potilas saa palvelun kautta kaiken tarvitsemansa opastuksen ja avun nopeammin kuin perinteisen järjestelmän avulla, ja siihen voidaan jo nykyään liittää myös noninvasiivisia glukosimittausjärjestelmiä, joiden avulla diabetes-potilaan ei jatkossa enää tarvitse pistää itseään neulalla glukosia mitataksaan. Tämä tekee diabeteksen hoidosta erittäin helppoa ja vaivatonta, joten on helppo ymmärtää, kuinka virtuaalihoidon ja uudenlaisen teknologian avulla saadaan aikaan todellisia hyötyjä monen sairauden hoitoon liittyen. (Freestyle 2016; Neliapila.)

Myös esimerkiksi mielenterveyden hoitamisen avuksi on Suomessa otettu käyttöön Mielenterveystalo-verkkopalvelu, joka on HUS:in kehittämä sähköinen nettiterapia. Palvelun avulla saadut tulokset ovat olleet positiivisia, nettiterapialla on esimerkiksi joissain tapauksissa saatu lievitettyä keskivaikean masennuksen oireita erittäin tehokkaasti. (Mielenterveystalo.)

Virtuaalihoidon avulla on siis Suomessakin saatu aikaan merkittäviä tuloksia lääketieteen eri aloilla, ja suurella todennäköisyydellä virtuaalihoito vielä kehittyy ja laajenee entisestään teknologian jatkuvasti kehittyessä.

4.5 Virtuaalihoito kotihoidossa

Kotihoidon sektorilla on käytössä monenlaisia järjestelmiä ja laitteita, joilla pyritään helpottamaan ikäihmisten arkea tai tuomaan lisäturvaa sekä itse ikäihmisille kuin myös heidän läheisilleen. Laitteita on paljon erilaisia ja niitä voidaan luokitella sekä ikäteknologian että turvateknologian käsitteiden alle riippuen siitä, mihin tarkoitukseen laite on suunniteltu. Turvateknologisista laitteista puhutaan silloin, kun laite on selvästi suunniteltu lisäämään vanhuksen turvaa ja vähentämään potentiaalisia riskejä tai vaaratilanteita. Tällaisiin laitteisiin voidaan luetella esimerkiksi älylattiat (kuva 4), turvarannekkeet ja älyliedet.



Kuva 4. Elsi Älylattia toimintakuvaus (Elsi Älylattia 2016).

Kun taas puhutaan virtuaalihoidosta kotihoidossa, puhutaan yleensä kuvapuhelimen avulla tapahtuvasta virtuaalisesta kotihoidosta, jolla pyritään tarjoamaan vastaavanlainen kohtaaminen kuin kotihoidon hoitajalla ja ikäihmisellä kotihoidon kotikäynnin yhteydessä olisi. (Virtuaalihoito 2016.)

4.5.1 Kuvapuhelin

Kuvapuhelin on yksinkertaistettuna laite tai järjestelmä, joka mahdollistaa ääni- ja kuvayhteyden kahden tai useamman käyttäjän välille. Kuvapuheluteknologia ei ole uusi keksintö, vaan sitä on kehitelty jo tiettävästi 1920-luvulta lähtien. Jo perinteisten puhelimen keksimisen aikaan alettiin suunnittelemaan, kuinka kahden käyttäjän välille saataisiin aikaan myös kuvallinen yhteys. Vielä tuolloin teknologia ei ollut riittävällä tasolla kuvayhteyden aikaansaamiseen, mutta 1960-luvulla julkistettiin ensimmäinen kuvapuhelin, nimeltään Picturephone (kuva 5).



Kuva 5. AT&T:n kehittämä Picturephone (Videophone 2016).

Tekniikka oli tuolloin vielä varsin alkeellista ja kuvapuhelimet tekivät läpimurtonsa vasta 2000-luvulla internetin ja nopeampien laajakaistayhteyksien ansiosta. Nykyään kuvayhteys on jo tietoteknisissä laitteissa itsestäänselvyys, ja sitä käytetään laajasti esimerkiksi maksuttomissa ohjelmistoissa, kuten Skypessa ja Facetimessa. (Videophone 2016.)

Kuvapuhelut mahdollistava laitteisto saattaa siis joko koostua erikseen kuvapuhelua varten kehitetystä laitteesta ja siihen liitetystä kuvapuhelinpalvelusta tai pelkästään tietokoneesta, johon on liitetty kamera ja josta löytyy tarvittava sovellusohjelmisto kuvapuhelun muodostamista varten. Tietokoneen käyttöä kuvapuheluiden tekemiseen on kuitenkin syytä miettiä käyttäjän tietoteknisten taitojen riittävyyden kannalta. Vaikkakin pöytätietokoneen etuna on suurempi monitori, niin varsinkin ikäihmisille suunnatut kuvapuhelimet on syytä suunnitella mahdollisimman helppokäyttöisiksi. Esimerkiksi tabletti onkin yleensä helppokäyttöisempi ratkaisu kuvapuheluiden aikaansaamiseksi kuin pöytätietokone.

Kuvapuhelimia on suunniteltu erilaisten käyttäjäryhmien tarpeisiin sopivaksi. Kuvapuhelimet yleisimmin ajatellaan yksittäisten henkilöiden väliseksi kuvayhteydeksi, mutta kuvapuhelimia on myös suunniteltu yrityskäyttöön, esimerkiksi käytettäväksi vi-

deoneuvotteluissa ja niihin liittyvissä järjestelmissä. Yksittäisille kuluttajille tai yrityksille suunnattujen kuvapuhelimien välille ei voida kuitenkaan vetää selvää rajaa, ja niiden välinen ero on varsin pieni. Kuluttajille myytävät laitteet ovat nopeasti kehittyvässä yritystuotteiden suuntaan, ja erityisesti pienten yritysten kohdalla, kuvapuhelinratkaisuksi yleensä suositellaankin yksittäisille kuluttajille suunnattuja tuotteita. (Äyväri 2014: 6–8.)

4.5.2 Kuvapuhelin kotihoidon tukena

Huolimatta kuvapuheluiden pitkästä historiasta ja teknologian yleisestä saatavuudesta, kuvapuhelimia ei ole kuitenkaan pystytty tuomaan perinteisen kotihoidon tueksi täysin vaivattomasti. Vasta viime vuosina kuvapuhelimet on otettu onnistuneesti mukaan osaksi kotihoitoa johtuen monista käyttöönottoon liittyneistä ja liittyvistä ongelmista.

Kotihoidossa käytettävän kuvapuhelimen avulla toteutetaan eräänlaista etähoivaa, jossa tavoitteena voi olla esimerkiksi ikäihmisen toimintakyvyn edistäminen, sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen ikäihmisen arkeen keskustelun kautta, lääkkeiden oton valvontaa tai sen avulla voidaan vaikka järjestää ohjattuja jumppatuokioita. Kuvapuhelimen avulla voidaan siis toteuttaa hyvin monenlaisia hoidollisia tehtäviä, ja se muodostaa parhaimmillaan erinomaisen tuen perinteisen kotihoidon rinnalle.

Kotihoidossa pelkkää kuvapuhelumahdollisuutta tärkeämmäksi seikaksi nousee hoito- ja palvelusuunnitelmaan pohjautuva virtuaalihoidon palvelukokonaisuus, jonka yksilöllinen sisältö ja hoidolliset toimenpiteet vaihtelevat asiakaskohtaisesti.

Kuvapuhelimen voi lukea sekä hyvinvointiteknologian että ikätekniikan sovelluksiin. Kuvapuhelun mahdollistava laitteisto kotihoidossa muodostuu asiakkaan käyttämästä laitteesta ja kuvapuhelinpalvelusta. Kuvapuhelin on useimmiten suunniteltu mahdollisimman yksinkertaiseksi käyttää, ja se on vakiintunut kotihoidon kehittämishankkeiden kautta tablettimuotoiseksi, jotta se on helppo siirtää ja ottaa käyttöön. Tabletti on helpokäyttöinen laite, jonka käyttämiseksi ei tarvita hiirtä tai näppäimistöä, ja se muun muassa siksi soveltuu erinomaisesti kotihoidon tueksi suunniteltuun virtuaalihoitoon. (Äyväri 2014: 22–23.)

Yksi esimerkki kuvapuhelimen käytöstä vanhuspalveluissa on kotimainen Pieni Piiri -palvelu (kuva 6), joka tarjoaa käyttäjilleen kuvapuhelumahdollisuuden Samsung Galaxy Tab A -tabletin ja Soneran 4G-verkkoyhteyden avulla. Ikäihminen saa siinä käyttöönsä helppokäyttöisen tabletin ja hänen omaisensa voivat käyttää sovellusta älypuhelimien tai tietokoneen avulla. Palvelu on saatavilla kaikille halukkaille asiakkaille Soneran kautta, eikä sen saadaksesen ja sitä käyttääkseen tarvitse olla kotihoidon asiakas. (Pieni piiri.)



Kuva 6. Kotimaiseen Pieni piiri -palveluun liitettäviä laitteita (Pieni piiri).

4.5.3 Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen virtuaalihoidon laitteisto

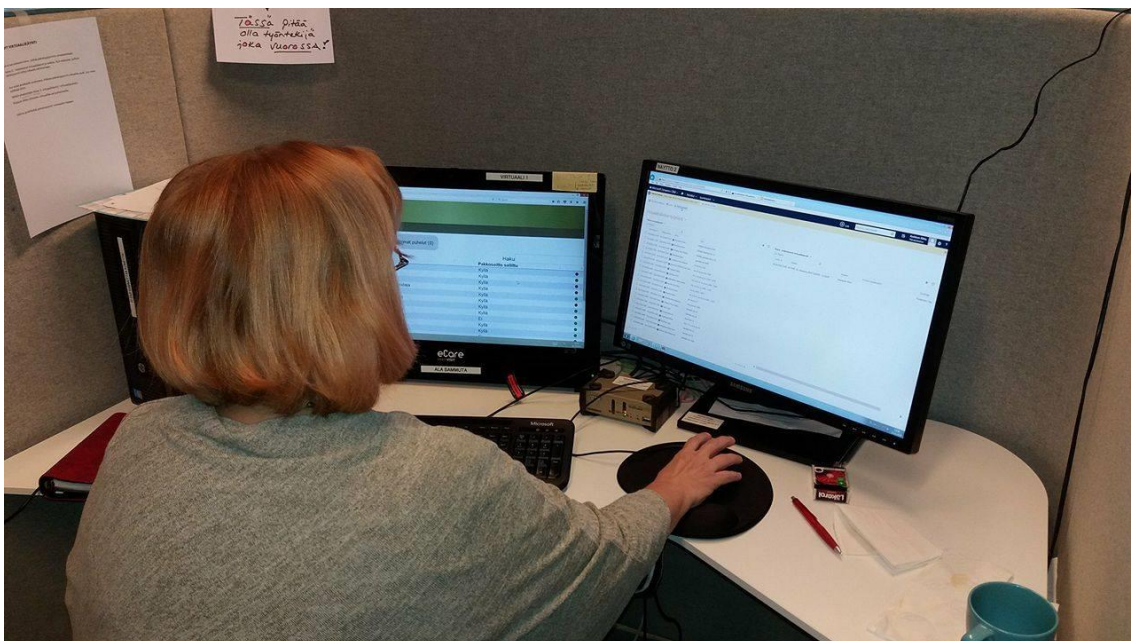
Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen virtuaalihoidon laitteisto koostuu asiakkaalle annettavasta kosketusnäyttöisestä tabletista, Palvelukeskuksen päässä sijaitsevasta laitteistosta, laajakaistayhteydestä sekä kuvapuhelut mahdollistavasta ohjelmistosta. Asiakkaalle tuleva tablettimuotoinen kuvapuhelin on suunniteltu mahdollisimman helppokäyttöiseksi. Palvelukeskus on aikaisemmissa pilottihankkeissa tutkinut erilaisten

päätelaitteiden soveltuvuutta virtuaalihoitoon ja päätynyt osin asiantuntijoiden ja osin ikäihmisten näkemysten perusteella tablettimuotoiseen ratkaisuun. Sen on käytettävyyden, hinnan ja luotettavuuden perusteella katsottu olevan paras vaihtoehto. (Viirakorpi 2015: 36.)

Palvelu otetaan käyttöön niin, että Palvelukeskuksen asentaja käy asiakkaan luona asentamassa laitteen sopivaan, yhdessä asiakkaan kanssa valittuun paikkaan ja samalla testaa yhteyden toimivuuden. Tämän jälkeen hoitaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen asentajan vielä ollessa paikalla ja käy läpi kaikki palveluun liittyvät seikat sekä asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyt hoitotoimenpiteet, aikataulut ja muun näihin liittyvän. Asiakkaalle selvitetään tässä vaiheessa kaikki palveluun liittyvät yksityiskohdat sekä aikataulut, ja asentaja on koko tämän prosessin ajan fyysisesti itse paikalla neuvomassa ja ohjaamassa vielä tarvittaessa laitteen käyttöä. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

Kuvapuhelin on suunniteltu siis mahdollisimman helppokäyttöiseksi. Asiakkaan ei tarvitse esimerkiksi itse halutessaan vastata hoitajien puheluihin, vaan voidaan sopia, että kuvapuhelin avaa yhteyden automaattisesti hoitajan soittaessa laitteeseen. Tällä tavalla voidaan helpottaa esimerkiksi niiden ihmisten käyttökokemusta, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta kosketusnäyttöjen kanssa toimimisesta.

Palvelukeskuksen päässä kuvapuheluita soittavat ja niihin vastaavat virtuaalihoitajat, ja heillä on kuvapuhelimen sijaan käytössään erikseen erotellut työpisteet (kuva 7), jotka koostuvat kahdesta monitorista, kuvapuhelut mahdollistavasta ohjelmistosta sekä niiden oheen liitetystä potilastietojärjestelmästä. Toisella näytöllä on auki kuvapuheluohjelmisto ja siihen liittyvät työkalut, kun taas toisella näytöllä on auki potilastietojärjestelmät ja kotihoitoon liittyvät muut tietojärjestelmät. Tällä tavalla virtuaalihoitaja voi asiakkaan kanssa keskustellessaan kirjata samanaikaisesti asiakkaan tietoja järjestelmiin. Käytössä voi olla esimerkiksi Pegasos-potilastietojärjestelmä. Työpisteet ovat eroteltu toisistaan näkösuojien avulla, jotka kuitenkin ole äänieristettyjä. Hoitajilla on käytössä mikrofoniilliset kuulokkeet, joiden avulla asiakkaiden kanssa keskustellaan.



Kuva 7. Palvelukeskuksen virtuaalihoitajan työpiste.

Ongelmatilanteissa voidaan laitteeseen ottaa yhteyttä myös etänä, esimerkiksi uudelleenkäynnistyksen tai laitteen päivityksen osalta, mutta tarpeen vaatiessa Palvelukeskuksen asentaja lähtee paikan päälle selvittämään mahdolliset ongelmatilanteet laitteen osalta.

5 Virtuaalihoidon haasteet

Virtuaalihoitoon ja sen onnistuneeseen käyttöönottoon liittyy paljon erilaisia haasteita. Nämä haasteet vaihtelevat aina negatiivisista asenteista teknologian toimintavarmuuteen. Jotta virtuaalihoito saadaan onnistuneesti otettua käyttöön toimivaksi palvelukonaisuudeksi asti, täytyy määrätty asiat huomioida erityisen tarkkaan.

5.1 Palvelun teknologinen varmuus ja käytettävyys

Kuvapuhelupalvelun teknologinen toimintavarmuus on ensisijaisen tärkeää, kun tarkastellaan virtuaalihoitoon liittyviä yleisiä haasteita ja mahdollisia sen käyttöön liittyviä esteitä. Laitteiston ja järjestelmän on oltava luotettava ja sen täytyy toimia halutulla tavalla, jotta virtuaalihoidon toimivuutta tai sen mahdollisia ongelmia voidaan tarkastella.

Positiivisia käyttökokemuksia ja palautetta palvelusta on vaikea saada, jos siinä esiintyy jatkuvasti teknisiä ongelmia.

Kotihoidon rinnalle liitettävän teknologian suunnittelussa törmätään usein myös ongelmiin: teknologiayritykset ja laitteistovalmistajat, joilla ei ole tarkkaa tuntemusta kotihoidon vaatimuksista tai hoitotyön arjesta, kehittävät laitteita, joita on liian vaikea käyttää, tai niissä on joko liikaa tai liian vähän toimintoja. Teknologian tulisi olla suunniteltu ikäihmisiä ajatellen ja laitteiden erittäin helppokäyttöisiä ja toimintavarmoja. (Pietikäinen 2013: 115–116.)

Kuvapuhelimen käytettävyyden tulee olla erityisen korkealla tasolla, sillä usein laitetta käyttävät ikäihmiset eivät omaa enää tarvittavaa sorminäppäryyttä, jota monet laitteet vaativat käyttäjältään (Viirkorpi 2015: 36). Laitteen muotoilun pitää olla ikäihmisen käyttöön soveltuvaa ja esimerkiksi laitteessa olevien näppäimien pitää olla tarpeeksi suuria ja helposti nähtävillä. Tällöin esimerkiksi laitteen käynnistäminen onnistuu ikäihmiseltä itseltään, eikä laitetta tarvitse erikseen tulla ikäihmisen luokse käynnistämään, niin kuin nykyään monesti tapahtuu. Kuvanlaadun pitää myös olla tarpeeksi korkealaatuista, jotta ikäihmiset sekä hoitajat pystyvät näkemään kaiken oleellisen esimerkiksi lääkkeiden oton valvontaan liittyen. Täytyy myös ottaa huomioon, että monelle vanhukselle kosketusnäyttö on täysin vieras, ja sen käyttö eroaakin painikkeellisten laitteiden käytöstä huomattavasti. Tämä on siis asia, joka täytyy ottaa huomioon laitteiden käyttöliittymää suunniteltaessa. (Pietikäinen 2013: 85.)

Yhteyksien toimivuuden kanssa on ilmennyt suuria ongelmia virtuaalihoidon palveluiden ja ratkaisujen suhteen, varsinkin aiempina vuosina. Yhteydet muodostivatkin aikaisemmin suuren ongelman, sillä osa asiakkaista asui alueilla, joilla tietyt palveluntarjoajien mobiiliyhteydet eivät toimineet tarvittavalla nopeudella tai varmuudella. Tarvitaan varsin korkeatasoinen mobiiliyhteys, jotta korkealaatuinen kuvayhteys voidaan ylipäättään muodostaa tai pitää luotettavasti yllä tarvittavan ajan. (Viirkorpi 2015: 36.) Nykyään ongelmia on yhteyksien suhteen vähemmän, sillä yhteyksien kattavuusalueet sekä nopeudet ovat viime vuosien aikana selvästi parantuneet. Siitä huolimatta välillä törmätään ongelmiin tämän suhteen ja esimerkiksi Helsingin kaupungin Palvelukeskuksessa virtuaalihoidon palvelussa ja sen käyttöönotossa käytetäänkin tarvittaessa kahta eri palveluntarjoajaa. Tällöin tarvittaessa voidaan käyttää toissijaista palveluntarjoajaa, mikäli asiakkaan asuinalueella esiintyy ongelmia toisen yhteyden yhdistettävyyden tai nopeuden kanssa. Nykyään käytettävien 4G-mobiiliyhteyksien avulla saadaan aikaan

varsin korkealaatuinen kuvayhteys, joka on useimmiten riittävä, varsinkin käytettäessä tabletin kokoista laitetta kuvaruutuna. (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016.)

5.2 Asenteet palvelua kohtaan

Suurena haasteena virtuaalihoidon onnistuneeseen käyttöönottoon liittyen on ollut, ja on edelleen, käyttäjien negatiiviset asenteet palvelua ja siihen liittyvää uutta teknologiaa kohtaan. Negatiivinen asenne uutta teknologiaa kohtaan on ikäihmisten kohdalla varsin yleinen ja sitä ei usein ole helppoa muuttaa. Koulutuksen avulla, sekä palvelua ikäihmisille tarkemmin esittelemällä ja heitä siihen tutustuttamalla, voidaan ehkä joissakin tapauksissa jyrkkiä kielteisiä asenteita saada hieman lievennettyä. (Pietikäinen 2013: 116–117; Tarvainen 2015: 12–13.) Virtuaalihoidon palvelua ei kannata tarjota asiakkaalle, joka ei ole palvelusta lainkaan kiinnostunut. Täytyy muistaa, että suuri osa nykyisistä kotihoidon asiakkaista on syntynyt ja elänyt aikakautena, jolloin tekniset laitteet eivät olleet nykypäivää, eikä suuri osa kotihoidon nykyisistä asiakkaista ole koskaan välttämättä lainkaan oppinut teknisten laitteiden käyttöä.

Tulevaisuudessa on oletettavaa, että asenteet teknologisia laitteita ja apuvälineitä kohtaan ovat huomattavasti positiivisempia ihmisten ollessa koko ajan enemmän tekemisissä teknisten laitteiden kanssa. Tulevaisuudessa ikäihmisille ja virtuaalihoidon asiakkailla uuden teknologian omaksuminen osaksi päivittäistä hoitoa, tulee tuskin olemaan ongelma. Nykyiset negatiiviset asenteet virtuaalihoidossa ovat asia, joka hiljalleen muuttuu, mutta jonka kanssa on nyt tultava toimeen. (Pacita project 2014: 39.)

Myös virtuaalihoitajien asenteet virtuaalihoitoa kohtaan ovat tärkeä tarkastelun kohde, ja niitä tutkimme työssämme. Ei riitä, että asiakkaiden asenteet uutta palvelua ja teknologiaa kohtaan ovat avoimia ja positiivisia, vaan myös hoitajien asenteiden on oltava sitä. Palvelua kohtaan voi esiintyä negatiivisuutta hoitajan taholta, varsinkin jos hoitajalla itsellään on pitkä kokemus perinteisen kotihoidon parista ja siirtyminen virtuaalihoidon hoitajaksi on tapahtunut osittain pakon sanelemana, esimerkiksi aikaisemman työn liiallisen fyysisyyden takia. Uusi teknologia voidaan nähdä esimerkiksi jonkinlaisena uhkana omaa työtä kohtaan, jos henkilö esimerkiksi kokee, ettei omaa riittävää tietotaitoa uuden teknologian käyttämiseen. Negatiiviset asenteet virtuaalihoitajien parissa voivat heijastua myös asiakkaan suuntaan, jolloin asiakas ei välttämättä saa palvelusta

positiivista kokonaiskuvaa, ja näin ollen uudet kehitysideat palvelun suhteen voidaan torjua jo valmiiksi asenteellisen suhtautumisen takia. (Tarvainen 2015: 10–11.)

Virtuaalihoidon henkilökuntaa pitääkin jatkuvasti kouluttaa ja opastaa uusien laitteiden käyttämiseen, jotta he pysyvät mutkattomasti jatkuvasti kehittyvän teknologian perässä. Työnjohdolla ja esimiehillä on tässä ratkaiseva rooli, ja henkilöstön koulutus onkin ensisijaisen tärkeää, kun halutaan ylläpitää henkilöstön riittävää ammattitaitoa ja positiivista asennetta. (Pacita project 2014: 40.)

5.3 Järjestelmän tietoturva ja asiakkaiden yksityisyys

Virtuaalihoitoon liittyvä yleinen tietoturva ja asiakkaan yksityisyyteen liittyvät asiat on syytä ottaa huomioon palvelua suunniteltaessa. Järjestelmän tietoturvan on oltava kunnossa ja sen on täytettävä useimmiten käytettävät kansainväliset tietoturvasertifioinnit, kun ottaa huomioon, että palvelussa käytetään päivittäin ihmisten potilastietoja ja luottamuksellista informaatiota. Palvelussa siirtyvien kuvapuheluiden ja muun datan olisikin syytä välittyä salatun yhteyden läpi, jotta voidaan minimoida ulkopuoliset uhat tietoturvallisuuteen liittyen. Arkaluontoisen datan vuoksi järjestelmän tietoturvallisuuden pitää olla prioriteettilistan kärjessä, kun suunnitellaan uusia virtuaalihoidon palvelukokonaisuuksia. (Pacita project 2014: 40.)

Asiakkaiden yksityisyydellä ja sen suojaamisella viitataan asioihin, kuten esimerkiksi kotihoidon asiakkaan potilastietoihin, yksityiselämää koskeviin asioihin sekä kahdenkeskiseen luottamukseen liittyviin asioihin. Luottamukselliseen tiedonkäsittelyyn kuuluu esimerkiksi se, että asiakkaan tietoja voivat käsitellä vain sellaiset henkilöt ja hoitohenkilökuntaan kuuluvat henkilöt, joilla on siihen tarvittava oikeus. Muita haasteita yksityisyyden varmistamisen suhteen voivat olla esimerkiksi yleiset tilat, jossa virtuaalihoitoa suoritetaan, sekä se, kuinka luottamuksellinen kahdenkeskinen suhde virtuaalihoidon asiakkaan ja hoitajan välillä varmistetaan tiloissa, joissa on mahdollisesti myös ulkopuolisia ihmisiä sekä muuta toimintaa. Järjestelmän ja teknologian riittävällä yksityisyyden turvaamisella vaikutetaan myös siihen, minkälaisen kokonaiskuvan asiakas palvelusta muodostaa ja kuinka helposti hän sen hyväksyy osaksi kotihoidon palvelukokonaisuutta. (Pietikäinen 2013: 59.)

5.4 Virtuaalihoidon taloudelliset vaikutukset

Virtuaalihoidon mahdollisesti tärkein tavoite kotihoidon hoitohenkilökunnan työkuormituksen lieventämisen lisäksi on taloudellisten säästöjen aikaansaaminen. Virtuaalihoidon avulla tavoitellaan selviä säästöjä terveydenhuollon sektorilla ja sen avulla on myös saatu huomattavia säästöjä aikaan. Helsingissä säästettiin esimerkiksi jo vuonna 2014 virtuaalipalvelun avulla yli 400 000 euroa (Roivainen 2015). Tuo summa kasvaa Helsingissä vuosi vuodelta palvelun asiakasmäärän kasvaessa (Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit 2016).

Mahdolliseksi haasteeksi voi virtuaalihoidon palveluntarjoajan näkökulmasta muodostua taloudellisten vaikutusten osalta palvelun käyttöönoton kustannukset ja palvelun ylläpidosta muodostuvien kulujen kattaminen, varsinkin, jos palvelua ei saada myytyä tarpeeksi asiakkaille tai sitä kohtaan ei ole riittävää mielenkiintoa. Huomioon täytyy ottaa myös palvelun muodostamat lisäkulut, esimerkiksi laitteiden hankinta, niiden asennukset ja huollot sekä mobiiliyhteyden palveluntarjoajien sopimukset. (Pietikäinen 2013: 24-25.)

Taloudellisten haasteiden osalta täytyy myös ottaa huomioon virtuaalipalvelun käytöstä muodostuvat mahdolliset kulut asiakkaalle. Asiakkaalta perittävät maksut palvelun käytöstä pitäisikin saada kohtuullistettua niin, että korkea hinta ei muodostu liian suureksi esteeksi palvelun käyttäjämäärien kasvattamisen suhteen. Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen tarjoama virtuaalipalvelu on asiakkaille täysin ilmainen, sillä Helsingin sosiaali- ja terveystoimi on kustantanut palvelun kokonaisuudessaan, jotta virtuaalipalvelu kehittyisi ja vakiintuisi osaksi kotihoidon palvelukonseptia mahdollisimman nopeasti. (Viirakorpi 2015: 37.)

Palvelun käyttöönottoon liittyvät investoinnit ovat kuitenkin verrattaen pieniä, kun otetaan huomioon, kuinka paljon säästöjä onnistunut virtuaalihoito parhaimmillaan muodostaa. Virtuaalihoidon palvelun aikaansaamat säästöt muodostuvat yksinkertaisesti perinteiseen kotihoitoon liitettävistä komponenteista, jotka virtuaalihoidon avulla saadaan kokonaan poistettua. Näihin kuuluvat esimerkiksi matkakulut, jotka syntyvät, kun kotihoidon hoitajat siirtyvät asiakkaan luota toiselle. Vaikka palvelun käyttöönottoon ja laitehankintoihin liittyvät alkupään investoinnit voivat tuntua aluksi mittavilta, on palvelun kustannustehokkuutta silti helppo perustella. Yksi perinteisen kotihoidon asiakas-

käynti maksaa keskiarvoltaan noin 50 euroa, kun virtuaalihoiossa tuo käynti maksaa noin 5 euroa. (Viirakorpi 2015: 37; Roivainen 2015.) Virtuaalihoito siis maksaa itsensä takaisin varsin nopeasti edellyttäen, että asiakkaita saadaan houkuteltua tarpeeksi palvelun käyttäjiksi.

6 Tutkimusmenetelmä

Tutkiaksemme kotihoidon laatukriteerien täyttymistä virtuaalihoiossa tulee meidän ensin valita käyttökelpoisin tutkimusmenetelmä sekä käytettävä ensisijainen tiedonkeruun muoto. Tutkimusmenetelmä kertoo, miten me tutkimusta lähdemme toteuttamaan ja miten me tuloksia käsittelemme.

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta ja kuvaus

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme laadullisen tutkimuksen ja aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun. Toinen yleisesti käytetty tutkimusmenetelmä, eli määrällinen tutkimus ei olisi ollut yhtä käyttökelpoinen menetelmä laatua tarkastelevassa tutkimussessamme, joten tutkimusmenetelmän valinta oli helppo tehdä.

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että kerättyä tutkimusainestoa tarkastellaan havaintoina, eli siinä analysoidaan jonkinlaista ”tapausta”. Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on tulkita ja antaa erilaisia merkityksiä tutkituille ilmiöille, kun taas määrällisessä tutkimuksessa hyödynnetään enemmän tilastollisia menetelmiä ja siinä kysymysten asettelu on alusta lähtien kurinalaisempaa ja rajatumpaa. Vaikka menetelmät eivät ole toisiaan poissulkevia, niitä voidaan käyttää samassa tutkimuksessa rinnakkain, ja niillä on yhteisiäkin periaatteita, poikkeavat ne metodisääntöjensä osalta toisistaan. (Alasuutari 2011: 31–32.) Tötön (2000) mukaan ”laadulliseksi” (tutkimukseksi, analyysiksi) voi kutsua kaikkea, mikä jää jäljelle, kun numeraaineistot ja tilastolliset menetelmät jätetään laskuista (Tuomi – Sarajärvi 2009: 19).

Aineistonkeruutavoista haastattelu ja erityisesti teemahaastattelu oli mielestämme tutkimukseemme sopivin. Haastattelu on muun muassa havainnoinnin ja kyselyn ohella yksi laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Se on myös hyvin joustava tapa kerätä aineistoa. Esimerkiksi kyselylomakkeesta poiketen, haastattelussa

kysymys voidaan toistaa, asioita selventää ja käydä haastattelijan ja haastateltavien välistä keskustelua aiheesta. Haastattelijalla on samalla myös mahdollisuus havainnointiin. (Hirsijärvi – Hurme 2010: 34–35; Tuomi – Sarajärvi 2009: 71, 73.) Teemahaastattelu eroaa muista haastattelumuodoista siten, että siinä edetään aiheen kannalta keskeisten teemojen varassa. Kysymyksiä näiden teemojen sisällä voidaan esittää, mutta ne eivät ole niin yksityiskohtaisia, tai niiden järjestys ei ole niin tarkka kuin esimerkiksi strukturoidussa lomakehaastattelussa. (Hirsijärvi – Hurme 2010: 47–48; Tilastokeskus.)

Alkuperäisenä tavoitteenamme oli haastatella kymmentä Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen työntekijää, mutta lopulta aikataulujen ja Palvelukeskuksen resurssien takia päädyimme haastattelemaan yhteensä kahdeksaa virtuaalihoidon työntekijää.

Aluksi tavoitteenamme oli myös tehdä haastattelut kolmen tai neljän hengen ryhmähaastatteluina, mutta lopulta suurin osa haastatteluista tehtiin yksitellen jokaisen virtuaalihoitajan kanssa erikseen. Vain viimeisessä haastattelussa haastateltiin samanaikaisesti kahta virtuaalihoitajaa. Syy, miksi halusimme ensin toteuttaa haastattelut ryhmähaastatteluina, oli se, että haastatteluajan varaaminen ja aikataulujen yhteensovittaminen olisi sekä työnantajalle, haastateltaville että meille mahdollista. Palvelukeskuksen henkilöstön työkiireiden takia suunnitelmaa kuitenkin muutettiin.

Emme koe, että ryhmähaastatteluiden muuttamisella yksittäishaastatteluiksi olisi ollut lainkaan negatiivista vaikutusta saamamme haastatteluaineiston laatuun. Päinvastoin se saattoi olla tulosten saamisen kannalta jopa parempi vaihtoehto toteuttaa haastattelut. Yksittäisiä virtuaalihoitajia haastatellessa monet ryhmähaastattelun haasteet, kuten päällekkäin puhuminen ja se, etteivät vähemmän puheliaat haastateltavat olisi saaneet mahdollisuutta tuoda omaa näkemystään esiin, voitiin välttää. Toki ryhmähaastattelulla olisi ollut omat hyvät puolensa; sen avulla voidaan saada aikaan esimerkiksi vapaata keskustelua haastateltavien kesken. Tähän ei nyt ollut mahdollisuutta.

Huolimatta tarkkaan tehdystä suunnitelmasta haastattelujen suhteen (muun muassa haastateltavien lukumäärä ja haastatteluryhmien koot) tiedostimme alusta asti, että jokin saattaa mennä suunnitelmiamme vastaisesti. Päätimme varautua mahdollisiin muutoksiin parhaamme mukaan, mutta toisaalta emme halunneet sulkea mitään muuta vaihtoehtoa pois. Teimme myös parhaamme ollaksemme muodostamatta tietynlaisia ennako-oletuksia itse haastatteluista tai haastateltavilta saatavista vastauksista. Ai-

neistosta saa usein sitä rikkaamman, mitä avoimemmin silmin sitä lähtee keräämään (Alasuutari 2011: 262).

Ennen haastatteluja tiedotimme haastateltavia käsittelemistämme teemoista, jotta heidän olisi helpompi hahmottaa etukäteen, mistä tulemme keskustelemaan. Haastattelun onnistumisen kannalta haastateltavien on hyvä saada tutustua kysymyksiin tai teemoihin ennen haastattelua (Tuomi – Sarajärvi. 2009: 73). Laadimme lisäksi tiedotteen ja liitteestä 2 löytyvän suostumuslomakkeen, jotta haastateltavat tietäisivät sekä itse tutkimuksesta että omista oikeuksistaan tutkimuksen suhteen. Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita (Tuomi – Sarajärvi 2009: 15), ja siihen nojasimmekin koko työmme ajan.

6.2 Haastattelujen teemat

Teemahaastattelukysymysten laatimista varten olimme käyneet aiemmin tutustumassa virtuaalihoitoon ja virtuaalihoitajan työhön Helsingin Palvelukeskuksessa. Esimerkiksi kysymys siitä, onko virtuaalihoitossa kehitettävää, jalostui ja vahvistui virtuaalihoitajien kanssa käytyjen vapaamuotoisten keskustelujen pohjalta.

Teemahaastattelukysymyksemme jaoimme kolmeen pääteemaan: hoidon laatuun ja eettisyyteen, teknologiseen varmuuteen sekä virtuaalipalvelun kehittämiseen. Aloitimme kysymysten laatimisen mielestämme tärkeimpien ja työmme kannalta oleellisten kysymysten kautta, jonka jälkeen huomasimme kysymysten sijoittuvan helposti kolmeen eri pääkategoriaan. Teemat muodostuivat siis varsin luonnollisesti. Ne olivat johdonmukaiset ja toimivat suurena apuna tutkimuskysymyksen selvittämisessä. Teemahaastattelukysymykset kokonaisuudessaan löytyvät työn liitteistä (liite 1).

6.2.1 Hoidon laatu ja eettisyys

Kysymyksiä miettiessämme lähdimme liikkeelle siitä, kuinka haastattelemamme hoitajat kotihoidon laadun ylipäänsä kokevat ja mitä kaikkea siihen mahdollisesti sisältyy. Meidän täytyi saada se selville, ennen kuin saatoimme pyytää heitä vastaamaan kysymykseen siitä, kokevatko he toteuttavansa laadukasta ja asiakaslähtöistä hoitoa työssään virtuaalihoitajana. Työn ensisijaiseen tutkimuskysymykseen viitaten vertaamme

tämän kysymyksen avulla siis sitä, kuinka virtuaalihoitajat laadun kokevat sekä perinteisessä kotihoidossa että virtuaalihoidossa ja mitkä ovat ne tärkeimmät erot, joita virtuaalihoitajat nostavat esiin palveluiden laadun osalta. Tämän jälkeen saatoimme siirtä kysymykseen siitä, kuinka laadukkaana he antamaansa hoitoa pitävät. Avuksi otimme kysymyksen virtuaalihoidon hyvistä elementeistä siltä varalta, että saamamme vastaukset olisivat yksisanaisia tai erityisen niukkoja.

Koska kyseessä on kotihoidon tukipalvelu ja asiakkaita ovat ainoastaan kotihoidon asiakkaat, koimme laadun kannalta oleelliseksi sen, kuinka yhteistyö kotihoidon yksiköiden ja virtuaaliyksikön välillä sujuu. Koimme myös tärkeäksi kysyä, kokevatko haastateltavamme, että virtuaalihoidon puhelu riittää korvaamaan kotihoidon fyysisen käynnin. Omiin kokemuksiimme perustuen esimerkiksi asiakkaille, joilla on aikaisemmin ollut esimerkiksi kaksi kotihoidon käyntiä päivässä ja joiden on sittemmin katsottu tulevan toimeen yhdellä käynnillä, saatetaan tarjota toisen käynnin tilalle virtuaalihoitoa.

6.2.2 Teknologinen varmuus

Virtuaalihoidon kokonaisvaltaiseen laatuun liittyen koimme merkittäväksi kysymyksen myös siitä, kuinka käyttökelpoisena virtuaalihoitajat virtuaalihoidon teknologian kokevat ja onko se heidän mielestään varmatoimista ja laadultaan luotettavaa. Halusimme kuulla heidän kokemuksensa virtuaalihoidon teknologiasta myös suhteessa potilasturvallisuuteen ja yksityisyyteen, esimerkiksi voidaanko virtuaalihoidon välityksellä seurata asiakkaan vointia luotettavasti, sekä mitä ongelmakohtia käytettävä teknologia sen suhteen mahdollisesti aiheuttaa.

Teknologiaan liittyvät kysymykset olivat mielestämme tärkeitä ja mielenkiintoisia myös siksi, että sekä asiakkaat että monet hoitajistakin ovat sukupolvea, joille teknologiset ratkaisut ja niiden käyttäminen eivät ole välttämättä täysin selvä ja luonnollinen osa arkea ja elämää. Halusimme selvittää, aiheuttaako kuvapuhelinpalvelussa käytettävä teknologia ongelmia hoidon suhteen ja minkälaisia nuo mahdolliset ongelmat suuruudeltaan ovat.

6.2.3 Palvelun kehittäminen

Koska virtuaalihoito on suhteellisen uusi ja tuore palvelu, oli mielestämme tärkeää myös kysyä sen mahdollisista kehittämistarpeista. Tämän kysymyksen suunnittelimme palvelemaan erityisesti työelämäkumppanimme Helsingin Palvelukeskuksen tarpeita. Virtuaalihoitajilla on monenlaista työtaustaa aina perinteisestä kotihoidosta ja ensihoidosta lähtien, joten tavoitteena oli saada avoimia kehitysideoita kuvapuhelinpalvelun suhteen ja ideoita siitä, mihin suuntaan palvelua voidaan mahdollisesti kehittää tulevaisuudessa. Huomasimme aikaisemmin keskustellessamme virtuaalihoitajien kanssa, että monella heistä oli selviä kehitysideoita palvelun suhteen, joita he eivät välttämättä ole koskaan aikaisemmin julkisesti tuoneet esiin, joten tällä tavalla mahdolliset uudet ideat palvelun suhteen saataisiin myös esiteltyä julkisesti.

7 Tutkimustulokset ja haastattelumateriaalin analyysi

Tässä luvussa käymme läpi haastattelumateriaaliamme ja analysoimme virtuaalihoitajien kokemuksia virtuaalihoidon laadusta ja eettisyydestä, teknologian toimintavarmuudesta sekä heidän mielteitään siitä, miten palvelua voitaisiin jatkossa kehittää entisestään.

7.1 Laadukas ja eettinen kotihoito

Ensisijaisena tutkimuskysymyksenä tutkimme hoitajien kokemuksia kotihoidon laatukriteerien toteutumisesta virtuaalihoidossa. Kotihoidon laatukriteerejä kävimme läpi luvussa 3.3 ja totesimme, että kotihoidon yleinen laatu pitää sisällään monta laatukriteeriä. Niistä tärkeimmiksi nousevat henkilöstön riittävät resurssit, hoidon turvallisuus, palvelutarpeen oikeaoppinen arviointi sekä palvelun säännöllinen arviointi ja kehittäminen.

Ensimmäisenä selvitimme ja käymme läpi sitä, kuinka virtuaalihoitajat itse laadukkaan ja eettisen kotihoidon määrittelevät sekä kuinka hyvin he kokevat määrittelemiensä kotihoidon laatukriteerien täyttyvän virtuaalihoidossa. Tämän jälkeen siirrymme käsittelemään sitä, kuinka he kokivat näiden laatukriteerien täyttyvän virtuaalihoitajan työssään.

7.1.1 Laadukas ja eettinen kotihoito virtuaalihoitajien näkökulmasta

Kysyimme virtuaalihoitajilta, mistä asioista laadukas ja eettinen kotihoito heidän mielestään muodostuu. Useampi haastateltava koki tämän kysymyksen aivan liian laajaksi ja ympäripyöreäksi, mutta haastattelun edetessä laadun kriteereitä nousi lopulta useita mieleen.

Yksi yleisimmistä vastauksista kysymykseen oli kiireettömyys sekä tarvittavien hoitoresurssien varmistaminen niin, että asiakasta pystytään hoitamaan hänen todellisia tarpeitaan vastaavalla tavalla. Henkilöstön riittävä määrä ja sitä kautta hoidon kiireettömyys oli yksi tärkeimmistä kotihoidon laatukriteereistä, jonka virtuaalihoitajat toivat esiin. Virtuaalihoidon osalta kiireettömyytenä nähtiin se, että hoitajalla on aikaa tutustua potilaan taustatietoihin ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan, aikaa hoitaa asiakkaan suunnitellut toiminnot ja mahdolliset muut tarpeet virtuaalikäynnin aikana sekä aikaa tehdä riittävät kirjaukset ja olla mahdollisesti yhteydessä kolmansien tahoihin, esimerkiksi kotihoitoon, virtuaalikäynnin päätteeksi.

Perinteisessä kotihoidossa koettiin esiintyvän paljon kiirettä ja erilaisia siitä syntyviä ongelmia.

”Laadukas kotihoito on sellaista, missä asiakas saa mitä tarvitsee. Henkilökuntaa on mielestäni liian vähän kotihoidossa, eivätkä asiakkaat välttämättä saa asiallista hoitoa.”

”Laadukas kotihoito on kiireetöntä, jotta ihmisiä voidaan hoitaa ja kuunnella kunnon, kiireestä johtuen nykyään oma hoitajakaan ei lomista ja kiireestä johtuen välttämättä tiedä mitä asiakkaalle kuuluu.”

Henkilöstöresurssien riittävyyden ja kiireettömän hoidon lisäksi monet virtuaalihoitajat nostivat esiin toisena heidän mielestään ehdottoman tärkeänä laatukriteerinä asiakkaan palveluntarpeen selvittämisen ja hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyjen toimenpiteiden tarkan noudattamisen ja toteuttamisen. Haastatteluissa korostettiin sitä, että asiakkaan on saatava, mitä hän tarvitsee.

”Jos ajatellaan virtuaalihoitoa, niin ainakin meidän kohdalla se on sitä, että kotihoito on määritellyt hoidon tarpeen, ja se että me noudatetaan sitä, on sitä laatua.”

Omahoitajuus tai ainakin hoitajien pysyminen pääsääntöisesti samoina nähtiin tärkeäksi laadun kannalta. Myös asiakkaan yksityisyyteen ja potilasturvallisuuteen liittyvät asiat nostettiin esiin ja niiden nähtiin kuuluvan oleellisena osana laadukkaaseen kotihoitoon. Muita hoitajien mielestä laatuun vaikuttavia tekijöitä olivat salassapitovelvollisuus joka virtuaalihoitajalla, eettinen ja Valviran ohjeistus, jota noudatetaan, asiakkaalle ystävällisesti ja kauniisti puhuminen sekä toimiminen aina mahdollisimman asiakaslähtöisesti senhetkisistä resursseista käsin.

7.1.2 Laadukkaan ja asiakaslähtöisen virtuaalihoidon tarjoaminen

Pääosin hoitajat näkivät tarjoavansa laadukasta ja asiakaslähtöistä hoitoa. Moni totesi, ettei virtuaalihoidon ole tarkoitus korvata kotihoidon fyysisiä käyntejä vaan toimia sen tukena ja lisänä. Tämän he kertoivat olevan välttämätöntä tiedostaa, jotta virtuaalihoidon laatua voidaan arvioida. Virtuaalihoitoa ja kotihoitoa ei tulisi suoraan verrata toisiinsa vaan arvioida näitä palveluja niiden erilaisiin luonteisiin peilaten. Kotihoidon vahvuutena nähtiin esimerkiksi mahdollisuus fyysiseen kosketukseen ja läsnäoloon. Virtuaalihoidon vahvuutena on puolestaan se, että asiakkaan tavoittaa kuvapuhelun avulla nopeammin. Välimatkojen kulkeminen kotihoidossa vie paljon työaikaa, ja työ koettiin kokonaisuudessaan fyysisesti kuormittavaksi. Virtuaalihoidon kohdalla näitä haasteita ei koetun mukaan ollut.

Osa hoitajista toi esiin sen, että virtuaalihoito on perinteistä kotihoitoa fyysisesti huomattavasti helpompaa ja mielekkäämpää työtä tehdä. Useampi kertoi kärsineensä kotihoidon työn lopulta kokonaan estäneistä selkä- tai polvivammoista ja -säryistä.

Esiin nostettiin myös hoitohenkilöstön pääosin riittävä määrä virtuaalihoidossa ja hoidettavien asiakkaiden pysyminen usein samoina. Virtuaalihoitajat pystyvät valitsemaan samoja, tuttuja asiakkaita, minkä koettiin olevan erittäin positiivinen asia palvelun laadun kannalta. Moni hoitaja pyrkii ottamaan hoitaakseen pääosin samoja asiakkaita. Aikaisemmin tämä ei ole ollut hoitajien mukaan mahdollista, mutta nyt uuden järjestelmän myötä on.

”Itseassa olen huomannut, että virtuaalihoito on laadukasta, sillä potilailla on pääasiassa samat hoitajat ja huomaankin nopeasti, jos asiakkaalla ei ole kaikki kunnossa, sillä olen tutustunut heihin hyvin ja voin ottaa yhteyttä kotihoitoon asiasta.”

Perinteisessä kotihoidossa tätä hoidettavien asiakkaiden pysymistä samoina on käytännön tasolla vaikea toteuttaa.

Henkilöstöressurssien riittävyyden suhteen virtuaalihoitajat olivat pääosin sitä mieltä, että henkilöstöä on vielä tällä hetkellä palvelussa tarpeeksi ja työkuorma on siedettävällä tasolla. Ongelmia pelättiin kuitenkin tulevan vastaan tulevaisuudessa, mikäli palvelun asiakasmäärä jatkaa kasvamistaan samalla intensiteetillä. Huolta koettiin siitä, että hoitohenkilöstö alkaa ylikuormittumaan, eikä palvelun laatua pystytä sen vuoksi pitämään jatkossa yhtä korkealla tasolla. Pieni osa hoitajista näki työkuormituksen olevan jo nyt liian korkealla tasolla, ja he olivat huolissaan sen vaikutuksesta palvelun laatuun.

”Palvelu jatkuvasti kasvaa ja kuormituskin jatkaa kasvua, ja olemme jo nyt hyvin kuormitettuja, ja ajan mittaan hoidon laatu alkaa laskea.”

Yhtenä huolenaiheena virtuaalihoidon suhteen nousi esiin asiakasmäärien kasvu ja virtuaalikäyntiajan pituus. Virtuaalihoidon asiakasmäärä on kasvanut hyvin nopeasti ja tavoite on, että kasvu jatkuu. Hoitajia arvelutti, kuinka tähän kasvuun pystytään vastaamaan ilman, että virtuaalikäyntiajat lyhenevät, kiire kasvaa ja palvelun laatu kärsii. Virtuaalihoidon yhteydenottoaika asiakkaalle on tällä hetkellä noin 5 minuutin pituinen. Joidenkin asiakkaiden kohdalla koettiin tarvittavan enemmän virtuaalikäyntiaikaa. Se ei aina ole mahdollista.

”Jotkut asiakkaat vaatisivat enemmän aikaa. Keskustelemme asiakkaan kanssa noin 5 minuuttia ja jotkut tarvitsisivat enemmän aikaa.”

Pääosin tämä noin viisi minuuttia kutakin virtuaalikäyntiä kohden koettiin riittäväksi, lukuunottamatta päivän kiireisimpiä aikoja ja runsaasti psykososiaalista tukea tarvitsevia asiakkaita. Valtaosa hoitajista kertoi tekevänsä laadukasta ja aidosti asiakaslähtöistä työtä virtuaalihoitajana virtuaalikäyntiajan rajallisuudesta huolimatta. Haastatteluissa todettiin, että rajallisenkin ajan puitteissa on mahdollista suorittaa tarvittavat tehtävät. Ohjaustaitojen merkitystä korostettiin, ja sitä, että vähän aikaa työtä tehtyään hoitaja oppii kiinnittämään nopeasti huomiota oikeisiin, oleellisiin asioihin.

”Kun otetaan yhteys asiakkaaseen ja vaikkakin yhteys on lyhyt, olemme kuitenkin aidosti läsnä koko sen ajan.”

”Annan virtuaalihoidossa erittäin laadukasta ja hyvää palvelua. Tässä on enemmän aikaa asiakkaalle kuin perinteissä kotihoidossa. Perinteissä kotihoidossa meitä kuormittaa jatkuva kiire ja tein esimerkiksi alkuvuodesta muutaman keikan, jossa jouduin antamaan erittäin laadutonta hoitoa juuri kiireestä ja huonosta perehdytyksestä johtuen.”

Palvelu sai myös osakseen kritiikkiä, eivätkä kaikki virtuaalihoitajat kokeneet pystyvän-
sä antamaan sen kautta laadukasta hoitoa. Henkisesti kuormittavaksi kukaan ei virtu-
aalihoitoa kokenut, mutta kokemus siitä, ettei asiakkaalle tarjottu palvelu ole fyysisen
kontaktin tai ajan puutteen vuoksi laadukas, yhdellä haastateltavista oli.

”En koe tarjoavani laadukasta hoitoa. Suurin syy on varmasti se, että kotihoidon
käynti on monelle vanhukselle ainut ihmiskontakti. Nyt kun tuo käynti on korvattu
virtuaalikäynnillä, jotka ovat lyhyitä yhteenottoja, niin ei ole aikaa jokaiselle eikä
sitén toimi kaikilla ihmisillä.”

7.1.3 Yhteistyö perinteisen kotihoidon ja virtuaalihoidon välillä

Perinteisen kotihoidon ja virtuaaliyksikön välinen yhteistyö koettiin pääosin toimivaksi ja
sen tärkeyttä korostettiin. Kotihoidon kerrottiin muun muassa seuraavan hyvin virtuaali-
hoitajien tekemiä kirjauksia. Yhteistyön sujuvuudessa kerrottiin olevan hieman eroja eri
kotihoidon yksiköiden välillä edelleen, vaikkakin suurimmat vaikeudet ja muun muassa
tiedonkatkot ovat vähentyneet paljon. Ongelmia on lähinnä aiheuttanut perinteisen ko-
tihoidon tietämättömyys virtuaalihoidon työtehtävistä ja niiden rajoitteista.

”Periaatteessa ihan hyvin, välillä kotihoitoa vaikea tavoittaa puhelimitse heidän
kiireen takia ja kentällä olleessaan. Yleensä heidät tavoittaa mutta ongelmatilan-
teita voi joskus tulla eteen kotihoidon kiireen takia.”

”Kotihoito ei välttämättä vieläkään ymmärrä, ettemme pysty tarjoamaan asiak-
kaalle fyysistä käyntiä itse, vaan kotihoidon on se tehtävä itse.”

Kotihoidon hoitajat eivät välttämättä ole esimerkiksi tietoisia siitä, että virtuaalihoito on
aina kotihoidon alaisuudessa toimiva tukipalvelu ja että virtuaalihoidon asiakkaat ovat
aina heidänkin asiakkaitaan.

”Saattavat väittää, ettei joku asiakas kuulu heille, vaikka tosiasialla kaikilla virtuaalihoitoon asiakkailla on kotihoidon asiakkuus, tämä on tukipalvelu. Yleensä toimii kuitenkin hyvin.”

Joissakin tapauksissa perinteisen kotihoidon kiire ja suuri työkuorma vaikuttavat selvästi kotihoidon hoitajien asenteisiin virtuaalihoitoon yhteydenottoja kohtaan, ja ne nähdään selvästi ylimääräisenä työtaakkana ja negatiivisena asiana.

”Joistakin hoitajista kuulee soitettaessa äänestä, että he ovat aivan kyllästyneitä ja saattavat vastata meille ”Mitä nyt taas?”

Kiireen todettiin vaikuttavan myös siihen, että tilanteissa, joissa virtuaalihoitajan tulisi saatava nopeasti yhteyttä kotihoitoon, siellä ei aina ehditä vastata puhelimeen. Tilanteissa, joissa asiakkaan turvallisuuden kannalta on välttämätöntä käydä fyysisesti asiakkaan luona, ja yhteyttä kotihoitoon ei saada, lähtee joko Palvelukeskuksen työntekijä asiakkaan luo tai mahdollisesti hälytetään ambulanssi paikalle.

7.1.4 Fyysisen asiakaskäynnin korvaaminen kuvapuhelulla

Tärkeänä asiana oli myös selvittää virtuaalihoitajien kokemuksia siitä, kuinka hyvin kotihoidon fyysinen asiakaskäynti voidaan korvata kuvapuhelun avulla vai voidaanko sitä ylipäättään korvata mitenkään. Virtuaalihoitajat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että kokonaan fyysistä asiakaskäyntiä ei virtuaalipalvelulla voida korvata, eikä se ole palvelun tarkoituksaan. Moni korosti virtuaalihoitoon ja kotihoidon erilaista luonnetta, ja painotti, että virtuaalihoito on kotihoidon tukipalvelu.

”Mielestäni siis erittäin hyvä tukipalvelu kotihoidolle, ei kuitenkaan koskaan korvaa fyysistä läsnäoloa.”

”Jos on pelkkä voinnin tarkastus tai lääkkeen ottaminen niin korvaa hyvin. Kuitenkin mitä hoidollisempaa ja fyysisempää hoitoa tarvitaan, niin sitä vähemmän virtuaalihoito toimii.”

Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että joissakin tapauksissa palvelu toimii todella hyvin ja sen avulla pystytään hyvin korvaamaan kotihoidon asiakaskäynti.

"Parkinsonin potilaiden lääkkeidenotossa todella toimiva, aiemmin hoitajat kävivät jopa kuusi kertaa päivässä asiakkaan luona, joten esimerkiksi siinä systeemi toimii todella hyvin."

"Joidenkin kohdalla toimii hyvin, esim. mielenterveysasiakkaat jotka tarvitsevat henkistä apua. On asiakkaita, jotka tarvitsevat esimerkiksi vain keskustelua ja palvelu toimii hyvin heidän kohdallaan."

"Psykiatrisissa tapauksissa toimii varsinkin erittäin hyvin."

Virtuaalipalvelun koetaan siis toimivan hyvin juuri niissä tapauksissa, joihin se on suunniteltu. Virtuaalihoito toimii hoitajien mielestä varsin hyvin perinteisen kotihoidon tukipalveluna ja sen apuna. Osa virtuaalihoitajista arveli virtuaalihoidon olevan suuri ja konkreettinen apu kotihoidon hoitajille. Haastatteluissa todettiin, että ne tapaukset, joihin virtuaalihoito ei syystä tai toisesta sovellu, havaitaan nopeasti.

7.2 Palvelun teknologinen varmuus ja luotettavuus

Virtuaalipalvelun teknologinen varmuus on avainasemassa, kun tarkastellaan virtuaalipalvelun laatua. Virtuaalihoitajien haastatteluiden pohjalta voidaan todeta, että palvelun teknologian ja luotettavuuden suhteen on menty eteenpäin, vaikka joitakin ongelmia esiintyy edelleenkin.

"Aika varmaa nykyään, reilu vuosi sitten oli todella paljon ongelmia, mutta nykyään paljon vähemmän. Jos ongelmia esiintyy, niin ne saadaan nykyään korjattua todella nopeasti. Jos esimerkiksi aamulla ei saada yhteyttä toimimaan, niin illalla saamme jo yhteyden asiakkaaseen. Ongelmat ovat hyvin satunnaisia, välillä tulee laitevikoja."

"Tänäpäivänä kehittynyt huomattavasti aiemmasta, teknologia huomattavasti parempaa, eikä ole yhtä paljon vikoja. Tottakai aina välillä löytyy pieniä vikoja, mutta ne ovat yleensä nopeasti korjattavissa. Pääosin laitteet toimivat."

"Alussa oli ongelmia, mutta vähenevissä väärin nykyään. Isoksi ongelmaksi asti ei ole ja mennyt parempaan suuntaan."

Aihe herätti keskustelua ja esiin nousi ristiriitaisiakin näkemyksiä. Osa virtuaalihoitajista kokee teknologian suhteen olevan ongelmia edelleen ja huomattavissa määrin, ilman että ne olisivat vähenemään päin.

”Ongelmia tulee mielestäni päivittäin, itse olen enemmän turvapuhelimen puolella, mutta yllättävän paljon teknologia tökkii. Mielestäni mennyt jopa huonompaan suuntaan varmuuden puolesta.”

”Ongelmia tulee aika paljon, enkä osaa oikein eritellä niitä. Aina saa pelätä, että koska kuvayhteys katoaa ja mitä sitten tehdään. Välillä pegasos-ohjelma ei toimi joka aiheuttaa ongelmia. Tähän tarvittaisiin korjausta.”

”Ärsyttävää on, kun saat ”flown” päälle ja alat soittamaan, ja sitten soitat toisen hoitajan kanssa samaan aikaan samalle asiakkaalle, jolloin laite ei yhdistä ollenkaan. Olet ehtinyt jo tutustua potilas- ja taustatietoihin, ja joudut sitten tekemään saman taas uudelleen. Siihen kun joku keksisi ratkaisun, niin olisi hyvä.”

Voidaan siis todeta, että teknologian suhteen virtuaalihoitajien mielipiteet vaihtelevat laidasta laitaan: osa kokee teknologian toiminnaltaan luotettavaksi, kun taas osa varsin epäluotettavaksi. Virtuaalihoitajista suurempi osa on kuitenkin sitä mieltä, että palvelun teknologinen varmuus on huomattavasti parantunut ajan mittaan ja ongelmat ovat vähenemään päin.

7.3 Asiakkaiden yksityisyys ja potilasturvallisuus

Haastatteluissa ilmeni asiakkaan yksityisyyteen ja potilasturvallisuuteen liittyen joitakin epäkohtia ja haasteita. Erityisesti kysymys potilasturvallisuudesta jakaa mielipiteitä. Vastauksissa korostetaan sitä, että kun virtuaalihoidon mahdollisuudet ja rajoitteet osataan tunnistaa, ja asiakasta hoidetaan tiiviissä yhteistyössä kotihoidon kanssa, toteutuu potilasturvallisuus.

Suurempi osa haastatteluun vastanneista hoitajista kokee, että virtuaalihoito toimii ja takaa potilasturvallisuuden myös lääkehoidon osalta. Tätä perustellaan sillä, että virtuaalihoitajat eivät osallistu lääkehoitoon muilta osin kuin muistuttamalla asiakasta lääkkeenotosta tai varmistamalla kuvayhteyden kautta, että asiakas ottaa oikean lääkkeen. Valtaosa asiakkaista on apteekin annosjakeluasiakkaita, jolloin he saavat lääkkeet an-

nosteltuina pieniin päivämäärällä, viikonpäivällä ja kellonajalla varustettuun pussiin. Asiakas tuo pussin tabletin eteen, jolloin hoitaja voi todeta pussin olevan joko oikea tai väärä. Mikäli lääkehoidon suhteen ilmenee epäselvyyttä, on virtuaalihoitaja välittömästi yhteydessä kotihoitoon.

Osa virtuaalihoitajista kuitenkin kokee, että kuvapuhelimen kuvanlaatu asettaa esimerkiksi lääkkeidenoton valvonnan suhteen joitakin ongelmia, kun virtuaalihoitaja ei voi olla täysin varma siitä, mitä lääkettä asiakas mahdollisesti otti.

”Lääkkeiden otto on haasteellista, sillä kuvanlaatu muodostaa esteen lääkkeen tyyppin varmistamiseksi. Näemme vain tietyn sektorin kuvaruudulta, enkä näe esimerkiksi pöytää, jossa lääkkeet ovat. Lääkkeen ottaminen pystytään näkemään, mutta lääkejaot ovat haasteellisia. Jos kuvanlaatu ja kuvasektori laajenee, miten otetaan huomioon muut yksityisyyteen liittyvät asiat, siinä riittää pohdiskeltavaa.”

Kuvasektorin laajentaminen toisi kuitenkin lisää haasteita asiakkaiden yksityisyyteen liittyen.

”Koti tulee näkyviin joka saattaa aiheuttaa ongelmia yksityisyyden suhteen.”

Myös Helsingin Palvelukeskuksen toimitiloissa on huomioitu asiakkaiden yksityisyys ja virtuaalihoitajien työpisteet on esimerkiksi eroteltu näkösuojilla, sekä kuvapuhelut yhdistetään asiakkaalle vain tietynä, ennalta sovittuna ajankohtana, jotta kuvayhteyttä ei avata asiakkaan yllätykseksi hänen sitä tietämättään.

”Yksityisyyteen liittyvät seikat on otettu huomioon ja ne toteutuvat. Tiloissa ei liiku ulkopuolisia ja puhelut soitetaan asiakkaan kotiin sovittuna ajankohtana.”

”Ensinnäkin otamme yhteyden asiakkaaseen sovittuna aikana, emmekä hyppää asiakkaan olohuoneeseen sopimatta. Ajoista pyritään pitämään kiinni ja jos haluamme ottaa yhteyden asiakkaaseen täältä päin, niin tarvitsemme siihen asiakkaan luvan ja asiakkaan pitää silloin itse vastata, eikä kuvayhteys mene päälle automaattisesti. Meillä on nämä kopit, joten ohikulkija ei pysty katsomaan kenen kanssa puhun, tietysti välillä ylimääräistä puhetta saattaa taustalta kuulua.”

Työpisteiden osalta ilmeni myös kritiikkiä, esimerkiksi ylimääräisestä melusta koettiin olevan joissakin tapauksissa selvää haittaa sekä äänieristyksen puuttumista pidettiin ongelmana asiakkaan yksityisyyteen liittyen.

"Toivoisin, että meillä olisi kunnan kopit. Paitsi että asiakkaan yksityisyydensuoja toteutuisi paremmin, myös minun olisi helpompi tehdä tätä työtä, kun ääntä ei tulisi joka suunnasta. Jos vieressä on kovaa puhuva kollega, kuulee minun asiakkaani sen."

"Ei ole otettu huomioon meidän tiloissamme, tietosuoja kärsii koska kaikki kuulevat puheen."

Toisaalta todettiin, että salassapitovelvollisuus koskee virtuaalihoitajia, eikä virtuaalihoiton tiloihin ole ulkopuolisilla henkilöillä pääsyä. Suurin osa hoitajista on lisäksi hoitanut kaikkia asiakkaita, joten asiakkaiden tietojen salaaminen toisilta hoitajilta ei missään nimessä ole relevanttia.

7.4 Virtuaalihoiton kehittäminen

Virtuaalihoiton kehittäminen herätti aiheena suurta innostusta haastatteluissa. Virtuaalihoiton mahdollisuuksien todettiin olevan rajattomat. Todettiin, että "vain taivas on rajana". Erityisesti liikuntarajoitteisille ja yksinäisille asiakkaille kohdennettua palvelua nähtiin, että sitä voi kehittää paljon lisää: keskusteluryhmiä, käsityökerhoja, kokkauskerhoja, fysioterapeuttien erilaisia tuokioita ja jumppia, kirkon palveluita muun muassa hartauksia ja laulutuokioita.

"Kehitettävää on vaikka kuinka paljon, kokeilussa on ollut esimerkiksi jumpparyhmiä. Selkeästi ihmiset kaipaavat enemmän ryhmätoimintaa ja sosiaalisia kontakteja virtuaalipalvelun välityksellä."

Asiakkaiden mahdollisuus olla yhteydessä omaisiin, ystäviin ja tuttaviiin nähtiin myös mahdollisena, kehitettävissä olevana palveluna.

"Monet ihmiset eivät pysty liikkumaan itse ja osa kaipaa sellaista, että voisi kaveriin ja omaisiin ottaa yhteyttä, mutta se vaatisi sen, että heilläkin olisi samat systeemit käytössä."

"Mahdollisuudet ovat rajattomat, mielestäni palvelun tueksi voitaisiin kehittää jokinlainen vanhuksien välille tuleva keskustelumahdollisuus, joka toimisi eräänlaisena sosiaalisena tukena esimerkiksi vanhuksille, jotka eivät pääse kunnolla liikkumaan. Tekniikka antaa myöden tällaisen palvelun luomiseksi."

Virtuaalihoitajien työtä helpottamaan ja hoidon laatua parantamaan nähtiin olevan myös kehitettävää. Näistä mainittiin esimerkiksi omahoitajuus ja aluejako, jossa tietty hoitaja vastaa tietystä alueesta. Oletus myös oli, että näitä parhaillaan kehitellään käyttöön. Myös jonkinlaista ryhmätoimintaa ruokailun valvomiseen ehdotettiin.

”Hoitajan näkökulmasta olisi mukavaa, kun käytössä olisi jonkinlainen ryhmätoiminto, esimerkiksi ruokailun valvomisen suhteen.”

Esiin tuotiin virtuaalihoitajien parempi ja laajempi kouluttaminen teknologian suhteen, kuvanlaadun parantaminen muun muassa lääkkeidenoton valvomista ajatellen, sekä laitteiden kehittäminen edelleen paremmin vanhusasiakasta huomioivaksi. Asiakkaiden käyttämät tabletit pitää säännöllisesti käynnistää uudelleen, mitä moni asiakkaista ei osaa itse tehdä. Tähän kaivattiin ratkaisua. Yhtenä ehdotuksena oli jonkinlainen ”help-pokäyttökäynnistys-toiminto”.

”Kuvapuhelimia ei osata välttämättä käynnistää, joten välillä joudutaan käymään asiakkaan kotona käynnistämässä laite, siihen voisi keksiä jotain.”

”Itse kuvapuhelimet ovat helppokäyttöisiä, ainut mitä kaipaisi olisi esimerkiksi helppokäyttö-käynnistys tyyppinen ratkaisu, jotta ei tarvitsisi käydä asiakkaan luona käynnistämässä laitetta, sillä vanhukset eivät välttämättä löydä käynnistys-nappia itse.”

Virtuaalihoitajat toivat esiin myös kehitysideoita kuvapuhelimien käytettävyyden ja muotoilun suhteen. Joidenkin hoitajien mielestä itse kuvapuhelimet kaipaisivat muotoilunsa suhteen parannettavaa, jotta vanhusten olisi helpompi laitteita kotonaan käyttää.

”Varsinkin asiakkaan kotona käyttämät laitteet ovat todella huonoja ja niihin pitäisi myös tehdä parannuksia, ne ovat liian pieniä ja vaativat liikaa sorminäppäryyttä. Vanhukset eivät esimerkiksi saa laitetta päälle tai pois päältä kun eivät välttämättä tunne nappuloita käsillään. Laitteet pitäisi suunnitella enemmän vanhuk-sia ajatellen.”

7.5 Johtopäätökset laatukriteerien täyttymisestä virtuaalihoidossa

Kotihoidon laatukriteerit näyttävät haastattelujen perusteella täyttyvän hyvin. Hoitajat kokevat antavansa laadukasta ja eettistä hoitoa ja palvelua. Tällä on usein vaikutusta

siihen, kuinka kuormittavana hoitaja työnsä kokee. Hoitaja, joka kokee, ettei kiireestä tai muusta syystä johtuen voi tehdä työtään riittävän hyvin, ja joka joutuu toimimaan eettisten arvojensa vastaisesti, väsy helposti työhönsä. (Molander 2014: 10–11.)

Virtuaalihoito koetaan osittain jopa perinteistä kotihoitoa laadukkaampana. Tärkeää näyttäisi olevan se, että virtuaalihoidon rooli kotihoidon tukipalveluna tunnustetaan ja ymmärretään ne mahdollisuudet, joita sillä on tarjota.

Turvallisuus virtuaalihoidossa toteutuu hyvin, kun toimitaan tiiviissä yhteistyössä kotihoidon yksiköiden kanssa ja huolehditaan riittävästä kirjauksista. Asiakkaan tietoihin tutustuminen on myös tärkeää. Haastatteluissa kävi ilmi, että vaikka virtuaalihoidossa ei oma-/vastuuhoitajuutta vielä toistaiseksi ole käytössä, onnistuu samojen asiakkaiden hoitaminen silti helpommin kuin perinteisessä kotihoidossa. Tämän ansiosta virtuaalihoitaja oppii tuntemaan asiakkaan paremmin ja osaa myös nopeammin havaita, mikäli kaikki ei ole kohdallaan. On ollut tilanteita, joissa hoitaja on välittömästi kuvayhteyden avattuaan havainnut asiakkaalla olevan hädän, ja hälyttänyt tälle apua paikalle. Kotihoidossa näin nopea ja välitön toiminta vastaavissa tilanteissa ei ole mahdollista, mikäli kyseessä on asiakas, joka ei ole luovuttanut kotiavaimiaan kotihoidon käyttöön.

Kun tiedostetaan virtuaalihoidon mahdollisuudet ja rajoitteet sekä osataan rajata pois ne hoitotoimenpiteet, joita virtuaalihoidon avulla ei ole mahdollista turvallisesti hoitaa, säilyy potilasturvallisuus. Haastatteluissa kerrotaan, että virtuaalihoitajilta odotetaan edellytettävän samaa pätevyyttä ja kokemusta kuin kotihoidon hoitajiltakin. Valvira seuraa virtuaalihoidon toimintaa samalla tavoin ja yhtä tiiviisti kuin kotihoidonkin.

Yksityisyydensuojan osalta virtuaalihoidossa toimitaan lakia noudattaen. Asiakkaiden yksityisyydensuojaa turvaavat muun muassa henkilötietoki ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (523/1999, 61/2007). Työntekijöitä velvoittava salassapitovelvollisuus säilyy työsuhteen päättymisen jälkeenkin. (Kleemola 2010: 37; Pahlman 2010: 121–122.)

Virtuaalihoitajan itsensä osalta turvallisuus toteutuu siltä osin, ettei heihin ole mahdollista kohdistua esimerkiksi fyysistä väkivaltaa. Haastatteluissa virtuaalihoitajat kertovat työn olevan perinteistä kotihoidon työtä kevyempää ja miellyttävämpää, mikä voidaan osaltaan nähdä työturvallisuuden toteutumisenä. Toisaalta taas se, että hoitaja kokee toimivansa työssään eettisesti oikein, omantuntonsa mukaisesti, auttaa jaksamaan

työssä ja kokemaan sen kevyemmäksi. Omien eettisten arvojen vastainen työskentely on stressitekijä ja yhteydessä työtytymättömyyteen ja loppuunpalamiseen. (Molander 2014: 13–17.) Muutama haastattelemamme hoitaja on päätenyt virtuaalihoitajaksi kotihoidon työn fyysisen kuormituksen vuoksi. Eräs haastateltava kertoo joutuneensa asiakkaan väkivallan kohteeksi työskennellessään kotihoidossa. Virtuaalihoitossa tämä ei ole mahdollista.

Lääkehoidon turvallisuutta varmistetaan sillä, että asiakas näyttää kuvayhteyden kautta virtuaalihoitajalle ottamansa lääkkeen, joka yleensä on valmiissa annosjakelupussissa, jolloin hoitaja voi varmistua siitä, että kyseessä on lääkelistan mukainen asiakkaalle määrätty lääke. Tämän jälkeen asiakas ottaa lääkkeen hoitajan seurattuna. Mikäli lääkehoidon turvallisuudessa on epäselvyyttä, on virtuaalihoitaja kotihoitoon yhteydessä.

Pieni osa haastatteluun osallistuneista hoitajista koki lääkkeidenoton valvomisen kuvayhteyden välityksellä ongelmalliseksi. Tätä perusteltiin tabletin kuvanlaadulla ja sillä, että tabletin kuvayhteys ei ole kovin laaja.

Henkilöstön osalta laatuksiteerit täyttyvät virtuaalihoitossa hyvin. Henkilökunta on koulutettua ja kokenutta. Monella on vuosien kokemus kotihoidosta, vanhustyöstä ja muistisairaiden parissa työskentelystä. Haastatteluissa kerrotaan, että ”pelisilmä” kehittyy virtuaalihoitajan työssä nopeasti ja oikeisiin ja oleellisiin asioihin oppii kiinnittämään huomiota.

Kiireettömyys ei aina toteudu, ja haastatteluissa nousee esiin huoli virtuaalipalvelun asiakasmäärän nopeasta kasvusta. Lähinnä pelätään sitä, että asiakasmäärä jatkaa kasvamistaan, eikä kasvuun pystytä vastaamaan laadun kärsimättä. Aikaa virtuaalikäynteihin kaivattaisiin lisää, koska osalla asiakkaista nimenomaan yksinäisyys ja sosiaalisten kontaktien puute on suurin tarve. Toisaalta heti perään todetaan, että nykyisenkin virtuaalikäyntiajan puitteissa ”pystyy operoimaan”.

Haastatteluista käy ilmi, että virtuaalihoitoin koetaan *vastaavan asiakkaan tosiasialliseen hoidon ja palvelutarpeeseen* pääasiassa hyvin. Virtuaalihoito nähdään tukipalveluna, jonka avulla ei pyritä korvaamaan täysin fyysisiä käyntejä tai tarjoamaan fyysistä apua vaativia hoitotoimenpiteitä. Sen ymmärretään olevan osana hoitoa, helpottamassa kotihoidon kiirettä, ja tarjoavan monelle asiakkaalle riittävää, laadukasta ja mieluisaa hoitoa ja tukea. Yhteistyön tärkeyttä kotihoidon yksiköiden kanssa korostetaan, jotta

asiakas saa mahdollisimman hyvin tarpeitaan vastaavaa palvelua: kotihoito laatii asiakkaan palvelusuunnitelman ja tekee mahdolliset muutokset tähän. Haastatteluissa korostetaan myös virtuaalihoitajan velvollisuutta informoida kotihoitoa, mikäli asiakkaan tilanteessa tai voinnissa havaitaan muutoksia.

Arvioinnin ja seurannan suhteen korostetaan sitä, että kotihoito kantaa aina päävastuun asiakkaan ajantasaisesta ja tarpeisiin vastaavasta hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Tosin tässäkin todetaan molemmien puolisen tiedonkulun olevan ensisijaisen tärkeää. Palveluntarpeen arvioinnin avulla voidaan muun muassa asiakkaan kotona asumista haittaaviin tekijöihin puuttua riittävän varhain ja tukea asiakkaan asumista kotona mahdollisesti jopa niin pitkään, kuin hän itse haluaa (Karvonen-Kälkäjä 2005: 29). Osa hoitajista toteaa ennen virtuaalikäyntiä tapahtuvan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan tutustumisen tärkeäksi.

Virtuaalihoidon osalta arvioinnista ja seurannasta todetaan sen verran, että palvelua arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti. Ideoita ja tarpeita tähän liittyen tuotiin esille useita.

Haasteltujen virtuaalihoitajien kokemukset laatukriteerien toteutumisesta virtuaalihoi-
dossa olivat hyvin samankaltaisia. Kahdeksasta hoitajasta vain yksi koki, etteivät laatu-
kriteerit virtuaalihoidossa täyty.

8 Yhteenveto ja pohdintaa

Tässä luvussa käymme läpi opinnäytetyön tekemiseen liittyneitä haasteita ja ongelma-
kohtia kuin myös onnistumisia sekä positiivisia yllätyksiä työn osalta. Käymme läpi ai-
heen rajaamisen teoriaa ja sitä, miten itse siinä mielestämme onnistuimme ja mitä
haasteita se meille osaltaan aiheutti. Lopuksi analysoimme vielä sitä, mitä työ meille
opetti sekä itse aiheesta että opinnäytetyön tekemisen prosessista.

8.1 Aiheen rajaaminen

Tutkimuskysymysten selvittyä ja rajauduttua vaikeimman vaiheen ajatellaan usein jo
olevan takana (Alasuutari 2011: 253). Oman tutkimuksemme aihe muuttui ja tarkentui
useaan kertaan. Työ tuntui polkevan paikallaan. Oli haastavaa rajata aihe opinnäyte-

työn toteuttamisen kannalta riittävän suppeaksi. Alkuperäinen suunnitelmamme oli tutkia virtuaalihoidon laatua asiakkaiden näkökulmasta, mutta käytännön syistä sekä eettisistä syistä päädyimme lopulta tutkimaan hoitajien kokemusta laadusta. Yhtenä prosessina ja osana tutkimusta voidaan nähdä niin sanotut ”harha-askeleet” eli kohdat, joissa jokin oletamus osoittautuu vääräksi, tai tutkimus ei etenekään odotetulla tavalla. Niiden voidaan ajatella tarkentavan ja täsmentävän tutkimusasetelmaa ja -kysymyksiä, ja ne voidaan myös raportoida tutkimuksessa. (Alasuutari 2011: 256.)

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullinen tutkimus nojaa aina osittain joko aikaisempiin tutkimustuloksiin tai tekijöidensä aikaisempiin kokemuksiin (Alasuutari 2011: 253). Meillä oli etukäteen tiettyjä odotuksia ja ajatuksia tutkittavasta aiheesta, mutta pyrimme pitämään ne mahdollisimman etäällä. Haastatteluihin valmistautuessamme muistutimme itseämme siitä, että haastateltavien johdattelemista kysymyksillä mihinkään suuntaan, on vältettävä. Saman pidimme mielessä tuloksia analysoidessa: analyysi sai perustua vain tutkimuksen aikana tehtyihin havaintoihin ja haastattelumateriaaliin, ei aikaisempiin kokemuksiimme esimerkiksi perinteisen kotihoidon kiireestä.

Saadaksemme mahdollisimman luotettavia ja tutkimuksen kannalta oleellisia vastauksia tiedotimme haastateltavia etukäteen muun muassa salassapitovelvollisuudestamme, tutkittavien yksityisyyden suojaamisesta sekä haastattelun teemoista. Olimme varautuneet lyhyisiin vastauksiin ja siihen, että joudumme esittämään tarkentavia kysymyksiä, mutta niitä ei juurikaan tullut vastaan. Aihe tuntui olevan haastateltavista kiinnostava ja ajankohtainen. Ajoittain tuli tunne, että heillä oli tarve päästä kertomaan näkemyksiään. Moni perusteli ja jäsenteli vastauksiaan ja näkemyksiään aktiivisesti. Koemme saaneemme käyttökelpoista ja luotettavaa materiaalia sekä toimineemme tutkimuseettisesti oikein.

8.3 Mitä opimme virtuaalihoidosta sekä opinnäytetyön tekemisestä

Olimme iloisesti yllättyneitä siitä, kuinka hyvin hoitajat virtuaalihoidon roolin kotihoidon tukena ja tukipalveluna ymmärtävät. Riippumatta siitä, oliko hoitajalla työkokemusta perinteisestä kotihoidosta, tuntui suhtautuminen olevan pääosin samanlaista. Yksittäi-

set tekijät ja asiat, joihin kiinnitettiin huomiota ja joita pidettiin tärkeinä, esimerkiksi puhuttaessa virtuaalihoidon eduista perinteiseen kotihoitoon nähden, vaihtelivat: yksi korosti virtuaalihoidon nopeutta, toinen sen fyysistä keveyttä. Kuitenkin kokonaisuus nähtiin hyvin pitkälti samoin: virtuaalihoito on laadukasta, eikä sen ole tarkoitus korvata täysin fyysisiä kotihoitoon käyntejä.

Jäimme miettimään, vaikuttiko tuloksiin suunniteltujen ryhmähaastattelujen vaihtuminen yksilöhaastatteluiksi. Molemmissa haastattelumuodoissa on omat hyvät ja huonot puolensa, ja on vaikea arvioida, kumpi lopulta olisi ollut tutkimukseemme sopivin. Päädyimme siihen, että vastausten ja tulosten kannalta asialla ei varmasti ollut merkitystä.

Mietimme myös, olivatko kysymykset tutkimuksen kannalta parhaimmat. Päädyimmekin tässäkin siihen, että hyvin todennäköisesti olivat. Vastauksia saimme riittävästi ja oleellisimmat asiat tulivat hyvin esille. Toki haastatteluja ja keskustelua aiheesta olisi voinut jatkaa vielä pitkään.

Varsinainen haastattelujen tekeminen sujui ongelmitta. Suurimmat haasteet työn suhteen kohtasimme heti työn alussa liittyen aiheen rajaukseen ja tutkimuskysymysten tarkentumiseen. Aiheemme vaihtui ja tarkentui useaan kertaan, mikä aiheutti epävarmuutta ja viivästymistä tutkimuksen osalta. Tutkimuskysymysten tarkennettua ja aiheen onnistuneen rajaamisen jälkeen, työ eteni hyvin ja odotetulla tavalla. Emme kohdanneet odottamattomia vastoinkäymisiä tutkimustyön tekemisen tai puhtaaksi kirjoittamisen aikana, ja lopulta kumpikin valmistui jopa odotettua nopeammin.

Saimme molemmat paljon lisää tietoa virtuaalihoidosta ja sen mahdollisuuksista osana kotihoitoa. Saimme myös tulevaisuutta ajatellen arvokasta käytännön taitoa esimerkiksi laadullisen tutkimuksen teemahaastattelujen tekemiseen.

Lähteet

Alasuutari, Pertti. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Bond, John. Dittmann-Kohli, Freya. Westerhof, Gerben J. Peace, Sheila (eds.) 2008. Ageing into the future. Ageing in society. London: SAGE Publications Ltd.

Elsi Äylättä. 2016. <<http://maricare.com/elsi/index.php/fi/ratkaisut/hoivakodit>>. Luettu 18.10.2016.

Etene. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3081-0>>. Luettu 26.9.2016.

FiHTA. Terveysteknologia jälleen ennätyslukemiin. 2016. <<http://www.finnishhealthtech.fi/news/item/812-terveysteknologia-jaelleen-ennaetyslukemiin>>. Luettu 28.9.2016.

Finlex. Suomen sähköinen säädöskokoelma sekä ajantasaisten säädösten ja alkupe-
räisten säädösten kokoelmat. Oikeusministeriö. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/>>. Luettu 20.9.2016.

Freestyle. Abbott Freestyle Libre. Yrityksen internetsivusto. 2016. <<https://abbottdiabetescare.fi/tuotteemme/freestyle-libre>>. Luettu 29.9.2016.

Groop, Johan. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen vä-
estön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus –projektin julkaisu nro 1.
Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Heinola, Reija. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito-opas ikääntyneiden kotihoidon laa-
tuun. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helsingin kaupungin Palvelukeskuksen sisäiset asiakirjat ja raportit. 2016.

Hirsijärvi, Sirkka. Hurme, Helena. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria
ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinna.

Ikonen, Eija-Riitta. 2015. Kehittyvä kotihoito. EDITA. Keuruu: Otava Oy.

Kankainen, Joonas. 2014. Prosessijohtaminen kotihoidon asiakasturvallisuuden kehit-
tämistyössä. Julkisjohtamisen pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto.

Karvonen-Kälkäjä, Anja. 2005. Ikääntyvän asiakkaan oikeudesta palvelutarpeen arvi-
ointiin. Teoksessa Haho, Päivi. Vanttinen, Marika. (toim.) 2005. KIMPASSA kohti pa-

rasta palvelua: KIMPPA-esitutkimushankkeen loppuraportti. Helsinki University of Technology. Espoo.

Kirsi, Jani. 2012. Telelääketiede diabeteksen hoidossa. Turun ammattikorkeakoulu. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012061112385>>. Luettu 29.9.2016.

Kleemola, Maija. 2010. Henkilötietolain merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyssä. Teoksessa Pahlman, Irma. (toim.) 2010. Asiakastietojen käsittely, salassapito ja asiakkaan tiedonsaantioikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Klonoff, David. 2009. Using Telemedicine to Improve Outcomes in Diabetes—An Emerging Technology. The National Center for Biotechnology Information. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769943/>>. Luettu 26.9.2016.

Kotihoito 2020 -hanke. 2014. 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Tekes. <<https://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/kotihoito-2020---10-askeleen-ohjelma-kotihoitoon.pdf>>. Luettu 19.10.2016.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisu (STM): 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Mielenterveystalo. HUS:in tuottama verkkopalvelu. <<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>>. Luettu 29.9.2016.

Molander, Gustaf. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Juva: Bookwell Oy.

Neliapila. Yrityksen internetsivusto. Diabeteksen hoitoon erikoistunut lääkäripalvelu. <<https://www.neliapila.eu/>>. Luettu 29.9.2016.

Pacita project. 2014. Telecare Technology for an Ageing Society in Europe. Current state and future developments. Pacita workshop. <<http://wp6.pacitaproject.eu/wp-content/uploads/2014/02/Telecare-description-web.pdf>>. Luettu 7.11.2016.

Pahlman, Irma. 2010. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Teoksessa Pahlman, Irma. (toim.) 2010. Asiakastietojen käsittely, salassapito ja asiakkaan tiedonsaantioikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Paljärvi, Soili. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Pieni piiri. Kotimainen senioripuhelin -palvelu. Yrityksen internetsivusto. <<http://www.pienipiiri.fi/>>. Luettu 29.10.2016.

- Pietikäinen, Jorma. 2013. Teknologian hyväksyminen ja käyttö kotihoidossa: Kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä videoneuvotteluteknologian käytöstä. Pro Gradu-tutkielma. Aalto-yliopisto. <http://epub.lib.aalto.fi/fi/ethesis/pdf/13127/hse_ethesis_13127.pdf>. Luettu 24.9.2016.
- Roivainen, I. 2015. Mobiiliteknologia voi tuoda vanhusten arkeen helpotusta ja seuraa - ja kunnille säästöjä. Verkkoartikkeli - Helsingin Sanomat. <<http://www.hs.fi/tekniikka/a1443149144590?jako=035600c80281524f86445e9e72c179dc&ref=fb-share>>. Luettu 25.4.2016.
- Ruotsalainen, Kaija. 2013. Väestö vanhenee – heikkeneekö huoltosuhde ?. Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html>. Luettu 7.9.2016.
- Tarvainen, Saana. 2015. Etähoito kotihoidossa – hankkeesta palveluksi. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201505117236>>. Luettu 21.7.2016.
- Tepponen, Merja. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Tepponen, Merja. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, Reija (toim.): Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 61-73.
- Tilastokeskus. Teemahaastattelu. <<https://www.stat.fi/virsta/keruu/04/03/>>. Luettu 12.9.2016.
- Tuomi, Jouni. Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.
- Videophone. Wikipedian artikkeli. 2016. <<https://en.wikipedia.org/wiki/Videophone>>. Luettu 18.10.2016.
- Viirikorpi, Paavo. 2015. Ikätekniikan hyvät käytännöt. KÄKÄTE-raportteja 7/2015.
- Virtuaalihoito. Helsingin kaupunki. <<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3088>>. Luettu 27.9.2016.
- Voutilainen, Päivi. 2007. Laadun arviointi. Teoksessa Heinola, Reija (toim.): Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 13-17.
- Äyväri, Heikki. 2014. Kuvapuhelimet – Opas kuvallisen yhteydenpidon ratkaisusta. KÄKÄTE-oppaita 9/2014.

Teemahaastattelukysymykset

1. Laadukas ja eettinen hoito

Koetko tarjoavasi laadukasta ja asiakaslähtöistä hoitoa työssäsi virtuaalihoitajana ?

Kuinka yhteistyö kotihoidon ja virtuaaliyksikön kanssa mielestäsi sujuu ?

Riittääkö virtuaalihoidon kuvapuhelu mielestäsi korvaamaan kotihoidon fyysisen asiakaskäynnin ?

(Minkälaista on mielestäsi eettinen/laadukas kotihoito) ?

(Mitä hyvää virtuaalihoidossa mielestäsi on) ?

2. Teknologinen varmuus

Kuinka luotettavana koet virtuaalipalvelun teknologian ?

Onko virtuaalipalvelussa otettu tarpeeksi huomioon asiakkaiden yksityisyyteen liittyvät seikat ?

(Kuinka potilasturvallisuus toteutuu mielestäsi virtuaalihoidossa) ?

3. Virtuaalihoidon kehittäminen

Onko virtuaalihoidossa mielestäsi selkeästi jotakin kehitettävää ?

Suostumuslomake

Suostumus Helsingin kaupungin Palvelukeskuksessa tehtäviin haastatteluihin, jotka liittyvät opinnäytetyöhön ”Virtuaalihoidon laadullisten kriteerien toteutuminen kotihoidossa”

Olen saanut tietoa tutkimuksesta, joka selvittää hoitajien kokemuksia virtuaalihoidosta. Tiedän, että kerättyä aineistoa hyödynnetään vanhustyön ja hyvinvointiteknologia-alan opinnäytetyössä.

Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyen tarkentavia kysymyksiä. Ymmärrän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Voin myös peruttaa tämän suostumukseni, jolloin minusta kerättyjä tietoja ei käytetä enää tutkimustarkoituksessa. Tietojani käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolakea ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tietojani ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä käytetä muuhun kuin kyseiseen tutkimukseen. Tiedot hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tiedot esitetään tutkimuksen tuloksissa siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöä.

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni ja vapaaehtoisen osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Osallistujan nimi: _____ Pu-
helinnumero: _____ Paik-
ka: _____ Päiväys: ____/____

Osallistujan allekirjoitus: _____ Osallistujan
nimenselvennös: _____

Suostumuksen vastaanottajan nimi: _____
Paikka: _____ Päiväys: ____/____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus: _____