

Satu Säike

DIGITALISAATION MAHDOLLISUUDET KOTIHOIDOSSA -
ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN KEHITTÄMINEN

Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma
2019

Säike, Satu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma
Syyskuu 2019
Sivumäärä: 60
Liitteitä: 4

Asiasanat: digitalisaatio, etälääketiede, kotihoito

Opinnäytetyön aiheena oli selvittää digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa. Kotihoito ja digitalisaatio ovat molemmat olleet viime vuosina kehittämisen keskiössä. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli kartoittaa olemassa olevia etälääkärikäytäntöjä sekä kotihoidon hoitajien odotuksia etälääkäripalvelulta. Tavoitteena oli luoda Länsi-Suomen Diakonialaitoksen kotihoitopalveluihin toimiva etälääkäripalvelun malli. Kehittämistehtävä toteutettiin konstruktivista menetelmää käyttäen syksyn 2016 ja kevään 2019 välisenä aikana.

Teoreettisessa osuudessa käsiteltiin kotihoitoa ja digitalisaatiota, digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa, kotihoidon lääkäripalveluja, etälääketieteen käyttökokeimuksia Suomessa sekä etähoitoa kotihoidossa. Aiheita käsiteltiin aikaisemman tutkimustiedon sekä kehittämishankkeiden pohjalta.

Etälääkäripalvelun toimintakäytäntöjä ja palvelun toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä selvitettiin benchmarking-vierailuiden avulla. Tutustumisen kohteena oli kolme eri organisaatiota. Benchmarking-vierailuiden ja tutkimustietoon perehtymisen pohjalta tehtiin vaikutusten ennakkoarviointi etälääkäripalvelun käyttöönotosta kohdeorganisaatiossa. Ennakkoarvioinnin pohjalta päätettiin toteuttaa etälääkäripalvelu organisaation omien lääkäreiden toimesta. Kotihoidon hoitajien odotuksia etälääkäripalvelulta selvitettiin haastattelemalla kolme sairaanhoitajaa ja kaksi lähihoitajaa ryhmäteema-haastatteluina. Lopullinen etälääkäripalvelun toimintamalli kehitettiin tutkimustuloksia hyödyntämällä yhdessä työryhmän kanssa, johon kuului ylilääkäri, kotihoidon kaksi sairaanhoitajaa sekä kotihoitopalveluiden päällikkö.

Benchmarking-vierailuista ja kotihoidon hoitajien haastatteluista saatiin samankaltaisia tuloksia. Etälääkäripalvelun toimivuuteen vaikuttavia oleellisia tekijöitä ovat palvelun helppo ja nopea saatavuus, lääkärin tavoitettavuus tarvittaessa myös iltaisin ja viikonloppuisin sekä pieni yhteistyölääkäreiden vaihtuvuus. Tiedonkulun varmistamiseksi lääkärin on päästävä kotihoidon asiakastietojärjestelmään. Toimivaa etälääkäripalvelua voidaan toteuttaa myös puhelimitse tai suojatulla sähköpostilla, kuvallista etäyhteyttä ei välttämättä tarvita. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen kotihoitopalveluihin kehitetyssä etälääkärimallissa nähtiin tärkeänä, että lääkäri on tavannut asiakkaan kasvokkain ennen etähoidon aloittamista. Mahdollisuus lääkärin konsultointiin luo turvallisuutta kotihoitotyöhön sekä asiakkaan että hoitajien näkökulmasta ja sen on todettu vähentäneen kotihoidon asiakkaiden päivystykseen hakeutumista. Hoitajien työskentely tehostuu ja helpottuu, kun lääkärin tuki on tarvittaessa nopeasti saatavilla.

THE POSSIBILITIES OF DIGITALIZATION IN HOME CARE – DEVELOPMENT OF TELEMEDICINE SERVICES

Säike, Satu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

September 2019

Number of pages: 60

Appendices: 4

Keywords: digitalisation, telemedicine, home care

The purpose of this thesis was to explore the possibilities of digitalization in home care. Both home care and digitalization have been at the centre of development in recent years. The purpose of the development task was to study existing conventions in telemedicine and to survey domiciliary nurses' expectations for telemedicine services. The goal was to create a functional telemedicine model for the home care services of Western Finland Diakonia Foundation. The development task was accomplished using the constructive research approach between autumn 2016 and spring 2019.

The theoretical section discussed home care and digitalization, the possibilities of digitalization in home care, the medical services of home care, telemedicine user experience in Finland and telecare in home care. The topics were discussed based on previous research and development projects.

The operating practices of telemedicine services and the factors affecting the functionality of the services were investigated using benchmarking visits. The visits targeted three different organizations. Based on the benchmarking visits and research, an ex-ante evaluation of the effects of the introduction of telemedicine services in the target organization was conducted. Based on the evaluation, it was decided that the doctors of the organization would implement the telemedicine service. Domiciliary care nurses' expectations were determined by interviewing three nurses and two practical nurses in group theme interviews. The final telemedicine service operating model was developed by utilizing research results, together with the work group consisting of a senior physician, two domiciliary care nurses and the head of home care services.

The benchmarking visits and domiciliary care nurses' interviews yielded similar results. The relevant factors affecting the functionality of telemedicine services were accessibility of doctors when necessary, including in the evening and on weekends, quick and easy availability and continuity of care. In order to ensure the flow of information, doctors needed to have access to the customer information system of the home care provider. A functional telemedicine service could also be implemented over the telephone or by secure e-mail, a visual remote connection was not necessarily required. In the telemedicine model developed for the home care services of Western Finland Diakonia Foundation, it was considered important that the doctor would have met the customer face to face before the introduction of telecare. The possibility to consult the doctor created safety to home care from both the customers' and the nurses' perspective and it had also been shown to reduce customers' treatment seeking.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KOTIHOITO JA DIGITALISAATIO	7
2.1	Kotihoito	7
2.1.1	Kotihoidon kehittämishankkeita.....	9
2.1.2	Kotihoidon lääkäripalvelut	11
2.2	Digitalisaatio	13
2.2.1	Digitalisaation mahdollisuudet ikäihmisten kodeissa	14
2.3	Etäpalvelut terveydenhuollossa	16
2.3.1	Etälääkäripalvelu ja etähoito	18
2.3.2	Etälääkäripalvelua käsitteleviä tutkimuksia	20
2.3.3	Etähoito kotihoidossa	22
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET	23
4	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	24
5	KEHITTÄMISMENETELMÄ	27
5.1	Aineistonkeruumenetelmät	29
6	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	31
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	33
7.1	Etälääkäripalvelun toimivuuteen vaikuttavat tekijät.....	33
7.1.1	Porin perusturvan malli	33
7.1.2	Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän malli.....	34
7.1.3	Etälääkäripalvelua tuottava yritys	35
7.1.4	Yhteenvedo etälääkäripalvelun käytöstä ja toimivuuteen vaikuttavista tekijöistä	36
7.2	Etälääkäripalvelun vaikutusten ennakoarviointi	39
7.3	Kotihoitopalvelun asiakkaiden kiinnostus etälääkäripalvelua kohtaan	40
7.4	Kotihoidon hoitajien odotukset etälääkäripalvelulta	40
7.5	Etälääkäripalvelu Diakonialaitoksen kotihoitopalvelussa	43
7.5.1	Suunnittelupalaveri.....	43
7.5.2	Etälääkäripalvelun toimintamalli.....	45
7.5.3	Uuden toimintamallin käyttöönotto.....	47
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	48
8.1	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisen haasteet	51
8.2	Kehittämistehtävän eettisyys ja luotettavuus	53
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vanhusväestön määrä kasvaa tulevina vuosina. Palvelujen kehittäminen ja digitalisaation hyödyntäminen niissä on tärkeä ja ajankohtainen aihe. Pääministeri Sipilän hallitusohjelman yhtenä tavoitteena oli ikääntyneen väestön kotiin saatavien palvelujen painottaminen. Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen oli yksi hallituksen kärkihankkeista. Kärkihankkeita olivat myös mm. julkisten palveluiden digitalisoiminen sekä digitaalisen liiketoiminnan kasvuympäristön rakentaminen. (Ratkaisujen Suomi 2015, 20-22, 26-27.)

Iäkkäillä ihmisillä on oltava mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omissa yhteisöissään. Tällä tarkoitetaan hoidon ja huolenpidon tarpeen arvioimisen ja siihen vastaamisen lisäksi myös hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja toimivan arjen turvaamista. Näihin vaikuttaa palveluiden laadun parantaminen. Laadukkaan palvelun lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja se ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä sekä lisää hyvinvointia ja terveyshyötyjä. Tärkeä palvelujen laadun indikaattori on asiakkaan oma kokemus saamastaan avusta ja kohtelusta. Laadukas palvelu vastaa asiakkaan arvioituun palvelutarpeeseen oikea-aikaisesti palvelukokonaisuudella, joka on vaikuttava ja turvallinen sekä hyvin koordinoitu ja johdettu. Iäkkään ihmisen pitää aina olla myös osallistuja ja toimija omien voimavarojensa mukaisesti. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017, 13, 36.)

Digitalisaatio on edennyt huimaa vauhtia viime vuosina ja sen tuomia mahdollisuuksia hyödynnetään jatkuvasti enenevässä määrin myös terveydenhuollossa. Erilaisia etälääketieteen sovelluksia on kokeiltu ja otettu käyttöön maailmalla ja eri puolella Suomea. Tutkimusten mukaan etäterveydenhuollon käyttöönottojen onnistumisessa ammattilaisten osaamisella ja asenteilla on suuri merkitys. Käyttöönotto edellyttää uutta osaamista, joten perusteellinen käyttöönottokoulutus ja perehdytys ovat tärkeitä. Onnistumisen perusedellytyksiä ovat myös helppokäyttöinen ja hyvin toimiva teknologia sekä riittävä atk-tuki. Etäterveydenhuoltohankkeen onnistuminen vaatii osallistuvalla organisaatiolla sitoutumista, huolellista organisointia, jatkuvaa ja pitkäjänteistä ohjausta, seuranta, tukea ja arviointia. (Vuononvirta 2011, 83; Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2014, 60; Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2015, 14-15.)

KäKäTe-projekti vuosina 2010-2014 selvitti, miten teknologia voisi parhaiten toimia ikäihmisten kotona asumisen, hyvän arjen ja vanhustyön tukena. Projekti on tuottanut useita raportteja ja oppaita. (KäKäTe-projektin [www-sivut](#) 2016.) Esim. kuvapuhelinten käyttöä kotihoidon tukena on tutkittu. Tutkimuksiin osallistuneiden kotihoidon palveluorganisaatioiden näkemysten mukaan videoyhteydellä toteutettu etähoito on monipuolinen asiakkaan ja palveluorganisaation vuorovaikutusratkaisu. Teknisen ratkaisun on tarjottava kuvapuhelut asiakkaan ja palveluorganisaation välillä, asiantuntijapalveluiden kuten lääkäripalveluiden käytön ja interaktiiviset lähetykset. Hyvä teknologia yksin ei riitä, vaan se on pystyttävä liittämään osaksi palvelutoiminnan prosesseja. (Äyväri 2014,23.)

Tämä kehittämistehtävä toteutetaan Länsi-Suomen Diakonialaitoksen kotihoitopalveluissa. Kehittämistehtävän aihealue valikoitui organisaation johdon toiveesta selvittää digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa. Tarkemmaksi toiveeksi täsmentyi hoitajien välityksellä toimivan etälääkäripalvelun kehittäminen. Kehittämistehtävän tarkoituksena on kartoittaa sekä digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa että olemassa olevia etälääkäripalvelukäytäntöjä. Tarkoituksena on myös selvittää Diakonialaitoksen kotihoitopalvelun hoitajien odotuksia etälääkäripalvelusta ja luoda kotihoitoon toimiva etälääkäripalvelun malli. Palvelun kehittämisen myötä tavoitteena on saada kotihoitoa ajanmukaisemmaksi, hoitajien työskentelyä helpommaksi ja tehokkaammaksi sekä palvelusta asiakkaalle entistä monipuolisempaa, vaikuttavampaa ja haluttavampaa.

2 KOTIHOITO JA DIGITALISAATIO

2.1 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta muodostuvaa kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta. Kotipalvelu tukee ja auttaa, kun asiakas tai perhe tarvitsee apua kotona selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista. Kotipalvelua saavan asiakkaan toimintakyky voi olla alentunut esim. sairauden tai jonkun erityisen elämäntilanteen vuoksi. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Kotipalvelun tukipalveluita ovat esimerkiksi ateriapalvelut, siivous, sauna- ja kylvetyspalvelut sekä turvapuhelinpalvelut. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotona tehtävää terveydenhuollon toimintaa, kuten lääkehoidon toteuttamista. Kotisairaanhoidoa toteuttavat sairaanhoitajat ja lähihoitajat. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja valvontaviraston www-sivut 2019.)

Tutkimusten mukaan ikääntyneiden avun tarve alkaa keskimäärin 75 vuoden iässä. Toimintakyvyn heikkenemiseen liittyy yleensä jokin pitkäaikaissairaus. Sairauksiin sopeutuminen vaikuttaa siihen, millaiseksi ikääntyneet arvioivat oman terveydentilansa. Lääketieteellisesti arvioitu terveydentila ja yksilön itsensä kokema terveydentila voivat olla ristiriidassa keskenään. Kotihoidossa hoidettavat asiakkaat tarvitsevat paljon ulkopuolista apua fyysisen toimintakyvyn tukemisessa, mutta myös sairauden hoidossa, kipujen lievittämisessä ja psykososiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Asiakkaiden ja kotihoidon omahoitajien arviot asiakkaan avun tarpeesta voivat olla keskenään erilaisia. Kotihoidon asiakkaat pitävät parhaana asuinpaikkana yleisimmin omaa kotia. (Hammar 2008, 79, 103; Kehusmaa 2014, 36-37.)

Kuntoutumista edistävä työtapana on olennainen osa kotihoitoa. Sen tavoitteena on parantaa asiakkaiden elämänhallintaa ja tukea asiakkaan omia voimavaroja selviytyä arjessa. Työtapana perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteiseen työskentelyyn, jossa pyritään rohkaisemaan asiakasta päättämään asioistaan ja vahvistamaan hänen toimintakykyään ja vastuunottoaan. Iäkkään henkilön kanssa voidaan esimerkiksi yhdessä valmistaa aterioita, käydä ruokaostoksilla ja tehdä muita arkiaskareita, joissa asiakkaalla on

vaikeuksia suoriutua. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017, 16-17.)

Vuonna 2010 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 12 % 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista, kun sosiaali- ja terveysministeriön vähimmäissuositus oli 13 %. Kotihoidon säännöllisistä asiakkaista 73 % oli yli 75-vuotiaita. Vuonna 2017 kotihoidon piirissä oli yli 75-vuotiaista 11,3 %. Kotihoidon säännöllisistä asiakkaista 77 % oli yli 75-vuotiaita. Kotihoidon piirissä olevien yli 75-vuotiaiden prosenttiosuus on ollut laskeva vuodesta 2013 asti. Satakunnassa kotona asuvien yli 75-vuotiaiden osuus vuonna 2015 oli 89,7 % ja säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11,3 %. (Finne-Soveri 2012, 81, 88; Rehula 2016; THL:n tilastoraportti 19/2018.)

Yksityisten palveluntuottajien osuus kotihoidon tuottajina on lisääntynyt. Monet kunnat ovat ottaneet käyttöön kotihoidon palveluselejä 2000-luvun aikana. 2000-luvun alussa yksityisiä kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa käytettiin vain vähän, kun vuonna 2018 yksityisen kotihoidon osuus kaikesta kotihoidosta Suomessa oli noin kolmannes. Luvut eri maakuntien välillä vaihtelevat. 60 %:lla yksityisistä kotihoidon tuottajista ei ole palvelua saatavilla yöaikaan viikonloppuisin. Julkisessa kotihoidossa viikonloppuiden palvelu puuttuu 20 %:lta. (Hammar 2008, 86; Noro & Karppanen 2019, 53.)

Kotihoidon merkitys ja sen roolin lisääminen nähdään olennaisena hoidon kustannusten hillitsemisessä. Väestön ikääntyminen lisää palveluiden tarvetta. Kotihoidon roolia tulisi syventää. Myös huonokuntoisia ikäihmisiä tulisi hoitaa kotona, jos he niin haluavat. Tämä vähentää siirtoviivepäiviä ja ympärivuorokautisen hoivan jonoja. Kotihoito on palveluketjujen solmukohta. Sen rooli on oleellinen sekä sairaalasta kotiin palaamisen että muiden palveluketjujen sujuvuuden kannalta. Erityisesti tulee kehittää kotiin annettavien palvelujen palveluvalikkoa, niin että käytettävissä on mm. kotiin annettavia kuntoutuspalveluja ja lääkärikonsultaatioita. Kotihoidossa tarvitaan moniammatillinen tiimi, joka koostuu lääkäristä, fysio- ja toimintaterapeutista sekä sairaanhoitajasta ja lähihoitajista. Selvittelemällä yleistilan laskun syitä jo kotona, voidaan ehkäistä päivystyskäyntejä. (Finne-Soveri 2012, 11-12; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017, 19-25.)

Kotihoidon vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa ja se näkyy usein vasta keskipitkällä tai pitkällä aikavälillä. Yksilötasolla kotihoidon vaikuttavuus näkyy esim. asiakkaan kuntoutumisena, terveydentilan heikkenemisen hidastumisena tai elämänlaadun lisääntymisenä. Yksikkötasolla kotihoidon vaikuttavuutta voidaan mitata asiakkaiden siirtymillä raskaampiin hoitomuotoihin, päivystyksen käytöllä sekä vuodeosastojaksojen pituudella ja määrällä. (Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon 2014, 7.)

2.1.1 Kotihoidon kehittämishankkeita

Vuosien 2015-2019 hallituskauden aikana yksi pääministeri Sipilän hallituksen kärkihankkeista oli Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I & O). Sen puitteissa toteutettiin monia osahankkeita ja –kokeiluja. Hankkeita suunniteltiin ja toteutettiin kaavaillun sote- ja maakuntauudistuksen mukaisesti maakunnissa muutosagenttien koordinoimana. Kärkihankkeen yhtenä tavoitteena oli, että hankkeen päätyttyä v. 2019 kotona asumista tukevat lääkäripalvelut ovat toimivia ja kotiin on tarjolla sekä kotisairaalapalveluja että saattohoitoa tukevia palveluja. Toimivan kotihoidon kokeiluja tehtiin Keski-Suomen KuKo- Kukoistava Kotihoito- ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistuksessa, Toimiva kotihoito Lappiin-kokeilussa ja Pohjois-Karjalassa AVOT-kokeilussa, Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla. (Noro & Karppanen 2019, 16, 31.)

Kärkihankkeessa luodussa toimivassa kotihoidon mallissa haluttiin varmistaa, että kotihoidon palvelut kohdentuvat nykyistä oikea-aikaisemmin ja kuntouttavammin niitä tarvitseville asiakkaille. Tavoitteena oli näin lisätä asiakkaan ja omaisen turvallisuudentunnetta ja luottamusta kotona selviytymiseen. Tavoitteena oli myös lisätä henkilöstön osaamista ja tukea heitä työssään. Luodun mallin mukaan kotihoitoa pitäisi olla saatavilla kaikkina viikonpäivinä ja vuorokauden aikoina. Kotihoidon asiakkaan ympärivuorokautinen palvelu voidaan oman palvelutuotannon sijaan järjestää myös mm. yhteistyönä asumispalveluyksikön kanssa, ostopalveluna esim. vartiointiliikkeestä lähihoitajan koulutuksen saaneen vartijan toimesta tai tiivistettynä yhteistyönä ensihoidon kanssa. Digitalisaatiota ja etäyhteyksiä voidaan myös hyödyntää. Kuntouttavat toimintamallit on otettava laajasti käyttöön hyödyntäen esim. kotikuntoutusta ja etäkuntoutusta. Akuuttilanteiden varalle täytyisi olla määritelty oma toimintamalli

ja esim. lääkärikonsultaatiota on oltava saatavilla 24/7. Kotihoidon henkilöstön on saatava osallistua oman työnsä ja kotihoidon johtamisen kehittämiseen. Kotihoidon kehittämisen tavoitteena on tietysti myös kustannusten hillitseminen. Kokeilussa osoitettiin, että kustannusten kasvua pystytään hillitsemään toimintaa tehostamalla niin, että asiakkaan saama aika lisääntyy. (Hakala 2018, 55-56; Noro & Karppanen 2019, 32, 58.)

Sote- ja maakuntauudistuksen toteutuessa kotihoito toteutettaisiin jatkossa niin, että palvelun tarpeessa oleva ikäihminen ohjataan alueellisen KAAPO-yksikön (keskitetty alueellinen asiakas-/palveluohjausyksikkö) asiakasohjaajan tekemään palvelutarpeen selvittämiseen. Tavoitteena on, että suurin osa asiakkaista, joille palvelutarpeen selvittäminen tehdään, pärjää kuitenkin jatkossakin kotona ilman julkisen sektorin palveluita tai hyvin pienellä omaehtoisella tuella. Mikäli palveluntarve on säännöllinen ja laaja, järjestetään moniammatillisen arvioinnin pohjalta enintään neljän viikon pituinen kuntouttava arviointijakso yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä kotihoidon ammattilaisten kesken. Arviointijakson jälkeen tehdään lopullinen palvelupäätös kotihoidon tarpeesta. Kotihoidon tuottamisessa julkinen palveluntuottaja eli maakunnallinen liikelaitos sekä yksityiset palveluntuottajat olisivat yhtä lailla asiakkaan käytettävissä valinnanvapauden periaatteen mukaisesti. Kotihoidon palvelut rahoitettaisiin asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla. (Tammi, Groop, Mulari, Kaarnasaari & Leskelä 2018, 7-13; Janhunen, Paltamaa & Pikkarainen 2018, 48-49.)

Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on välttämätöntä turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille. Työvoiman saatavuus on keskeinen tekijä kotihoidon palveluiden järjestämisessä. Uutta työvoimaa tarvitaan jo lähivuosina runsaasti. Henkilöstön työtä johdettaessa on toimittava työn tuottavuuden ja vaikuttamisen parantamiseksi. Riittävä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen ja konsultatiomahdollisuudet on turvattava. Ikääntyneen ihmisen hoidon tarpeen arviointi on haasteellista, koska oireet voivat olla epämääräisiä. Esim. kaatuilu, sekavuus tai harhausuus voi olla merkki jostain vakavasta kuten infektiosta, sydän- tai aivotapahtumasta. Kotihoidon yhtenä haasteena on henkilöstön jaksaminen ja saatavuus. Puolet kotihoidon henkilöstöstä kokee, etteivät he ehdi tehdä työtään kunnolla. Kotihoidon henkilöstö kokee hoidon laadun olevan heikompaa ja työn kuormittavuuden suurem-

paa kuin palveluasumisen ja laitoshoidon henkilöstö. Kotihoidon henkilöstö myös sairastaa muita kuntatyöntekijöitä enemmän ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet vuodesta 2015. Kun parannetaan kotihoidon hoitajien mahdollisuutta saada tukea muilta ammattilaisilta, parannetaan heidän osaamistaan ja hoidon laatua. (Kehusmaa 2014, 35; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017, 19-25; Hakala 2018; 55-56; Manninen & Taskinen 2018, 84; Noro & Karppanen 2019, 55.)

Jatkossa kotihoidon asiakkaiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi sekä henkilöstön työajan uudelleen kohdentamiseksi tulee hyödyntää teknologian mahdollisuuksia entistä laajemmin. Digitaalisuuteen perustuvien etäpalvelujen ja uusien liikuvien palvelumuotojen merkitys kasvaa tulevaisuudessa. Kotihoidon uusia teknologisia ratkaisuja ovat mm. lääkeautomaatit sekä erilaiset etäyhteydellä toimivat turvajärjestelmät, jotka tunnistavat asiakkaan liikkeitä ja elintoimintoja. Kuvapuhelimien välityksellä voidaan keskustella asiakkaiden kanssa ja mm. ohjata erilaisia ryhmiä. Chat-pikaviestipalvelun avulla voidaan toteuttaa neuvontaa ja ohjausta, ja sen käyttö voi olla luontevaa erityisesti ikäihmisten läheisille. Johtamisen tehostamiseksi hyödynnetään toiminnan ohjausjärjestelmiä, joiden avulla työntekijöiden työaikaa voidaan kohdentaa asiakastyöhön. (Rehula 2016; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017, 28; Hakala 2018; 55-56; Hirvonen 2018, 49-56.)

2.1.2 Kotihoidon lääkäripalvelut

Monisairaiden ja huonokuntoisten asiakkaiden määrän kasvaminen kotihoidossa lisää lääketieteellisen osaamisen tarvetta. Kotihoidon hoitajat käyvät kotikäynneillä pääsääntöisesti yksin, jolloin tuen saaminen asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa on tärkeää. Ensisijainen tuen antaja on oma kollegoiden muodostama tiimi, mutta myös moniammatillisen tuen saaminen tarvittaessa on tärkeää. Konsultoida voidaan esim. diabetes- tai haavahoitajaa tai lääkäriä. Lääkäripalveluiden saatavuudella on keskeinen rooli asiakkaan oikean hoidon ja lääkityksen varmistamiseksi sekä mm. turhien päivystyskäyntien välttämiseksi. Tyypillisesti noin. 60-70 % päivystysyksikköjen potilaista kotiutuu samana päivänä, kun hoitotutkimukset valmistuvat. Jos tutkimukset

pystytään tekemään kotona, voidaan välttää näitä turhia käyntejä. Päivystyskäynnit ovat aina rasitus toimintakyvyltään heikentyneelle ikäihmiselle. Myös osastojaksojen välttäminen ja lyhentäminen on tärkeää, koska vuodelepo on riski ikäihmisen toimintakyvylle. Jo viikon vuodelepo vähentää lihasvoimaa useita kymmeniä prosentteja. Pitkään jatkunut vuodelepo aiheuttaa painehaavoja ja laskimotukoksia sekä jäykistää niveliä. Myös masennusta ja sekavuutta voi esiintyä sekä keuhkokuumeen riski kasvaa. Oikea-aikaiset lääkäripalvelut vaikuttavat suuresti kotihoidon vaikuttavuuteen. (Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon 2014, 48; Manninen & Leskelä 2018, 72-75; Manninen & Taskinen 2018, 83; Tammi, Groop, Mulari, Kaarnasaari & Leskelä 2018, 14.)

Lääkehoidon kokonaisarvioinnin tulisi olla osa kotihoidon asiakkaiden normaalia hoitokäytäntöä. Se tulisi tehdä vuosittain kaikille yli 75-vuotiaille monilääkityille. Lääkkeiden oikealla kokonaisuudella on huomattava vaikutus toimintakykyyn ja esim. hui mauksen, väsymyksen tai sekavuuden esiintymiseen. Säännöllinen potilassuhde asiakkaan ja lääkärin välillä helpottaa lääkehoidon hallintaa. Konsultaatiotilanteessa on tärkeää, että lääkärillä on käytössään riittävät tiedot asiakkaan taustasta ja tilanteesta. Siksi paras ratkaisu ovat nimetyt kotihoidon lääkärit. Tällöin myös kotihoidon hoitajat saavat paremmin tukea työhönsä, kun yhteistyötä tehdään tuttujen lääkäreiden kanssa. Myös farmaseuttien osaamista voitaisiin hyödyntää kotihoidossa aiempaa enemmän mm. lyhyissä konsultaatioissa. (Manninen & Taskinen 2018, 83; Mäkelä & Hakala 2018, 68-70.)

Tutkimusten mukaan asiakkaiden päivystyskäynnit ovat vähentyneet, kun kotihoidossa on lisätty lääkäritukea. Myös perusterveydenhuollon hoitajakset sekä hoitajaksojen pituudet ovat vähentyneet. Vastuulääkimallin käyttöönoton ja geriatrisen osaamisen tehostamisen kotihoidossa on todettu vähentäneen merkittävästi iäkkäiden päivystykseen hakeutumista. Esim. Porvoossa kotihoidon asiakkaiden sairaalajakset vähenivät 35 % lähtötasosta. Lääkäripalveluiden saatavuus kotona lisää mahdollisuutta tulla erikoissairaanhoidosta nopeammin suoraan kotiin. Henkilöstön näkökulmasta mahdollisuus lääkärin konsultointiin on luonut turvallisuutta hoitotyöhön. (Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon 2014, 50; Kivimäki 2016, 5; Kullas 2016, 29-32.)

Kotihoidon lääkäripalvelujen järjestäminen myös päivystysaikaan nähdään nykyään tärkeänä. Lääkäripalveluiden järjestämistä on kokeiltu myös ensihoidon kautta. Tällöin kotihoidon henkilöstöllä on mahdollisuus pyytää asiakkaalle kiireetöntä hoidon tarpeen arviointia ensihoidosta. Ensihoidon sairaanhoitajalla on käytössä monipuolista vierianalytiikkaa sekä mahdollisuus suoraan lääkärikonsultaatioon. Sujuvan toiminnan edellytyksenä on, että myös lääkäriellä on saatavilla ajantasaiset tiedot asiakkaasta. Kotipäivystyksen tyypisiä toimintamalleja kokeilemalla on todettu, että useimmiten asiakkaat pystytään hoitamaan yhdellä käynnillä, eikä päivystykseen tarvitse lähteä. Vuonna 2017 Kiteellä järjestetyssä pilotissa pystyttiin näin hoitamaan kotona vajaa puolet asiakkaista, joiden luona käytiin. Ensihoidon hoitajilla oli käytössä potilastietojärjestelmä, josta he näkivät potilaan aiemman hoitohistorian. Järjestelmän tarkoituksena oli myös välittää ensihoidon kirjaama tieto kotihoidon henkilöstön nähtäville. Kotihoidon asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnin suurimpia syitä olivat yleis-tilan heikkeneminen ja sekavuus. (Manninen & Leskelä 2018, 72-75; Nygren, Törrönen, Kärki & Gerres 2018, 24-25.)

Joissain kunnissa on kotihoidossa pilotoitu News-pisteytyksen käyttöä asiakkaan voinnin arvioinnissa. News-työkalun (National Early Warning Score= Aikaisen varoituksen pistejärjestelmä) avulla asiakkaan vointi voidaan arvioida luotettavasti ja se myös ohjeistaa käyttäjää tulosten perusteella. Työkalun avulla arvioidaan helposti myös kotona mitattavia hengitystaajuutta, happisaturaatiota, lisähapen käyttöä, systolista verenpainetta, syketaajuutta, tajunnan tasoa ja lämpötilaa. Työkalun käyttöönotto vaatii kuitenkin kotihoidon työntekijöiden akuuttiosaamisen kehittämistä. Myös työkalun integroiminen asiakas- ja potilastietojärjestelmään on tärkeää, jolloin sen tuottamia tietoja voidaan hyödyntää tehtäessä asiakasta koskevia päätöksiä. (Tammi ym. 2018, 14-15; Karjalainen, Norrgård, Peltomaa, Pirneskoski, Rantala & Tirkkonen 2018.)

2.2 Digitalisaatio

Digitalisaatio-termin käyttö on yleistynyt viime vuosina. Käsitteen merkitystä ei ole kuitenkaan yksinkertaisesti selitetty. Digitalisaation taustalla on digitalisoituminen, eli asioiden, esineiden tai prosessien muuttuminen analogisista digitaalisiksi. Esimerkkejä

digitalisoitumisesta ovat mm. valokuvien pilvipalvelut, verkkokaupat, internetin uutispalvelut, e-kirjat ja suoratoistomusiikki. Kun digitalisoituminen muuttaa ihmisten käyttäytymistä, markkinoiden dynamiikkaa ja yritysten ydintoimintaa, puhutaan digitalisaatiosta. (Ilmarinen& Koskela 2015.)

Yrityksessä digitalisaatio koskettaa kaikkia sen osia, toimintoja ja tasoja. Se liittyy strategioihin, markkinointimalleihin, tuotteistamiseen ja teknologian käyttöön. Se myös synnyttää uudenlaisia osaamistarpeita, johtamistapoja ja organisaatiokulttuureita. Yksittäisessä yrityksessä digitalisaation voidaan ajatella olevan aktiivista tai passiivista. Aktiivisessa digitalisaatiossa yritys itse muuttaa toimintamallejaan ja ansaintaansa digitalisaatiota hyödyntämällä. Passiivisessa digitalisaatiossa yritys vain sopeutuu muuttuneeseen toimintaympäristöön. (Ilmarinen& Koskela 2015.)

Digitalisaatio on liiketoiminnan uudistamisen väline. Kasvu, kannattavuus ja kilpailukyky ovat liiketoiminnan keskeisiä tavoitteita kaikissa menestykseen pyrkivissä yrityksissä. Mikä tahansa yritys voi digitalisaation avulla vauhdittaa kasvuaan, karsia kulujaan, parantaa toimintansa laatua ja tarjota parempaa asiakaskokemusta. (Ilmarinen& Koskela 2015.)

Suomi on yksi maailman kärkimaista julkisissa sähköisissä palveluissa. Digitalisaatiossa luodaan entistä paremmat ja luotettavammat palveluketjut hyvää elämää ja eri elämäntilanteita varten. Digitalisaatio haastaa kyseenalaistamaan olemassa olevat toimintatavat ja luomaan ne uudelleen entistä toimivammiksi ja joustavammiksi. Suomalaisilla on tutkitusti EU-maiden paras digiosaaminen. (valtiovarainministeriön www-sivut 2019.)

2.2.1 Digitalisaation mahdollisuudet ikäihmisten kodeissa

Erilaisten älyteknologiaratkaisujen tarvetta aiheuttavat kotona asuvien ikäihmisten yksinäisyys, turvallisuudesta huolehtiminen, kaatumisen ehkäisy ja sen havainnointi, päivittäisten toimien ja kotitöiden avustaminen, kommunikaatio iäkkään sekä omaisten tai hoitohenkilökunnan välillä, lääkkeiden otosta muistuttaminen sekä toimintakyvyn

ja liikkumisen muutoksien havaitseminen. Robotiikan ja yleisen tieto- ja viestintäteknikan on todettu vähentävän ikääntyneiden sosiaalista eristyneisyyttä sekä lisäävän liikuntaa ja sosiaalista kanssakäymistä. Tämä pitää sisällään mm. internetin peruskäytön, videopelit, henkilökohtaiset muistutukset ja chat-palvelut, sosiaaliset verkostositut, etälääketieteen teknologiat ja 3D-virtuaaliympäristöt. (Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena 2017, 25-27.)

Hyödyntämällä seuranta- ja mittausteknologiaa voidaan kehittää ratkaisuja, jotka seuraavat ikääntyneiden toimintakykyä ja sen muutoksia luontevasti tutussa kotiympäristössä. Mm. erilaisia liikkeen ja paineen tunnistimia voidaan käyttää asukkaan paikallistamiseen kodin eri tiloissa. Näiden käyttökustannukset ovat yleensä melko pienet. Haasteena voi olla kuitenkin iäkkään yksityisyyden tarve, joka tuottaa vaikeuksia hyväksyä kotona käytettävää älyteknologiaa. (Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena 2017, 29.)

Ikäihmisille suunnattua robotiikkaa ollaan kehittämässä ainakin Japanissa, missä on tiedostettu robotisaation hyöty hoiva- ja terveysalalla. Ikääntyneiden määrän kasvessa tarvitaan lähitulevaisuudessa huomattava määrä lisää hoitajia. Suunnitelmien mukaan tulevaisuuden robotit voivat mm. avustaa liikkumisessa, wc-käynneissä, nostoissa ja peseytymisessä. Puettava robotiikka avustaa esim. raajojen liikuttamisessa. Tällä hetkellä tällaista robotiikkaa on Japanissa käytössä ainoastaan ammattilaisilla esim. kuntoutuslaitoksissa ja sairaaloissa. Kotikäyttöisiäkin robotteja kuitenkin kehitellään. Kotikäyttöön saatavia robotteja on olemassa esim. Yhdysvalloissa, mutta niiden korkea hinta on esteenä yksityisasiakkaille. Euroopassa robottitekniologiaa on kehitetty erityisesti Tanskassa, mutta siellä niitä hyödynnetään toistaiseksi lähinnä ikääntyvien kognitiivisten kykyjen ylläpitäjänä erilaisten laitteiden ja pelien muodossa. (Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena 2017, 49-51.)

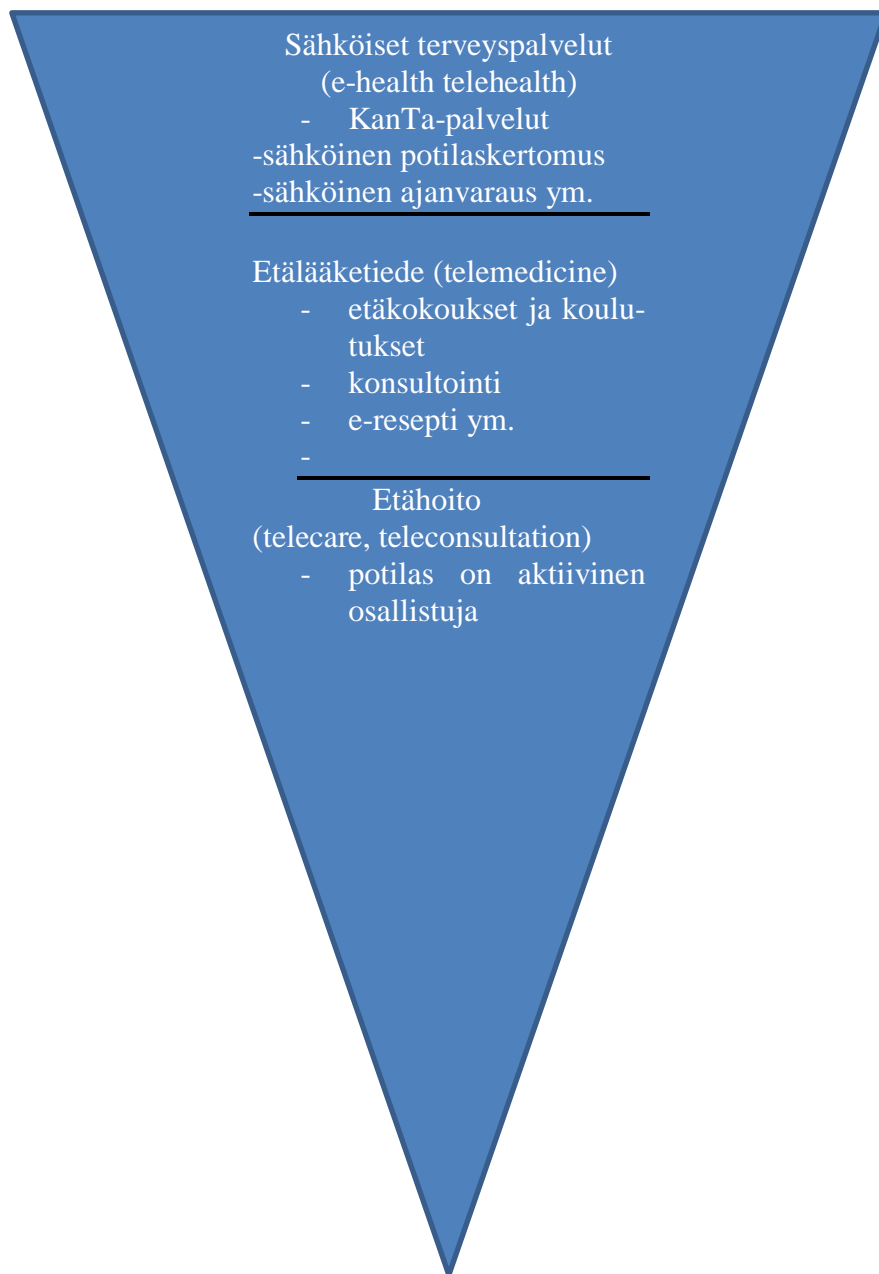
Suomessa ikääntyvien elämää helpottavia robotiikka- ja ICT-palveluratkaisuja kehitetään ja tutkitaan mm. VTT:n hankkeissa. Myös Helsingin yliopiston hankkeessa kehitetään järjestelmää, joka auttaa ikääntyneitä ja heidän hoitajiaan tunnistamaan paremmin tunnetilan muutoksia. Aalto-yliopistossa tutkitaan uusia lähestymistapoja älypuhelimien käyttöliittymien suunnitteluun, ikäihmisten tarpeet huomioiden. Ikääntyvien muistisairaiden kotona asumisen tukemiseksi tutkitaan teknologisia ratkaisuja IkäOte-

hankkeessa Itä-Suomen yliopistossa ja Karelia-ammattikorkeakoulussa. Myös Vanhustyön keskusliitossa on hankkeita, joissa luodaan uusia tapoja teknologian käyttöön asumisen tukena. (Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena 2017, 52-54.)

Kotihoidossa on kokeiltu mm. vuodeturvalaitetta, joka seuraa vuoteessa oloa, nukkumista, hengitystä ja pulssia. Laite koettiin hyödylliseksi ja säästi kotihoidolta turhia tarkistuskäyntejä. Kokeilun jälkeen asiakkaat eivät kuitenkaan halunneet käyttää laitetta pysyvästi, koska sen koettiin rajoittavan liikaa yksityisyyttä. Yksi hyödyllinen turvallisuutta lisäävä apuväline on paikannin, joka ilmoittaa ulos harhailemaan lähteneen muistisairaana sijainnin. Uudet paikantavat ja hyvinvointia seuraavat turvakelloratkaisut ovat ulkonäöltään normaaleja älykelloja muistuttavia. Ikääntyneen kodissa voidaan älypuhelinsovelluksilla ohjata monien kodin laitteiden toimintoja, esim. lie-den ja uunin käyttöä. Ihmiset eivät ole kuitenkaan tottuneet maksamaan tällaisesta kotiautomaatiosta ja mm. se on hidastanut ratkaisujen käyttöönottoa. Tulevaisuudessa koti tunnistaa asukkaansa ja luo sinne mm. sopivan lämpötilan ja valaistuksen arkias-kareiden ja liikkumisen mukaan. (Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumi-sen tukena 2017, 59-62, 83.)

2.3 Etäpalvelut terveydenhuollossa

Etähoito (telecare, teleconsultation) on osa etälääketiedettä (telemedicine), joka taas on osa sähköisiä terveyspalveluita (e-health, telehealth). Sähköiset terveyspalvelut pitävät sisällään mm. Kanta-palvelut, sähköisen potilaskertomuksen ja sähköisen ajan-varauksen. Etälääketiede sisältää mm. etäkokoukset ja koulutukset, etäkonsultoinnin sekä e-reseptin. Etähoidossa potilas itse on aktiivinen osallistuja. Osa etähoitoa on etä-kuntoutus, jossa hyödynnetään erilaista etäteknologiaa, mutta se on aina kuitenkin am-mattilaisen ohjaamaa. Yksi nopeasti kehittyvä etäkuntoutuksen apuväline on pelillis-täminen. Terveyspeleillä (Games for Health) voidaan motivoida kuntoutujaa kohti ase-tettuja tavoitteita. Sähköisten terveyspalvelujen sisältö on esitetty kuviossa 1. (Kuu-sisto 2016, 30-31.)



Kuvio 1. Sähköisten terveystalvelujen sisältö. (Kuusisto 2016, 30.)

Etäpalveluilla terveydenhuollossa tarkoitetaan sitä, että potilaan tutkiminen, diagnostiikka, tarkkailu, seuranta, hoitaminen, hoitoon liittyvät päätökset tai suositukset perustuvat esim. videon välityksellä verkossa tai älypuhelimella välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin. Etäpalvelun antajalla on oltava asianmukaiset tilat, laitteet ja yhteydet sekä toiminnan edellyttämä asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Etäpalveluissa potilastietojen välitykseen ja tallentamiseen käytettävien tietojärjestelmien on täytettävä salassapitoa, tietosuojaa sekä tietoturvaa koskevien säännösten vaatimukset.

Vastuu tietosuojasta ja tietoturvallisuudesta niin etäpalveluissa käytettävien yhteyksien kuin siinä syntyvien henkilötietojen käsittelyn osalta on palvelujen antajalla. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston www-sivut 2019.)

Etäterveydenhuollon palvelut tuovat helpotusta erityisesti alueille, missä on pitkät välimatkat. Sen avulla pystytään myös paremmin vastaamaan terveyspalveluiden lisääntyneeseen tarpeeseen ja palveluiden saatavuusongelmiin. Esimerkiksi etäkoulutusten järjestäminen mahdollistaa niihin osallistumisen pitkienkin matkojen takaa ja suuremmalle joukolle. Myös erikoislääkäreiden palvelut tulevat etävastaanoton kautta helpommin terveyskeskusten saataville. (Vuononvirta 2011, 64-67, 73.)

2.3.1 Etälääkäripalvelu ja etähoito

Etälääkäripalvelulla tarkoitetaan kliinisten lääkäripalveluiden tuottamista tai konsultointia etäteknologian välityksellä. Siinä hyödynnetään informaatio- ja viestintäteknologiaa yli maantieteellisten rajojen. Etäterveydenhuolto käsittää sekä etäteknologian että prosessin, jossa sitä hyödynnetään. (Vuononvirta 2011, 20-21.)

Yksinkertaisimmillaan etähoito tapahtuu puhelimitse, mutta sen rinnalla on nykyään laajassa käytössä myös videoteknologia. Puhelin onkin paljon käytetty neuvonnan ja etähoidon väline perusterveydenhuollossa. Toimenpiteistä etänä voidaan tehdä mm. verenpaineen mittausta, sydämen ja keuhkojen kuuntelu sekä tärykalvon tutkiminen. (Kuusisto 2016, 31.)

Lääkäriliiton suositusten mukaan etäterveydenhuollon palvelut toteutetaan esimerkiksi puhelimen, videovälitteisen internet-yhteyden, suojatun sähköpostiyhteyden, etämonitoroinnin tai välitettyjen kuvien kautta. Myös etälääketieteen keinoja käyttäessään lääkäri ottaa potilaasta ammatillisen vastuun. Etälääketieteen palvelut on aina järjestettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Niissä on pyrittävä tavanomaiseen yksilölliseen potilas-lääkärisuhteeseen, jonka tulee perustua luottamuksellisuuteen, molemminpuoliseen kunnioitukseen, lääkärin riippumattomuuteen ja potilaan autonomiaan. Myös etälääketieteen keinoja käytettäessä lääkärin ja potilaan on voitava luottavasti tunnistaa toisensa. Lääkäri voi antaa etälääketieteen palveluja potilaalle,

josta hänellä on riittävästi tietoa, jotta edellytykset oikeisiin ja perusteltuihin ratkaisuihin ovat olemassa. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Etälääketieteen keinoja käytettäessä on varmistettava tarvittavan välineistön ja ohjelmistojen riittävä laatu, toimintakunto ja tietosuojat, jotta potilasturvallisuus ei vaarannu. Myös käyttäessään etälääketieteen keinoja lääkärin tulee varmistua, että potilaan apuna on tarvittaessa riittävästi koulutettua henkilökuntaa, potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet ja potilaan jatkohoito on turvattu. Salassapitomääräyksiin ja tietosuojaan on kiinnitettävä erityistä huomiota etälääketiedettä käytettäessä. Myös etälääketieteen keinoja käytettäessä lääkärin tulee huolehtia potilasasiakirjojen asianmukaisesta laatimisesta ja muista STM:n asetuksessa potilasasiakirjoista säätämistä velvoitteista. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Mikäli yksityisellä palveluntuottajalla on yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukainen lupaviranomaisen myöntämä lupa vastaanotto toimintaan, se antaa mahdollisuuden tuottaa terveydenhuollon palveluja myös etäpalveluna. Etäpalveluja annettaessa on tärkeä huomioida, että etäpalveluun on oltava potilaan tietoinen suostumus. Terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava huolellisesti, soveltuuko annettava palvelu etäpalveluna toteutettavaksi. Yksilöllisesti on arvioitava, soveltuuko potilas hoidettavaksi etäyhteyden välityksellä. Potilaan tunnistamisen on perustuttava luotettavaan menetelmään. Etäpalvelusta on laadittava asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnät. Potilaalle on tarvittaessa varattava mahdollisuus henkilökohtaiseen vastaanottokäyntiin tai hänet tulee ohjata vastaanotolle muuhun hoitopaikkaan. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston www-sivut 2019.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut, että etänä annetut terveydenhuollon palvelut ovat pääsääntöisesti verrannollisia perinteisiin vastaanottokäynteihin. Videoyhteyden välityksellä annetuista sairaanhoidon palveluista on maksettu sairaanhoitokorvaus 1.3.2016 alkaen. Esimerkiksi lääkärin etävastaanotosta saa saman suuruisen korvauksen kuin tavanomaisella lääkärin vastaanotolla käymisestä. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2019.)

2.3.2 Etälääkäripalvelua käsitteleviä tutkimuksia

Etäterveydenhuoltoa ja etälääkäripalvelua on Suomessa tutkittu mm. Oulunkaaren verkostoterveyskeskus-hankkeessa sekä Puolangan kunnassa. Oulunkaareissa etäpalveluihin osallistui seitsemän eri terveyskeskusta tai –asemaa, erikoissairaanhoido, yliopisto ja monia eri alojen ammattilaisia. Hankkeessa kokeiltiin mm. diabetesetävastaanottoja, ortopedian ja psykiatrian etäkonsultointia, hoitajien etäkoulutusta sekä kuntoutuksen etäkonsultointia ja -neuvotteluja. Terveyskeskustyöntekijöiden näkemyksiä selvitettiin haastattelemalla heitä hankkeen aikana ja sen jälkeen. Puolangassa tutkittiin perinteisen terveyskeskuslääkärivastaanoton korvaamista etävastaanotolla, jossa hoitaja oli potilaan kanssa vastaanottotilassa lääkärin ollessa etäyhteyden päässä 100 km päässä Kajaanissa. Etälääkäripalvelusta tutkittiin siihen sopivia ja sopimattomia käyttötilanteita, kustannuksia sekä asiakkaiden ja hoitajien tyytyväisyyttä. Lisäksi on tutkittu puhelimen välityksellä tehtyä lääkärin työtä Neuvova puhelinlääkäri-numerossa, jossa aineistona oli 8 730 potilaspuhelua sekä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa ja Kanta-Hämeen keskussairaalassa neurologisen lähetepotilaan puhelimitse toteutetun etähoidon toimintaa. (Hyryn kangas-Järvenpää 2000; Kuusisto 2016, 37, Timonen 2004, 45; Vuononvirta 2011, 45.)

Tutkimusten mukaan etälääkäripalvelun hyötyjä asiakkaalle ovat hoitomahdollisuuksien paraneminen, hoidon saatavuuden ja hoidon tulosten paraneminen, hoitoprosessin sujuvuuden paraneminen ja matkustamisen väheneminen. Potilaat olivat yleensä melko tyytyväisiä etälääkäripalveluun ja siihen ettei tarvinnut matkustaa. Erityisesti kroonisten sairauksien vuoksi etävastaanotolla käyneet potilaat olivat tyytyväisempiä palveluun kuin perinteisellä vastaanotolla käyneet. Varmaa syytä tälle ei löydetty, mutta oletettiin sen johtuvan siitä, että etävastaanotolla on kaksi ammattilaista ja potilaalla on mahdollisuus tarkentaa epäselviksi jääneitä asioita hoitajalta. (Kuusisto 2016, 51-54; Timonen 2004, 82; Vuononvirta 2011, 60-61.)

Etäterveydenhuollon tilanteiden onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ammattilaisten teknologinen osaaminen sekä konsultoitavan lääkärin ammatillinen pätevyys. Potilaaseen liittyviä tekijöitä ovat mm. huono kuulo, monisairaus, käsin tehtävää tutkimusta vaativa sairaus kuten akuutti vatsakipu, dementoituminen tai ahdistuneisuus.

Näissä tilanteissa etäterveydenhuolto ei välttämättä tule kysymykseen. Prosessin näkökulmasta haastetta voi aiheuttaa yhteisen ajan löytyminen usealle eri ammattilaiselle samaan aikaan, esim. lääkärille ja hoitajalle. Etävastaanotto sisältää perinteistä vastaanottokäyntiä enemmän etukäteistyötä. Potilas saatetaan joutua myös lähettämään kuitenkin vastaanotolle, jos etävastaanotto ei riitä. (Timonen 2004, 84-85; Vuononvirta 2011, 62-63.)

Etäterveydenhuollon soveltuvuuden perustekijöitä ovat teknologian helppokäyttöisyys, toimivuus ja saavutettavuus, jotka vaikuttavat oleellisesti vuorovaikutuksen ja prosessien sujuvuuteen. Osa työntekijöistä kokee, että etäteknologia mahdollistaa riittävän hyvän vuorovaikutuksen, mutta osan mielestä vuorovaikutus jää selvästi heikommaksi kuin kasvokkain kohdatessa. Etävastaanotolla eleiden ja ilmeiden tulkitseminen on vaikeampaa ja puhutun viestinnän merkitys korostuu. Työntekijöiden kannalta merkittäväksi seikaksi nostettiin etäteknologiaan osallistumisen intensiivisyys ja sen aiheuttama väsyminen. Työntekijän täytyy tilanteessa keskittyä sekä tekniikkaan että vuorovaikutukseen useamman henkilön kanssa, esim. lääkäri, hoitaja ja potilas. Uuden palvelumuodon organisoinnissa tärkeäksi koettiin tiedottaminen, koulutus, riittävä resurssointi ja prosessien huolellinen järjestäminen (Timonen 2004, 63; Vuononvirta 2011, 63-64, 74)

Erityisiä kustannuksia etävastaanotossa muodostuu mm. tarvittavista laitteista ja koulutuksesta. Eniten kustannuksia aiheuttaa kuitenkin hoitajan työpanos, kun samaan aikaan tarvitaan sekä lääkäriä että hoitajaa. Lisäksi kaikkia etävastaanotolla olleita potilaita ei aina voidakaan hoitaa etänä, vaan he joutuvat kuitenkin vielä perinteiselle vastaanottokäynnille. Verrattaessa etävastaanoton kustannuksia perinteiseen terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiin, on sen todettu olevan 1,28 kertaa kalliimpi kuin tavallisen vastaanoton. (Timonen 2004, 73-76, 85-86.)

Lääkäri voi hyödyntää ammattitaitoaan hyvin myös puhelimesta. Neuvovassa puhelinlääkäripalvelussa 68 % kaikkien potilaiden ongelmista selvitettiin puhelinneuvonnalla, 11 % ohjattiin päivystysvastaanotolle ja 21 % ajanvarausvastaanotolle. Puhelinneuvonnalla voidaan saada kustannussäästöjä terveydenhuoltoon silloin, kun se korvaa lääkärin päivystys- tai vastaanottokäyntejä. (Hyrynkangas-Järvenpää 2000.)

Etäterveydenhuollon käyttöönotossa keskeistä on sen soveltuvuus kontekstiinsa. Käytönnoton onnistumiselle on organisaatiolla ja sen johdolla suuri merkitys. Käyttöönotto ja toiminnan muuttuminen säännölliseksi toimintamalliksi vaatii huolellista ja pitkäjänteistä organisointia. Siksi ensisijainen käytön vakiintumiseen liittyvä tekijä on organisaatiossa koettu tarve sen käytölle. Jos teknologiaa hyödynnetään kahden eri organisaation välisessä yhteistyössä, täytyy tämä tarve ja resurssit toiminnan organisointiin olla molemmissa organisaatioissa. Myös etäterveydenhuoltoprosessien pysyvyys ja säännöllisyys vaikuttavat onnistumiseen, esim. etähoitoa toteuttavien lääkäreiden pysyessä samoina tulevat etähoitoprosessit osaksi arkirutiineja. (Vuononvirta 2011, 78, 83.)

2.3.3 Etähoito kotihoidossa

Suomessa hoitajien toteuttamaa etähoitoa kotihoidossa on käytössä ainakin Helsingissä, Tampereella ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Eksotessa. Eksotessa etähoidon mahdollistavia laitteita on käytössä 230 asiakkaalla ja tulevaisuudessa määrää aiotaan lisätä. Helsingin kaupungissa etähoito aloitettiin vuonna 2014. Vuonna 2017 etähoidon piirissä oli n. 600 asiakasta kuukaudessa ja etähoitokäyntejä tehtiin n. 18 000 kpl kuukaudessa. Etähoitokäynnit toteutuvat kaksisuuntaisesti sekä kuva- että äänivälitteisesti. Etähoitokäynneillä voidaan osittain korvata perinteiset fyysiset käynnit ja niitä voidaan tehdä mihin vuorokauden aikaan tahansa. Etähoitona voidaan toteuttaa mm. valvottu lääkkeenotto, lääkkeen oton, ruokailun tai hygienian hoidon muistutus, voiminnan seuranta ja ylipäättään arjen tukea. Varsinaisen etähoidon lisäksi etäyhteytenä voidaan toteuttaa mm. etäkuntoutusta tai -muistikuntoutusta, etälääkäripalvelua, etäpäivätoimintaa, etäpsykososiaalisia ryhmiä tai etäryhmäruokailuryhmiä. Palveluiden toteuttaminen etänä parantaa niiden saatavuutta ja esim. etäkuntoutuksen on todettu parantaneen päivittäisissä toimissa pärjäämistä sekä lisänneen sosiaalisia kontakteja ja vuorovaikutusta toisten kanssa. (Sandelin 2017; Sormunen 2019; Tampereen kaupungin www-sivut 2019.)

Helsingin kotihoidossa kotihoidon hoitaja tekee työvuoronsa aikana perinteisiä kotikäyntejä keskimäärin 15 kappaletta. Virtuaalihoitaja voi hoitaa vuoronsa aikana noin

50-60 käyntiä. Kotihoidon fyysisen käynnin keskimääräinen hinta on 43 € ja virtuaalikäynnin hinta 5,60 €. Käyntitavan muuttaminen perinteisestä virtuaaliseksi kerryttää säästöä n. 9 milj. € vuodessa. Lisäksi ajokilometrejä säästetään n. 90 000 km kuukaudessa. (Sandelin 2017.)

Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia etähoidosta on myös tutkittu. Asiakkaat toivovat etähoitajilta kokemusta ja sairaanhoidollista asiantuntemusta. Heiltä toivotaan aitoa kiinnostusta, kuuntelua ja keskustelua. Asiakkaalle täytyisi olla etähoitotilanteessa riittävästi aikaa. Lisäksi toivotaan, että hoitaja esittelisi itsensä tai että näyttöruudulla näkyisi hoitajan nimi. Yhteydenottoajat täytyisi olla asiakkaalla etukäteen tiedossa, että tietäisi olla laitteen lähellä. Hoidon jatkuvuuden pitäisi toimia, eli etähoitajalla pitäisi olla tiedossa, mitä aiemmin on keskusteltu. Asiakkaat toivoivat myös, että he itse voisivat tarvittaessa ottaa yhteyden laitteella hoitajiin. Laitteessa voisi olla myös valikko, josta voisi valita erilaisia palveluja. Tekniikan pitäisi olla toimivaa ja näköyhteyden hyvä. (Vaarala 2016, 50-51.)

Etähoitotyöstä on laadittu Vanhustyön Keskusliiton julkaisema opas ammattilaisille. Kuvavälitteisen yhteyden kautta hoitaja on vieraana toisen ihmisen kodissa ja toimintaa ohjaavat kaikki samat eettiset periaatteet kuin kotikäynnillä. Etähoidon onnistuminen perustuu hyvään vuorovaikutukseen, johon kuuluvat selkeys, ymmärrettävyys, vastavuoroisuus ja yhdenvertaisuus. Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja lyhyenkin kontaktin tavoitteena on kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen. Tärkeää on myös, että asiakas ymmärtää selkeästi, kun etäyhteys loppuu. Yllättävien yhteyden katkeamisten varalle on hyvä olla sovittuna asiakkaan kanssa, kuinka tilanteessa toimitaan. (Rantee 2016, 6-9.)

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on kartoittaa sekä digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa että olemassa olevia etälääkäripalvelukäytäntöjä. Tarkoituksena

on myös selvittää Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelun hoitajien näkemyksiä ja toiveita etälääkäripalvelusta.

Kehittämistehtävän tavoitteena on kehittää Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelun asiakkaiden käyttöön toimiva etälääkäripalvelu. Näin asiakkaiden lääkäriin pääsy helpottuu ja palvelu on entistä laadukkaampaa. Palvelun kehittämisen myötä tavoitteena on saada kotihoitoa ajanmukaisemmaksi, hoitajien työskentelyä helpommaksi ja tehokkaammaksi sekä palvelusta asiakkaalle entistä monipuolisempaa, vaikuttavampaa ja haluttavampaa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Mitkä tekijät ovat oleellisia etälääkäripalvelun toimivuudessa?
- Mitkä ovat hoitajien odotukset etälääkäripalvelun suhteen?
- Millainen on toimiva etälääkäripalvelu Diakonialaitoksen kotihoitopalvelussa?

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Kehittämistehtävä toteutetaan Länsi-Suomen Diakonialaitoksen kotihoitopalveluissa. Länsi-Suomen Diakonialaitos on kristilliseltä arvopohjalta toimiva yhteisö, joka vastaa monipuolisesti eri väestöryhmien hyvinvointipalvelujen tarpeeseen. Avaintehtävinä on tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja eri väestöryhmille, erityisesti ikääntyneiden ihmisten tarpeisiin, pitää yllä liikeyrityksen periaattein toimivaa PDL-Palvelut Oy:tä, tukea sosiaali- ja terveystieteiden koulutusta diakonia-ammattikorkeakoulun (DIAK) kautta sekä etsiä uusia avuntarvitsijaryhmiä, nostaa heidän tarpeensa tietoisuuteen ja kehittää uusia palveluita. PDL-Palvelut Oy:n tulosta käytetään Diakonialaitoksen toiminnan kehittämiseen. (Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut 2016.)

Diakonialaitoksella tarjottavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ovat kotihoito, tehostettu palveluasuminen, kuntoutus- ja fysioterapiapalvelut, lääkäripalvelut, sosiaalitoimikijän neuvontapalvelut sekä hoitopalvelut, joihin kuuluu sotaveteraanien

hoito sekä saattohoito. Lisäksi tarjotaan siivouspalveluita sekä yksityis- että yritysasiakkaille, lounas- ja juhlapalveluja sekä hautauspalveluja. Siivous- ja ateriapalvelut ovat myös kotihoidon tukipalveluja.

PDL-Palvelut Oy:n alainen Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelu tuottaa perus-, sairaan- ja kodinhoidollisia sekä tuki- ja turvapalveluja viikon jokaisena päivänä asiakkaan tarpeiden mukaan. Kotihoitopalvelulla on toimipisteet Porissa ja Raumalla ja palveluita tarjotaan myös näiden lähikuntiin. Kotihoitoon kuuluu asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioiminen ja se pitää sisällään mm. henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista, pukeutumisesta, ruokailuissa ja lääkkeiden otossa avustamista, erilaisia hoitotoimenpiteitä, ulkoilua ja asiakkaan kanssa tai puolesta asiointia. Turvapalveluihin kuuluu Diakonialaitoksen asuinkerrostalojen asukkaiden turvapuhelinhälytyksiin vastaaminen arkisin klo 8-15. Kotihoitopalveluista tehdään vuodessa yhteensä n. 26 000 kotikäyntiä. Säännöllisiä asiakkaita on kuukausittain n. 100. Asiakkaat ovat pääosin omissa kodeissaan asuvia ikäihmisiä, mutta myös vammaisia ja lapsiperheitä.

Porin kotihoitopalvelussa työskentelee kaksi sairaanhoitajaa, seitsemän lähihoitajaa ja yksi kodinhoitaja. Kahdella lähihoitajalla on myös jalkojenhoidon ammattitutkinto. Raumalla työskentelee yksi sairaanhoitaja yksikön vastaavana hoitajana, kymmenen lähihoitajaa ja yksi kotiavustaja/ laitoshuoltaja. Yhdellä lähihoitajalla on myös jalkojenhoidon ammattitutkinto. Työskentelen itse sekä Porin että Rauman kotihoitopalveluyksiköiden toiminnasta vastaavana kotihoitopalveluiden päällikkönä, ja päätoimipisteeni on Porin yksikössä.

Kotihoitopalvelun asiakkaiden lääketieteellisestä hoidosta vastaavat heidän omat lääkärinsä joko terveyskeskuksessa tai yksityisellä puolella. Kotihoitopalvelun hoitajat ovat tarvittaessa yhteydessä hoitavaan tahoon joko puhelimitse tai turvasähköpostilla. Omassa organisaatiossa Diakonialaitoksella toimii myös omalääkäripalvelu. Siellä työskentelee kolme geriatria sekä yksi yleislääkäri. Lääkärit pitävät vastaanottoa Porissa ja tekevät tarvittaessa myös kotikäyntejä. Geriatriin vastaanottoajat ovat pääsääntöisesti ei-kiireellisiä, mutta vanhojen asiakkaiden osalta hoidetaan myös kiireellisiä asioita. Porin Kotihoitopalvelun asiakkaita suositellaan käyttämään Diakonialaitoksen

lääkäripalveluja, koska ne ovat helposti saatavilla ja hoitajien yhteistyö sinne on helppoa ja luontevaa. Terveyskeskuslääkärien kanssa tehtävä yhteistyö on hitaampaa ja hoitajien aikaa vievää, kun asioiden hoitumista joudutaan odottamaan ja soittamaan mahdollisesti moneen kertaan.

Porissa toimii myös perusturvan ylläpitämä mobiililääkäripalvelu, johon hoitajat voivat ottaa yhteyttä akuuteissa tilanteissa soittamalla joko mobiilihoitajalle tai suoraan mobiililääkärille. Lääkäri tekee tilannearvion joko puhelinkeskustelun perusteella tai tulee tarvittaessa kotikäynnille. Palvelu on käytettävissä arkisin klo 8-21 ja on tarkoitettu akuutteihin tilanteisiin, joissa ei kuitenkaan ole tarvetta välittömälle sairaalahoidolle. Mobiililääkärin kautta ei voi hoitaa ei-kiireellisiä asioita.

Raumalla ei ole käytettävissä mobiililääkäripalvelua. Kiireellisissä lääkärin konsultointia vaativissa tilanteissa soitetaan päivystykseen tai hätänumeroon. Jotkut asiakkaat ovat myös kunnallisen kotisairaanhoidon tai kotisairaalan asiakkaita, ja heidän osaltaan saadaan tarvittaessa neuvoja sitä kautta. Julkisen puolen ei-kiireellisiä lääkäriaikoja on vaikea saada sekä Porissa että Raumalla, jonotusajat ovat pitkät.

Tämän kehittämistehtävän aikana kotihoitopalvelussa otettiin käyttöön sähköinen asiakastietojärjestelmä Fastroin Hilikka. Käyttöönotto tapahtui Porin yksikössä syksyllä 2016 ja Raumalla keväällä 2017. Uuden järjestelmän myötä kaikille hoitajille tuli työvuoron ajaksi käyttöön älypuhelimet, josta näkyvät omat päivän työt ja asiakkaiden tiedot. Jokainen hoitaja kuittaa asiakaskäynnit tehdyksi puhelimella, josta ne siirtyvät laskutukseen ja tilastointiin. Kaikki käynnit myös kirjataan puhelimella rakenteista kirjaamista noudattaen. Seuraavaa käyntiä varten pystyy tekemään huomion esim. tarvittavista hoitotarvikkeista. Aluksi puhelimessa näkyivät vain asiakkaan perustiedot, käyntien ajankohdat ja tärkeimmät käynnilä huomioitavat tehtävät/asiat sekä edellisten käyntien kirjaukset. Pikkuhiljaa järjestelmään lisättiin tietoja, jolloin sieltä pystyy asiakkaan luona ollessa tarkistamaan mm. hoito- ja palvelusuunnitelman sekä lääketystietoja. Sähköinen, mobiilissa toimiva asiakastietojärjestelmä on yksi iso digitalisaation mahdollistama asia, joka tehostaa kotihoidon toimintaa ja parantaa asiakasturvallisuutta hoidon jatkuvuutta turvaamalla.

Hilkka-asiakastietojärjestelmä on otettu asteittain käyttöön Diakonialaitoksella ja esimerkiksi lääkäripalveluissa se ei ole vielä käytössä, johtuen Kanta-toiminnallisuuden ja e-reseptin kehittämisen viivästyimisestä. Lääkärit eivät kirjaa Hilkkaan, mutta käyttävät sitä asiakastietojen tarkasteluun mm. saattohoidossa ja kuntoutuspalveluissa. Tavoitteena on saada järjestelmä käyttöön myös lääkäripalveluissa vielä vuoden 2019 aikana.

Kehittämistehtävän edetessä Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutettiin myös organisaatiomuutos. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavat yksiköt yhdistyivät yhdeksi sosiaali- ja terveystieteiden toimialaksi, joita johtaa sosiaali- ja terveystieteiden toimialan johtaja. Organisaatiomuutos astui voimaan 1.4.2019. Muutoksen tavoitteena on entisestään lisätä ja helpottaa yhteistyötä eri yksiköiden kesken ja tuoda synergiaetuja mm. henkilöstön käytettävyyteen, palveluiden markkinointiin ja hallintaan. Etälääkäripalvelun kehittäminen ja käyttöönotto kotihoitopalveluissa on ensimmäinen konkreettinen yhteistyön kehittämisen tulos organisaatiomuutoksessa.

5 KEHITTÄMISMENETELMÄ

Kehittämistehtävässä käytetään ja sovelletaan konstruktivistista tutkimusmenetelmää. Konstruktivistinen tutkimusote on innovatiivisia konstruktoita tuottava metodologia, jolla pyritään ratkaisemaan reaali maailman ongelmia. Tutkimusotteen ydinkäsite on konstrukto, jolla on loputon määrä erilaisia toteutusvaihtoehtoja. Konstruktivistinen tutkimusote keskittyy tosielämän ongelmiin, joiden ratkaiseminen koetaan käytännössä tarpeelliseksi. Tutkimus tuottaa innovatiivisen konstruktion, joka on tarkoitettu ratkaisemaan alkuperäinen ongelma. Tutkimuksen toteutus merkitsee tutkijan ja käytännön edustajien läheistä tiimimäistä yhteistyötä. Tutkimus on kytketty olemassa olevaan teoreettiseen tietämykseen ja se kiinnittää erityistä huomiota empiiristen löydösten reflektointiin takaisin teoriaan. (Lukka 2001.)

Konstruktiivisessa tutkimuksessa haetaan ratkaisua ongelmaan ja pyritään poistamaan se. Tutkimuksessa pyritään muutokseen. Olemassa oleva ongelma ratkaistaan konstruktiolla eli mallin, kuvion, suunnitelman, organisaation tai koneen rakentamisen avulla. Konstruktiivinen tutkimus kytkeytyy aikaisempaan teoriaan, kirjallisuuteen ja tutkimukseen aiheesta. Ratkaisun pitää olla uusi ja myös sen toimivuus täytyy osoittaa. Tutkija toimii itse mukana muutoksessa ja opastaa muita kohteena olevia henkilöitä muutosprosessin toteuttamisessa. Konstruktion tulokset kytetään aikaisempaan tutkimustietämykseen kyseisestä aiheesta. (Kananen 2017, 14-15.)

Konstruktiiviseen tutkimukseen sopivat kaikenlaiset aineistonkeruumenetelmät. Pääsääntöisesti käytetään laadullisen tutkimuksen menetelmiä, havainnointia ja haastatteluja, mutta myös kvantitatiivisen tutkimuksen kyselyjä voidaan käyttää. Tavoitteena on syvällisen ymmärryksen saaminen tutkimusongelmasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. (Kananen 2017, 21, 43.)

Organisaatiota kehitettäessä ratkaisujen pohjaksi on hyvä selvittää ja arvioida olemassa olevia hyviä käytäntöjä. Näin voidaan jo tehdystä kehitystyöstä poimia parhaat ideat ja kehittää niitä omaan toimintaan sopivaksi sekä välttää turhaa työtä ja keskittyä olennaiseen eli ratkaisun kehittämiseen oman organisaation näkökulmasta. Hyvien käytäntöjen selvittämisessä kannattaa hyödyntää sekundäärisiä tietolähteitä kuten internetiä ja erilaisia artikkeleita sekä primäärisiä tietolähteitä kuten vierailuja ja henkilöhaastatteluja. Näin saadaan aikaiseksi kattava näkemys nykytilasta ja olemassa olevista ratkaisuista. Oman organisaation ratkaisuja on hyvä kehittää erilaisissa työryhmissä. Uudet toimintamallit kuvataan muun muassa toiminnan sisällön ja prosessin näkökulmasta. Lisäksi on laadittava tarpeelliset ohjeistukset henkilöstölle ja muille sidosryhmille. Ennen uusien toimintamallien käyttöönottoa henkilöstöä täytyy sekä tiedottaa että kouluttaa aiheeseen liittyen. Näin varmistetaan henkilöstön sitoutuminen ja ymmärrys uuden toiminnan tärkeydestä. Ratkaisujen käyttöönotosta tulee tiedottaa myös sidosryhmiä. (Kotihoito 2020, 12-15.)

5.1 Aineistonkeruumenetelmät

Tässä kehittämistehtävässä aineistonkeruumenetelminä käytetään benchmarkingia ja ryhmähaastatteluja. Etälääkäripalvelun toimintamuotoja selvitetään benchmarking-käynneillä. Kotihoidon hoitajien toiveita ja odotuksia selvitetään haastattelemalla. Yhteisen työryhmän kanssa ideoidaan palvelun toteutusta omassa organisaatiossa ja mallinnetaan etälääkäripalvelu Diakonialaitoksen kotihoitopalveluun.

Benchmarkingin perustana on kiinnostus toisten toimijoiden tapaan toimia ja menestyä. Menetelmän avulla pyritään ottamaan käyttöön muualla hyväksi havaittuja toimintatapoja. Benchmarkingissa pitää ensin tehdä hyvä pohjatyo aihealueen suhteen, jotta tiedetään mitä asioita oman kehittämiskohteen kannalta pitää selvittää. Kehitettävälle kohteelle etsitään vertailukohteet eli organisaatiot, joilla kyseinen asia onnistuu hyvin. Tämän tiedon hankintaan on hyvä käyttää aluksi internetiä. Benchmarking-vierailu on järjestelmällinen oppimistapa. Sen tueksi on hyvä suunnitella lista havainnoitavista ja kysyttävistä asioista. Vierailun jälkeen tuloksia tulkitaan kriittisesti ja luovasti ja niitä sovelletaan oman organisaation yhteyteen. Tärkeää on oivaltaa, miten opittuja asioita voidaan soveltaa omaan toimintaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014: 186.)

Benchmarking-toiminta voi olla hyödyllistä yrityksen kilpailuaseman parantamiselle. Tietoisuus kilpailijoiden olemassaolosta ja näiden innovaatioista usein edistää yrityksen kehittämishalukkuutta. Samalla organisaatio tulee paremmin tietoiseksi omasta asemastaan kilpailijoihin nähden. Benchmarkingissa tulee usein esille myös sellaista uutta tietoa, jota ei pystytä ennakoimaan ja tähänkin on hyvä varautua. Benchmarkingissa pitää huomioida myös toiminnan eettisyys. Tekemisissä ollaan mahdollisesti kilpailevien organisaatioiden ja näiden yrityssalaisuuksien kanssa. Tietojen salassapidosta täytyy muistaa sopia asianmukaisella tavalla. Myös toiminnan laillisuus täytyy varmistaa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014: 186.)

Teemahaastattelu sopii myös konstruktiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi. Se sopii hyvin tilanteisiin, joissa aihepiiristä ei ole paljoa tietoa tai se on epä-määräistä. Teemahaastatteluun kuuluu tutkijan ja tutkittavan välinen vuoropuhelu.

Ryhmähaastattelussa on useita osallistujia. Ryhmähaastattelun etuna on se, että ryhmän eri jäsenten näkemykset vievät käsiteltäviä asioita uusille tasoille. Sen avulla saadaan myös esille yhteisöjen tai käyttäjien yhteisiä tarpeita. Osallistujille se tarjoaa mahdollisuuden vertailla kokemuksiaan käsiteltävästä aiheesta. Haastattelijan/ ryhmän vetäjän tehtävänä on ohjata keskustelua. Hän varmistaa, että kiinnostuksen kohteena olevat aihepiirit käydään läpi. Haastattelussa on hyvä käyttää tukena teemalistaa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014: 111-112; Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun: 10; Kananen 2017, 49-50.)

Ryhmähaastattelumenetelmässä on aluksi määritettävä, mitä tietoa halutaan saada ja mitkä ovat haastattelun tavoitteet. Seuraavaksi arvioidaan, millaiset henkilöt ovat hyödyllisiä tavoitteiden saavuttamisen kannalta ja minkä tyyppisiä osallistujia ryhmään halutaan. Jos halutaan erilaisia näkökulmia, on osallistujien hyvä olla erilaisista taustoista ja ikäryhmistä. On myös pohdittava, soveltuvatko kyseessä olevat henkilöt samaan ryhmään keskustelemaan muiden kanssa ja millä perusteilla tietyn tyyppisiä henkilöitä valitaan ryhmään. Riittääkö valintakriteeriksi se, että on tekemisissä ko. asian kanssa vai vaaditaanko myös esim. joku tietty määrä kokemusta asiasta. Ryhmät voivat olla esim. työntekijöistä koostuvia, johdosta koostuvia tai sekaryhmiä, jotka käsittelevät sekä johdon että työntekijöiden edustajia. Pelkästään yrityksen edustajista koostuvat ryhmät ovat sisäisiä fokusryhmiä, ulkoiseen fokusryhmään valitaan esimerkiksi asiakkaita ja yhteistyökumppaneita. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014:112; Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun: 10.)

Yleensä keskustelut nauhoitetaan ja litteroidaan jälkikäteen. Litteroinnissa nauhoitettu aineisto kirjoitetaan puhtaaksi. Aineiston hyödyntämisen tavasta riippuu, kirjoitetaanko teksti puhe- vai kirjakielen mukaiseksi. Jos ollaan kiinnostuneita vain esiin tulleista asioista, teksti voi olla yleiskielistä. Jos myös sanoilla ja sanavalinnoilla on merkitystä, on litterointi tehtävä sanatarkasti käytetyllä kielellä. Lopuksi vetäjä tekee tulkinnat käydystä keskustelusta. Tulkinnaa tutkija tuo kohdeilmiöstä esiin jotain uutta ja tuottaa johtopäätöksiä. Aineisto on hyvä käydä läpi mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, koska silloin tieto on vielä hyvin haastattelijan muistissa. Analysoinnin pohjalta voidaan myös muokata tulevia haastatteluja. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014: 76, 110-112, 143.)

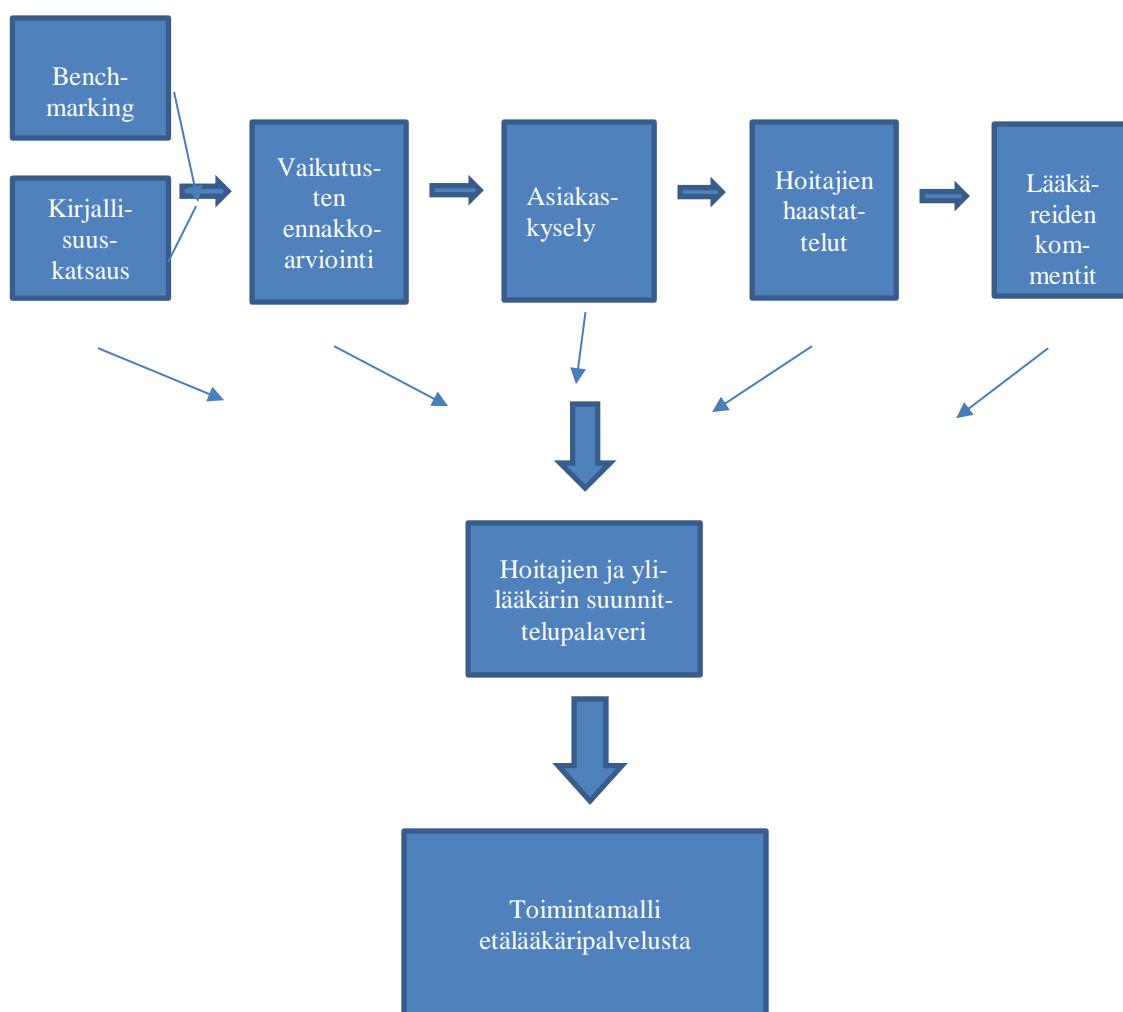
6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Kehittämistehtävä toteutettiin konstruktivistisella tutkimusotella soveltaen. Etälääkäripalvelun toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä selvitettiin tutustumalla muiden organisaatioiden etälääkärikäytäntöihin benchmarking-käynneillä ja haastatteluin. Etälääkäripalvelua käyttäviä organisaatioita etsittiin internetin välityksellä ja kokemustiedon pohjalta. Benchmarkingin kohteeksi valikoitui kolme maantieteellisesti melko lähellä olevaa organisaatiota, joihin oli helppo käydä tutustumassa lyhyen etäisyyden vuoksi. Näin vältettiin myös matkoihin kuluva ajanhukkaa. Ensimmäinen tutustumiskohde oli Porin perusturva, jossa näkökulma oli omassa organisaatiossa etäpalvelua toteuttavan lääkärin. Toinen vierailukohde oli Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän kotisairaanhoidon, jossa haastateltiin ulkopuolisen yrityksen kanssa etälääkäriyhteistyötä tekeviä sairaanhoitajia. Kolmas benchmarking-kohde oli Turussa sijaitseva etälääkäripalvelua tuottava yritys.

Kirjallisuuden perehtymisen sekä benchmarkingvierailuiden ja haastatteluiden pohjalta tehtiin vaikutusten ennakkoarviointi etälääkäripalvelun käyttöönotosta Diakonialaitoksen kotihoitopalvelussa. Ennakkoarvioinnissa kuvattiin kolme eri vaihtoehtoa, joista ensimmäisessä lääkäripalvelu toteutettaisiin sisäisesti oman organisaation lääkäreiden kautta, toisessa vaihtoehdossa ostopalveluna ulkopuoliselta yritykseltä tai vaihtoehto 0, jossa etälääkäripalvelua ei toteutettaisi ollenkaan. Ennakkoarvioinnin pohjalta päätettiin jatkaa etälääkäripalvelun käyttöönoton työstämistä organisaation omien lääkäreiden kautta. Ylilääkäri selvitteli etädiagnosointiin sopivan välineistön hankintamahdollisuuksia. Syksyllä 2018 organisaation toimitusjohtaja teki päätöksen, että etädiagnostiikkavälineistöä ei vielä hankita. Nykyisellä kotihoidon asiakasvolyymillä laitteiston käyttöönotto ei olisi kannattavaa. Organisaatiossa oli tiedossa myös mittavat tietohallinnon järjestelmiin tulossa olevat uudistukset eikä samanaikaisesti olisi resursseja kaikkiin uudistusten toteuttamiseen. Kotihoidon lääkäripalvelun kehittämistä päätettiin jatkaa siitä huolimatta, puhelinvälitteisesti toimivana etälääkäripalveluna.

Asiakkaiden halukkuutta etälääkäripalvelun käyttöön kartoitettiin kirjallisen kyselyn avulla. Kotihoitopalvelun hoitajien toiveita ja odotuksia etälääkäripalveluun liittyen

selvitettiin ryhmähaastatteluin. Hoitajien haastatteluista kerätty kooste lähetettiin sähköpostitse Diakonialaitoksen ylilääkärille, joka käsitteli asiaa yhdessä muiden lääkäreiden kanssa. Tämän jälkeen Porin ja Rauman kotihoitopalveluyksiköiden kaksi sairaanhoitajaa sekä ylilääkäri ja kotihoitopalveluiden päällikkö kokoontuivat yhdessä suunnittelemaan palvelua. Palaverin jälkeen kirjoitin siinä käsitellyistä asioista yhteenvedon, jonka lähetin sähköpostitse kaikille osallistujille. Lisäselvityksiä vaatineet asiat tiedotettiin toisille sähköpostiringin kautta. Lopulta muodostettiin yhteisesti hyväksytty toimintamalli Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelun etälääkäripalvelusta. Palvelun kehittämisen prosessi on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Etälääkäripalvelun kehittämisen prosessi.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Etälääkäripalvelun toimivuuteen vaikuttavat tekijät

Olemassa olevia etälääkärikäytäntöjä ja niiden toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä selvitettiin tutustumalla etälääkäripalvelua käyttäviin organisaatioihin benchmarking-käynneillä ja haastatteluin. Porin perusturvan mobiilitoimintaan pyrittiin sopimaan vierailukäynti, mutta lopulta vastaukset kiinnostaviin kysymyksiin saatiin ylilääkäriltä puhelimitse haastatellen ja sähköpostin välityksellä. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä käytiin haastattelemassa kolme kotisairaanhoidajaa. Näissä haastatteluissa käytetyt kysymykset on esitetty liitteessä 1. Lisäksi käytiin tutustumassa yksityiseen etälääkäripalvelun tuottajaan.

7.1.1 Porin perusturvan malli

Porin perusturvan mobiilihoitajilla ja -lääkäreillä on käytössään VideoVisit virtuaalihoivapalvelu. Siinä sairaanhoitajat voivat ottaa potilaan kotoa tabletilla yhteyden lääkäriin. Sairanhoitajat tekevät tarvittavat mittaukset ja lääkärin pyytämät tutkimukset, jolloin diagnosointi voidaan suurimmassa osassa tapauksista tehdä videoyhteyden avulla. (Lääkäripalvelut kotiin videoyhteydellä, Visio - parempi huominen - hoivatyön tulevaisuus -julkaisu 2016, 6. Viitattu 26.9.2017.)

Kokenut hoitaja pystyy tekemään kokeneen lääkärin ohjauksessa esim. neurologisen tutkimuksen ja lääkäri näkee videoyhteyden avulla mm. miten potilas hengittää ja puhuu. Tällöin lääkärin fyysinen läsnäolo ei toisi juurikaan lisäarvoa. Akuutteja potilastapauksia on pystytty hoitamaan enemmän, koska lääkäreiden kotikäyntimahdollisuus on rajallista. Kuvayhteyden saaminen lääkäriin tuo myös varmuutta hoitajalle. Laskelmia kustannusvaikutuksista ei ole tehty, mutta säästöä oletetaan syntyvän siitä, että potilaita ei tarvitse lähettää päivystykseen. Etäyhteyden toimivuudessa on joskus ongelmia verkkoyhteyksistä johtuen, tätä ei ole kuitenkaan koettu suurena ongelmana. VideoVisit-laitteita on myös helppo käyttää. Suurin haaste palvelun käytössä on am-

mattilaisten asenne, videoyhteyden ottaminen pitäisi saada yhtä rutiininomaiseksi toiminnaksi kuin esim. verenpaineen mittaaminen. (Lähteenmäki K., henkilökohtainen tiedonanto 13.9.2017.)

7.1.2 Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän malli

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän kotisairaanhoitajilla on etälääkäripalvelu käytössä ilman kuvayhteyttä lääkäriin. Sairaanhoitajilla on kerran viikossa ennakkoon sovittu konsultaatioaika Trinitas Lääkäripalvelut Oy:n geriatriin kanssa ja konsultaatio tapahtuu puhelimitse. Konsultaatioajan lisäksi sairaanhoitajat voivat muiden aikoina tarvittaessa olla yhteydessä Trinitaksen henkilökuntaan, joko keskustella asiakkaan tilanteesta suoraan lääkärin kanssa tai välittää lääkärille viestiä yrityksen sairaanhoitajan kautta.

Kotisairaanhoidon sairaanhoitajat kokevat etälääkäripalvelun toimivan hyvin. Konsultaatioajat toteutuvat pääsääntöisesti kuten on sovittu, eikä sairaanhoitajilta mene turhaa työaika ns. lääkärille jonottamiseen. Lääkäri on pääsääntöisesti aina sama, lääkärivaihtuvuutta on korkeintaan kahden eri lääkärin verran. Näin lääkäri tuntee asiakkaat hyvin, eikä sairaanhoitajilta menee aikaa jokaisen asiakkaan taustatietojen selvittämisessä. Etälääkäripalvelua käyttävät myös Kokemäellä intervalliosaston sairaanhoitajat. Näin hoidon jatkuvuus kotona asuvien asiakkaiden kohdalla turvataan, vaikka asiakas olisi välillä intervallihoidossa.

Sairaanhoitajat pitävät tärkeinä lääkärin kokeneisuutta sekä erikoistumista geriatriaan. He ovat kokemusten myötä todenneet, että kokenut ja ikäihmisiin erikoistunut lääkäri tekee oikean diagnoosin nopeammin pelkän puhelinyhteyden avulla kuin monet terveyskeskuksen yleislääkärit. Hyvin harvoin asiakas on mennyt etälääkärikonsultaation jälkeen perinteiselle lääkärin vastaanotolle ja näissäkin tilanteissa asiakas on yleensä itse välttämättä halunnut varata ajan terveysasemalta. Trinitas Lääkäripalvelut Oy:n kanssa hyvään yhteistyöhön vaikuttaa myös se, että yrityksen perustanut geriatri sekä yrityksessä työskentelevä sairaanhoitaja ovat työskennelleet aiemmin Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän palveluksessa. Myös lääkärin hyvä tavoitettavuus ja joustavat työajat mahdollistavat asiakkaiden nopean avunsaannin.

Koska etäyhteys tapahtuu puhelimen välityksellä ei palvelun aloittaminen vaadi suuria hankintoja. Trinitas Lääkäripalvelu Oy:n geriatreille on mahdollistettu sähköinen yhteys kuntayhtymän potilastietojärjestelmään ja he pääsevät tarkastelemaan kotisairaanhoidon asiakkaista tehtyjä kirjauksia, kirjaamaan jatkohoito-ohjeet suoraan potilastietojärjestelmään sekä tekemään reseptien uusinnat ja esim. laboratoriolähetteet suoraan järjestelmän kautta. Haastatelluilla sairaanhoitajilla ei ollut tietoa siitä, paljonko etälääkäripalvelu oli vaikuttanut kuntayhtymän kokonaiskustannuksiin.

Sairaanhoitajat kokivat, että etälääkäripalvelu nopeuttaa heidän työtään verrattuna siihen, että asiakkaat kävisivät itse lääkärin vastaanotolla terveysasemalla. Vaikka sairaanhoitajien pitää tehdä etukäteisselvityksiä, kuten erilaiset mittaukset tai asiakkaan ja kotihoidon hoitajien haastattelut, ennen etälääkärin konsultaatioaikaa, on se nopeampaa ja hoidon jatkuvuus turvatumpaa kuin ennen etälääkäripalvelun käyttöönottoa. Nopean ja oikean diagnoosin tekemiseksi lääkäri saa sairaanhoitajilta olennaisia tietoja asiakkaasta. Myös kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kirjaamisen tasolla on iso merkitys etälääkäripalvelun onnistumisessa. Jos kotihoidon hoitajat kirjaavat vain suorittamiaan toimenpiteitä eivätkä asiakkaan voinnista tai toimintakyvystä, vie sairaanhoitajilta paljon aikaa selvittää asiakkaan tilannetta suoraan eri hoitajilta haastattelemalla.

7.1.3 Etälääkäripalvelua tuottava yritys

Etälääkäripalvelua tarjoavaan Trinitas Oy -yritykseen tehtiin tutustumiskäynti elokuussa 2016. Yritys tarjoaa etälääkäripalvelua sekä kunnille että yksityisille toimijoille kaikkialla Suomessa. Etälääkäripalvelu tarkoittaa sekä puhelimitse hoidettavia että tablet-laitteen kautta otetun näköyhteyden avulla hoidettavia tilanteita. Sairaanhoitaja ottaa yhteyden lääkäriin asiakkaan luota. Konsultointiaika voidaan sopia etukäteen, mutta myös äkillisissä tilanteissa avuntarpeeseen pyritään vastaamaan mahdollisimman pian. Mikäli lääkäri ei ole juuri sillä hetkellä tavoitettavissa, yrityksen sairaanhoitaja välittää tiedon asiasta eteenpäin ja lääkäri ottaa yhteyttä viimeistään tunnin kuluessa. Palvelua on saatavilla myös iltaisin ja viikonloppuisin.

Lääkäreillä täytyy olla pääsy asiakasyhteisön potilastietojärjestelmään, josta he pääsevät näkemään tarvittavat tiedot potilaasta ja tekemään myös omat kirjauksensa suoraan sinne. Järjestelmän vaatimuksena on e-resepti-toiminnallisuus sekä lomakkeet erilaisia lausuntoja varten. Etäyhteys tabletilla vaatii internetyhteyden. Etäyhteyden kautta voidaan hoitaa sekä akuutteja asioita että esim. asiakkaan kokonaistilanteen selvittämistä. Useimmissa tilanteissa asiakas saa etäyhteyden kautta avun niin, ettei hänen tarvitse lähteä kotoaan mihinkään jatkotutkimuksiin. Etävastaanoton kautta onnistuvat myös mm. C-lausuntojen tekeminen sekä läheteet erikoissairaanhoidon. Kokemuksen mukaan nämä on Kelassa ja erikoissairanhoidossa hyväksytty.

Etälääkäriavustukseen liittyvällä kotikäynnillä sairaanhoitajalla täytyy olla mahdollisuus tavallisimpien mittauslaitteiden käyttöön: verenpainemittari, verensokerimittari ja CRP- eli tulehdusarvomittari. Myös digitaalisia stetoskooppeja ja EKG-laitteita on saatavilla, mutta ne eivät ole välttämättömiä.

7.1.4 Yhteenveto etälääkäripalvelun käytöstä ja toimivuuteen vaikuttavista tekijöistä

Tutustumisen kohteena olevien organisaatioiden käytäntöihin perehtymisen yhteenvedona voidaan todeta, että etälääkäripalvelua voidaan käyttää monipuolisesti erilaisissa asiakkaiden ongelmissa ja tilanteissa. Etäyhteys sopii niin akuutteihin tilanteisiin kuin ennalta sovittuihin konsultaatioihinkin. Ennalta sovituissa konsultaatioissa voidaan esim. selvittää asiakkaan kokonaistilannetta, uusia reseptejä tai tehdä laboratoriolähteitä. Sairaanhoitaja pystyy helposti ja muutamilla perusvälineillä tekemään asiakkaan luona tarvittavat mittaukset, jotta lääkäri voi etäyhteydellä tehdä oikeat diagnoosit ja antaa hoito-ohjeet. Etäyhteyden ei tarvitse välttämättä tapahtua kuvan välityksellä, vaan myös puhelinkonsultaatiolla voidaan päästä yhtä hyviin tuloksiin. Oleellista on lääkärin pääsy kotihoidon asiakastietojärjestelmään, jotta käytettävissä on oikea ja ajantasainen tieto hoitopäätösten tekemiseksi. Asiakastietojärjestelmässä täytyisi olla e-reseptitoiminnallisuus ja lomakkeiden täyttömahdollisuus. Mikäli käytetään tablet-laitetta etäyhteyden ottamiseen, siinä täytyy olla toimiva internet-yhteys. Lääkärin tavoitettavuus muulloinkin kuin virka-aikana on tärkeää ja lääkärin kokeneisuus vaikut-

taa etäpalvelun onnistumiseen ja hyödyllisyyteen. Etälääkäripalvelun suurimpana hyötynä asiakkaan näkökulmasta nähtiin se, että asiakkaan ei tarvitse lähteä kotoa päästäkseen vastaanotolle.

Taulukko 1. Yhteenveto benchmarking-käynneistä, etälääkäripalvelun käyttö ja toimivuuteen vaikuttavat tekijät.

	Porin perusturva	Kokemäen kotisairaanhoido	Trinitas Oy
Etäyhteyden toteutus			
Puhelinkonsultaatio	x	x	x
Etäyhteys tabletilla	x		x
Etälääkärikonsultaation käyttöaiheet/mahdollisuudet			
Akuutit potilastapaukset	x	x	x
Ennakkoon sovittu konsultaatio		x	x
Asiakkaan kokonaistilanteen selvittäminen			x
C-lausuntojen tekeminen			x
Lähetteet erikoissairaanhoidon			x
Reseptien uusimiset		x	x
Laboratoriolähetteet		x	x
Sairaanhoitajan tekemät tutkimukset			
Neurologinen tutkimus	x		
Verenpaineen mittaus	x	x	x
Verensokerin mittaus	x	x	x
Tulehdusarvon mittaus	x	x	x
Olemassa olevaa välineistöä, ei välttämätöntä			
Digitaalinen stetoskooppi			x
Digitaalinen EKG-laite			x
Järjestelmävaatimukset			
Lääkärillä pääsy potilastietojärjestelmään		x	x
E-reseptitoiminnallisuus		x	x
Lomakkeet lausuntoja varten			x

Internet-yhteys tabletissa	x		x
Laboratoriolähteet järjestelmän kautta		x	
Etävastaanoton hyödyt			
Asiakkaan ei tarvitse lähteä kotoa	x	x	x
Akuutteja tapauksia voidaan hoitaa enemmän	x		
Tuo varmuutta hoitajalle	x		
Säästää, kun ei tarvitse lähettää päivystykseen	x		
Kokenut geriatri tekee oikean diagnoosin pelkän puheyhteydenkin kautta nopeammin kuin monet terveyskeskuksen yleislääkärit		x	
Asiakas saa avun nopeasti		x	
Nopeuttaa sairaanhoitajien työtä		x	
Hoidon jatkuvuus on turvatumpaa kuin ilman palvelua		x	
Etävastaanoton onnistumiseen vaikuttavat tekijät			
Asiakkaan hoitoon osallistuvien kirjaamisen taso, täytyisi kirjata voinnista ja toimintakyvystä.		x	
Verkkoyhteyden toimivuus	x		
Laitteiden helppokäyttöisyys	x		
Ammattilaisten asenne, motivaatio käyttää etäyhteyttä	x		
Lääkärin kokeneisuus	x	x	
Lääkärin erikoistuminen geriatria		x	
Lääkärin hyvä tavoitettavuus ja joustavat työajat		x	x
Lääkärin pieni vaihtuvuus		x	

Benchmarking-käynneistä saatua vertailutietoa hyödynnettiin tehtäessä vaikutusten ennakoarviointi etälääkäripalvelun käyttöönotosta Länsi-Suomen Diakonialaitoksella.

7.2 Etälääkäripalvelun vaikutusten ennakkoarviointi

Vaikutusten ennakkoarviointi on prosessi, jonka tarkoituksena on tunnistaa nykyisen tai aiotun toiminnan seurauksia. Ennakkoarvioinnissa ennakoidaan tulevia vaikutuksia ja määritellään tarpeellisia seurantamittareita. Ennakkoarvioinnin tavoitteena on jäsentää ja selventää valmistelu- ja päätöksentekotilannetta. Sen tehtävänä on myös tukea moniarvoista ja läpinäkyvää päätöksentekokulttuuria eri organisaatioissa. Ennakkoarvioinnissa valmistelija kuvaa ehdotuksen sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia ja esittää vaihtoehtoisia ratkaisumalleja päätökselle. (Kauppinen 2011, 24; Sundquist & Oulasvirta 2011, 12)

Etälääkäripalvelun käyttöönotosta Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelussa tehtiin vaikutusten ennakkoarviointi syksyllä 2017. Ennakkoarvioinnissa käytettiin apuna Porin perusturvan mobiililääkäritoiminnasta ja Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän kotisairaanhoidosta saatuja tietoja. Lisäksi perehdyttiin aiheesta tehtyyn tutkimukseen. Ennakkoarvioinnissa kuvattiin kolme vaihtoehtoa. Ensimmäisessä vaihtoehdossa etälääkäripalvelu järjestettäisiin Diakonialaitoksen omien lääkäreiden toimesta. Toisessa vaihtoehdossa etälääkäripalvelu hankittaisiin erilliseltä yksityiseltä toimijalta. Kolmannessa vaihtoehdossa lääkäripalveluiden käyttö jatkuisi ennallaan, ilman etälääkärimahdollisuutta. (Kivimäki ym. 2017, 12.)

Vaikutusten ennakkoarvioinnin johtopäätöksenä päädyttiin suosittelemaan etälääkäripalvelun käyttöönottoa oman organisaation lääkäreiden kautta. Tämä vaihtoehto lisäisi organisaation kilpailumahdollisuuksia muiden palveluntuottajien kanssa sekä turvaisi sen taloudellisia edellytyksiä. Omien lääkäreiden kanssa tehtävässä yhteistyössä tärkeänä nähtiin myös se, että tarvittaessa asiakkaan on helppo mennä konkreettisesti lääkärin vastaanotolle tai vastaavasti lääkäri voi tehdä kotikäynnin. Lisäksi tämä malli toisi uusia toimintamalleja niin kotihoidon työntekijöille kuin organisaation omille lääkäreille. Haasteena on uusien käytäntöjen opettelu ja mahdolliset uudet työajat. Myös lääkäriresurssien riittävydestä tulisi huolehtia, että palvelu olisi saatavilla silloin, kun sitä tarvitaan. (Kivimäki ym. 2017, 16.)

Ennakkoarvioinnin yhteenvedotaulukko on esitetty liitteessä 2.

Ennakkoarvioinnin tuloksia käytiin läpi organisaation toimitusjohtajan kanssa. Sen pohjalta päädyttiin jatkamaan etälääkäripalvelun kehittämistä omien lääkäreiden palveluna tuotettuna.

7.3 Kotihoitopalvelun asiakkaiden kiinnostus etälääkäripalvelua kohtaan

Porin kotihoitopalvelun asiakkaille lähetettiin lyhyt kysely syksyllä 2018 liittyen etälääkäripalvelun käyttöhalukkuuteen. Kysely lähetettiin erillisenä lomakkeena asiakas-tyytyväisyyskyselyn yhteydessä kaikille säännöllisille asiakkaille (n= 47). Asiakkaista 98% oli yli 65-vuotiaita. Lomakkeessa oli lyhyesti kuvattu, mitä etälääkäripalvelulla tarkoitetaan. Kyselylomake on liitteenä 3.

Kyselyyn vastasi 27 asiakasta vastausprosentin ollessa 57%. Vastanneista 48 % (n= 13) oli valmiita käyttämään etälääkäripalvelua, mikäli se sopisi oman tilanteen arviointiin. 33% (n= 9) ei haluaisi käyttää etälääkäripalvelua. 18,5 % (n=5) ei ollut vastannut kysymykseen.

Kyselyyn vastanneista käyttäisi mieluiten etälääkärivastaanottoa 0,7 % (n=2). Näistä molemmat olivat esittäneet myös vaihtoehdon Diakonialaitoksen lääkärin vastaanotto, eli käyttäisivät mieluiten myös perinteistä vastaanottoa. Kukaan kyselyyn vastanneista ei siis haluaisi mieluiten käyttää pelkästään etä vastaanottoa.

Tämän kyselyn perusteella kotihoidon asiakkailla olisi kiinnostusta etälääkäripalvelun käyttöön. Mieluiten silti käytettäisiin perinteistä lääkärin vastaanottoa tai kotikäyntiä. Etälääkäripalvelu on suurimmalle osalle varmasti entuudestaan vieras asia ja varmuudella ei voida arvioida, olivatko kyselyyn vastanneet ymmärtäneet oikein, mitä etälääkärivastaanotolla tarkoitettiin.

7.4 Kotihoidon hoitajien odotukset etälääkäripalvelulta

Porin kotihoitoyksiköstä haastateltiin kahta sairaanhoitajaa elokuussa 2016 sekä Rauman kotihoitoyksiköstä yhtä sairaanhoitajaa ja kahta lähihoitajaa maaliskuussa 2019. Haastatteluihin valittiin kaikki kotihoidon sairaanhoitajat. Haastateltavat lähihoitajat valikoituivat työnkuvansa ja kokemuksensa sekä haastatteluajankohdan sopivuuden

perusteella. Haastattelut toteutettiin ryhmäteemahaastatteluina. Haastatteluajat sovittiin etukäteen ja samalla haastateltaville kerrottiin haastattelun aihealueesta ja kehittämistehtävän tavoitteesta. Haastattelut nauhoitettiin ja ne kirjoitettiin puhtaaksi melko pian haastattelujen jälkeen. Esiin nousseet asiat kirjattiin ranskalaisilla viivoilla, ei sanatarkkaa tekstiä. Aukikirjoittamisen jälkeen vastaukset ryhmiteltiin aihealueittain ja samaa tarkoittavia asioita yhdisteltiin. Haastattelun teemat on kuvattu liitteessä 4.

Hoitajien suurimpana odotuksena etälääkäripalvelulle oli, että se olisi tarvittaessa käytettävissä nopeasti. Tällöin esim. melko kiireellisissä tilanteissa asia saataisiin heti hoidettua asiakkaan luona ollessa, eikä hoitajan tarvitsisi lähteä uudelleen asiakkaan luo tai soitella. Palvelun toivottiin olevan saatavilla myös iltaisin ja viikonloppuisin. Varsinaista videoyhteyttä ei pidetty välttämättömänä, mutta tärkeäksi koettiin kuitenkin se, että lääkärille olisi tarvittaessa mahdollisuus lähettää kuva esim. haavasta tai ihomuutoksesta. Lääkärillä pitäisi olla tiedossa asiakkaan sairaudet ja lääkitykset. Lääkärin täytyisi olla halukas yhteistyöhön hoitajien kanssa ja ihanne olisi, ettei yhteistyölääkäreitä olisi kovin montaa, jolloin toimintatavat tulisivat tutuiksi ja yhteistyö helpottuisi. Lääkärikonsultaation mahdollisuus on tärkeä oman työn tuki arvioitaessa asiakkaan tilannetta. Tutun lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö olisi helpompaa sekä hoitajan että asiakkaan kannalta.

Taulukko 2. Yhteenveto hoitajien odotuksista etälääkäripalvelulta.

Tilanteita, joissa etälääkäripalvelu olisi tarpeen
Ihomuutokset, ihottumat, turvotukset, haavat
Tulehdukset, antibioottikuurin määrääminen
Tilanteet, joissa asiakas on ottanut lääkkeitä väärin
Lääkityksen tarkistaminen
Reseptien uusimisen tarve
Erilaiset kiputilat
Kuumetilat, kuumeen sahaaminen
Korkea verenpaine
Epämääräiset oireet
Toiveet ja odotukset etälääkäripalvelulta

Nopea tavoitettavuus, tarvittaessa heti saatavilla
Tavoitettavissa myös iltaisin ja viikonloppuisin
Ei -kiireellisiä asioita varten voisi olla soittoaika
Vain muutama lääkäri, niin yhteistyö olisi helpompaa tutun lääkärin kanssa
Lääkäri, joka haluaa tehdä yhteistyötä hoitajien kanssa
Lääkariin pitäisi olla videoyhteys tai vaihtoehtoisesti mahdollisuus lähettää valokuva
Verinäytteiden määrääminen tarvittaessa ja vastausten tulkinta
Uudet hoito-ohjeet asiakkaalle nopeasti
Mahdollisuus saada asiakkaalle lähete erikoissairaanhoidon
Lääkärikonsultaation kautta saisi vastuun itseltä pois
Etälääkäripalvelun hyödyt asiakkaalle
Ei tarvitsisi lähteä kotoa lääkäriin tai päivystykseen.
Vähentäisi omaisen huolta ja vaivaa.
Loisi turvallisuuden tunnetta.
Nopeuttaisi lääkäriin pääsyä.
Kaiken kaikkiaan hieno palvelu asiakkaalle, kun saisi lääkäripalvelut samasta organisaatiosta, jossa hoitajat jo tuttuja.
Etälääkärin käytössä huomioitavia /askarruttavia asioita
Olisi hyvä, jos lääkäri tapaisi asiakkaan ensin, sitten jatkossa voisi asioida etänä.
Lääkärin tiedossa täytyisi olla asiakkaan sairaudet ja lääkitykset.
Nykytilanteessa kaikkien asiakkaiden ajantasaiset lääketiedot eivät ehkä ole hoitajienkaan käytössä. Jotkut asiakkaat huolehtivat itse lääkkeensä.
Miten onnistuvat tilanteet, joissa asiakas ei ole yhteistyökykyinen? Esim. tahdonvastaiseen hoitoon lähettäminen.
Mikä on palvelun hinta? Ratkaisee, moniko olisi halukas käyttämään sitä.
Voisiko sotaveteraanien kohdalla valtiokonttori maksaa lääkäripalvelun?
Onko käytössä olevien puhelinten kuvan laatu riittävä?
Kuvia olisi hyvä liittää Hilikkaan (asiakastietojärjestelmä).
Tabletin välityksellä toimiva etäyhteys ei välttämättä toisi lisäarvoa puhelimitse käytävään keskusteluun ja kuvien lähettämiseen verrattuna.
Palvelua kannattaisi markkinoida myös uusille asiakkaille.

Hoitajien haastatteluiden yhteenveto lähetettiin sähköpostitse ylilääkärille, joka käsiteli tulokset yhdessä muiden lääkäreiden kanssa. Lääkärit antoivat hoitajien toiveiden ja näkemysten pohjalta omat kommenttinsa ja toivat esiin omat näkemyksensä.

7.5 Etälääkäripalvelu Diakonialaitoksen kotihoitopalvelussa

7.5.1 Suunnittelupalaveri

Etälääkäripalvelun lopullinen suunnittelu- ja konseptointipalaveri pidettiin maaliskuussa 2019. Yhteiseen suunnittelupalaveriin osallistuivat ylilääkäri, Porin ja Rauman kotihoitoyksiköiden kaksi sairaanhoitajaa sekä kotihoitopalveluiden päällikkö. Suunnittelupalaveri pidettiin työhuoneessani Porissa. Rauman yksikön sairaanhoitaja osallistui neuvotteluun puhelimen välityksellä, koska hänen aikataulunsa sovittuna päivänä oli niin kiireinen, ettei halunnut käyttää aikaa matkoihin. Puhelinyhteys toimi palaverissa hyvin kaiuttimen kautta.

Suunnittelupalaveria varten olin etukäteen piirtänyt isolle paperille etälääkäripalvelun alustavan prosessin, johon olin kirjoittanut ylös oleellisia benchmarkingissa ja hoitajien haastatteluissa esiin nousseita asioita ja kysymyksiä. Neuvottelun aikana prosessia käytiin läpi vapaamuotoisesti ja jokainen sai sanoa omat näkemyksensä ja tärkeät huomioitavat asiat palveluun liittyen. Iso paperi osoittautui hyvin käyttökelpoiseksi, koska siitä oli hyvä tarkistaa, että kaikki asiat oli käsitelty ja siihen oli helppo myös lisätä nopeasti kaikki esiin tulleet ajatukset.

Hoitajien toiveena etälääkäripalvelulle oli sen käyttömahdollisuus myös akuuttitilanteissa ja myös iltaisin ja viikonloppuisin. Lääkärin tavoitettavuus ympäri vuorokauden on mahdollista, koska organisaatiossa toteutettavan saattohoidon vuoksi joku lääkäri päivystää aina. Akuuttitilanteiden hoidon lääkärit kokivat kuitenkin haasteelliseksi. Asiakkaan hoidon suhteen täytyisi olla tiedossa tarkat linjaukset. Mm. potilaan demensian aste vaikuttaa joidenkin oireiden hoitamiseen, lähetetäänkö potilas esim. sairaalaan vai ei. Mahdolliset hoitotahdot täytyisi olla myös tiedossa. Sellaisia tilanteita ei

ainakaan voida hoitaa etänä, joissa asiakkaalla on selvä sairaalahoidon tarve. Myöskään tahdonvastaiseen hoitoon ei voida lähettää etäyhteyden kautta, vaan tällöin täytyy ottaa yhteys terveyskeskukseen tai päivystykseen.

Lääkärit pitivät tärkeänä, että he näkisivät asiakkaan kasvokkain ennen etähoitopalvelun aloittamista, joko vastaanotolla tai kotikäynnillä. Tällöin asiakkaan ongelmiin olisi helpompi löytää ratkaisuja, kun hän olisi jollakin tavalla tuttu. Myös hoitajien mielestä se olisi hyvä käytäntö. Ihomuutosten informoinnista lääkärille todettiin, että hoito-ohjeiden laatimiseen vaikuttavia kuvia ei voida lähettää WhatsApp-viesteinä puhelimella. Kuvat täytyisi dokumentoida käytössä olevaan asiakastietojärjestelmään, josta ne löytyisivät myöhemminkin todennettaviksi päätösten pohjiksi.

Suunnittelupalaverin aikana tuli esiin muutamia lisäselvitystä vaativia asioita. Osallistujia mietitytti, voiko lääkäri käyttää Hilkkää kotoa käsin tietosuoja-asioiden näkökulmasta tarkasteltuna. Hinnoitteluun liittyen jäi pohdittavaksi mahdollinen etuhinta kotihoitopalvelun asiakkaille ainakin kotikäynneistä. Päivystysaikana puhelinkonsultaatiot pitäisi hinnoitella eri tavalla kuin normaalina arki aikana. Rauman osalta pitäisi selvittää, paljonko geriatriin kotikäynnistä ja jatkossa etäpalveluna toteutettavasta lääkäripalvelusta kiinnostuneita asiakkaita olisi. Jos asiakkaita tulisi useampi samalle päivälle, saataisiin kotikäyntien hinnoittelua edullisemmaksi. Jotta etäpalvelua voitaisiin toteuttaa, täytyisi lääkäreille olla myös pääsyoikeudet kotihoitopalvelun asiakastietojärjestelmään. Näiden asioiden selvittämisestä sovittiin palaverissa. Ongelmien ratkaisut on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Lääkäripalveluun liittyvät lisäselvitystä vaativat asiat ja niiden ratkaisu

Ongelma	Selvittäminen	Ratkaisu
Voivatko lääkärit käyttää asiakastietojärjestelmää kotikoneiltaan tietoturvan näkökulmasta ajateltuna?	Kotihoitopalveluiden päällikkö varmistaa asian organisaation tietosuoja-vastaavalta.	Asiakastietojärjestelmää voi käyttää kotikoneella, jos sen tietoturvasta on huolehdittu ja sivuhistoria tyhjennetään käytön jälkeen.
Lääkäreillä ei ole pääsyä kotihoitopalvelun asiakastietojärjestelmään.	Kotihoitopalveluiden päällikkö pyytää organisaation pääkäyttäjää lisäämään lääkäreille oikeudet	Lääkärit pääsevät katsomaan asiakkaiden tietoja, kun asiakassuostumus on saatu ja kirjattu.

	kotihoitopalvelun asiakas-tietoihin.	
Voidaanko kotihoitopalvelun asiakkaille tarjota lääkäripalveluja etuhintaan?	Ylilääkäri neuvottelee asiasta sosiaali- ja terveyspalvelutoimialajohtajan kanssa.	Kotihoitopalvelun asiakkaille Raumalla etuhinta 20% (pitkä matka lisää kustannusta, suurempi etu jos monta kotikäyntiä samalle päivälle.), Porissa 10 %.
Paljonko Raumalla olisi palvelusta kiinnostuneita asiakkaita?	Rauman kotihoitopalvelun vastaava hoitaja selvittää asian puhelimitse asiakkailta, joiden arvioi hyötyvän palvelusta.	Palvelusta on tällä hetkellä kiinnostunut vain yksi asiakas Raumalla.

7.5.2 Etälääkäripalvelun toimintamalli

Yhteisen suunnittelupalaverin ja sen jälkeen tehtyjen lisäselvitysten pohjalta muodostettiin toimintamalli etälääkäripalvelusta Diakonialaitoksen kotihoitopalvelussa. Kirjoitin toimintamallista yhteenvedon, jonka lähetin sähköpostitse muille osallistujille hyväksyttäväksi. Kommenttien perusteella malliin lisättiin vielä laboratorionäytteisiin liittyvä osio, joka oli alkuperäisestä yhteenvedosta jäänyt pois.

Valmis etälääkäripalvelun toimintamalli on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Etälääkärikäytäntö Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelussa

Edellytykset etälääkäripalvelun asiakkuudelle/ käytölle
Lääkäri on tavannut asiakkaan ennen etähoitokontaktia (joko kotikäynnillä tai perinteisellä vastaanotolla).
Asiakkaan perustiedot on oltava asiakastietojärjestelmässä. Perussairaudet, yhteen-veto, lääkelista.
Lääkäreillä on oltava oikeudet katsoa kotihoitopalvelun asiakkaiden tietoja järjestelmästä.
Asiakkaalta on oltava suostumus tietojen luovuttamiseen hoitavalle lääkärille, merkitään asiakastietojärjestelmän hoitosuhde/asiakassuostumus-lehdelle.
Geriatrin arviosta hyötyvät erityisesti ne asiakkaat, joilla on erilaisia ongelmia, paljon lääkkeitä, joutuvat ehkä käymään usein päivystyksessä. Toki kaikki voivat halutessaan käyttää.
Arvioinnissa käydään läpi asiakkaan aikaisemmat sairaudet, nykytila, lääkitys, kognitio ja jatkosuunnitelma.

Mitä hoitajan täytyy huomioida ennen lääkärin konsultaatiota
Perusparametrit: tilanteen mukaan verenpaine, verensokeri, CRP, Hb, lämpö.
Ajan tasalla olevat tiedot asiakastietojärjestelmässä.
Miten yhteydenotto käytännössä toteutuu
Päivystävään lääkäriin on puhelinyhteys mahdollinen 24/7.
Ei-kiireellisissä tilanteissa soittoajan varaus ensisijaisesti omalle lääkärille osastosihteerin kautta.
Turvasähköpostia suoraan lääkärille voidaan myös käyttää.
Kuvien toimittaminen lääkärille: siirretään puhelimesta tietokoneelle ja liitetään asiakastietojärjestelmään.
Myös asiakas itse tai omainen voi halutessaan varata soittoajan lääkärille.
Missä tilanteissa ei voida käyttää etälääkäripalvelua
Jos akuuttitilanne, joka vaatii selkeästi sairaalahoitoa.
Jos asiakas ei ole yhteistyökykyinen, esim. M1-lähetteen tarve psykiatriseen hoitoon. Näissä tilanteissa on otettava yhteys terveystieteiden keskuksen/ päivystykseen/ 112.
Tiedonkulku lääkäriltä kotihoitopalveluun
Lääkäri lähettää ohjeet turvasähköpostilla kotihoitopalvelun sairaanhoitajalle. Lääkäri tai sihteeri liittää tekstit myös asiakastietojärjestelmään.
.
Laboratorionäytteet
Lääkäripalvelulla on sopimus SataDiagin kanssa, näytteet voidaan toimittaa sinne tutkittaviksi.
Osastosihteeri tulostaa näyteputkiin tarrat. Porissa kulkevat sisäisessä postissa, Raumalle voidaan postittaa.
Näyteputkia voi tarvittaessa tilata yhteisesti Diavireen kautta. Tällä hetkellä voidaan hakea putkia labrasta ilman erillistä tilausta.
Kustannukset asiakkaalle
Lääkärin kotikäynti hinnoitellaan normaalin hinnaston mukaan käytetyn ajan perusteella.
Ensimmäiseen käyntiin menee yleensä tunti aikaa, kun tehdään perusteellinen arvio.
Kotikäynnin hintaan sisältyy yksi puhelimitse käytävä jälkipuinti.
Raumalle kannattaa järjestää esim. kolme kotikäyntiä samalle päivälle, niin matkoihin kuluva aika jakaantuu kaikille.

Lääkärin puhelinkonsultaation hinta on 30-50€.
Hintoihin lisätään toimistomaksu.
Kotihoitopalvelun asiakkailla on etuhinta.

7.5.3 Uuden toimintamallin käyttöönotto

Uusi toimintamalli otettiin käyttöön heti sen valmistuttua. Yksiköiden sairaanhoitajat olivat mukana mallin suunnittelussa, joten he olivat hyvin tietoisia sen sisällöstä. Toimintatapa käsiteltiin myös molempien yksiköiden henkilöstöpalavereissa. Toimintaohje etälääkäripalvelun käytöstä lisättiin yksiköiden perehdytyskansioihin ja laatujärjestelmään. Aikaisempien tutkimusten mukaan henkilökunta kokee uuden palvelumuodon organisoinnissa tärkeäksi tiedottamisen, koulutuksen, riittävän resurssoinnin ja prosessien huolellisen järjestämisen (Timonen 2004, 63; Vuononvirta 2011, 63-64, 74). Diakonialaitoksen etälääkäripalvelun mallissa riittävä resurssointi koskee erityisesti lääkäriresurssia, joiden täytyy olla riittävät, että myös asiakkaiden äkillisiin palvelutarpeisiin voidaan vastata. Varsinaista koulutusta etälääkärimallin käyttöönottoon liittyen tarvitaan asiakastietojärjestelmään liittyen, miten asiakkaasta otettuja valokuvia liitetään sinne. Kyseinen koulutus on helppo toteuttaa järjestelmän pääkäyttäjän toimesta.

Lääkäripalvelua alettiin myös heti markkinoida. Siitä tiedotettiin kotihoitopalvelun ja lääkäripalveluiden Facebook-sivuilla. Raumalla ilmestyvään Länsi-Suomi-lehteen laitettiin mainos geriatrien kotikäynti-mahdollisuudesta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden toimialajohtaja ja kotihoitopalveluiden päällikkö sopivat Rauman kaupungin vanhuspalvelujohtajan luo vierailukäynnin, jonka yhtenä aiheena on tiedottaa uudesta palvelusta Raumalla, jossa on tiettävästi ollut pulaa geriatreista. Myös Porin perusturvan työntekijöille tiedotetaan palvelusta.

Rauman kotihoitopalvelun yksi asiakas, joka oli alun alkaen kiinnostunut geriatrin kotikäynnistä ja sen jälkeisestä etäpalveluna toteutettavasta hoitosuhteesta, joutui valitettavasti sairaalaan. Näin ollen kotikäyntejä ei vielä tätä kirjoitettaessa ollut käytännössä

Raumalla ehditty toteuttaa. Porissa käytäntöä oli jollain tavalla jo aikaisemminkin toteutettu ja se oli yksikön sairaanhoitajan mielestä toiminut hyvin. Tämän mallinnuksen avulla käytännölle saatiin kuitenkin luotua selkeät raamit ja ohjeistus, milloin ja miten palvelua voidaan käyttää. Toimintamallin käytön arviointia ei pystytty tämän tutkimuksen puitteissa tekemään.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli kartoittaa digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa ja olemassa olevia etälääkärikäytäntöjä sekä selvittää hoitajien odotuksia ja toiveita etälääkäripalvelusta. Tavoitteena oli kehittää Diakonialaitoksen kotihoitopalvelun asiakkaiden käyttöön toimiva etälääkäripalvelun malli. Mallin käyttöönoton tavoitteena oli saada palvelusta entistä monipuolisempaa, vaikuttavampaa ja haluttavampaa sekä hoitajien työskentelyä helpommaksi ja tehokkaammaksi.

Digitalisaation mahdollisuuksia kotihoidossa selvitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Nykyisistä ja suunnitteilla olevista teknologisista ratkaisuista löydettiin monipuolisesti tietoa. Niiden hyödyntäminen kotihoidossa helpottaa hoitajien työtä, lisää asiakkaiden turvallisuutta sekä osallistumisen mahdollisuuksia ja lisää myös kotihoidon tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Tulevaisuudessa joitain kotihoidon tehtäviä voitaneen entistä enemmän korvata erilaista älyteknologiaa hyödyntämällä. Tällä hetkellä esim. lääkeautomaatit ja automaattiset liike- ym. hälyttimet sekä etäyhteydellä toteutetut tarkistuskäynnit ovat jo arkipäivää. Tulevaisuudessa ehkä robotit voivat hoitaa osan asiakkaan avustamisesta ja hoitamisesta. (Hakala 2018; Hirvonen 2018; Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena 2017.)

Olemassa olevien etälääkärikäytäntöjen kartoitus oli hyvä pohja Diakonialaitoksen oman etälääkärimallin luomiselle. Kartoituksen tuloksena todettiin, että etälääkäripalvelua voidaan käyttää monipuolisesti erilaisissa asiakkaiden ongelmissa ja tilanteissa. Etädiagnosointia pystytään tekemään jo muutamilla perusvälineillä. Etäyhteyden ei

tarvitse välttämättä tapahtua kuvan välityksellä, vaan myös puhelinkonsultaatiolla voidaan päästä yhtä hyviin tuloksiin. Oleellista on lääkärin pääsy kotihoidon asiakastietojärjestelmään, jotta käytettävissä on oikea ja ajantasainen tieto hoitopäätösten tekemiseksi. Myös lääkärin tavoitettavuus muulloinkin kuin virka-aikana on tärkeää.

Hoitajien suurimpana odotuksena etälääkäripalvelulle oli sen nopea saatavuus tarvittaessa. Palvelun toivottiin olevan käytettävissä myös iltaisin ja viikonloppuisin. Lääkärikonsultaation mahdollisuus nähtiin tärkeänä oman työn tukena ja vastuun siirtämisenä arvioitaessa asiakkaan tilannetta. Palvelua toteuttamassa toivottiin olevan vain muutama lääkäri, jolloin yhteistyötavat muodostuisivat tutuiksi ja yhteistyö olisi helppompaa sekä hoitajan että asiakkaan kannalta. Etäyhteyteen ei välttämättä tarvittaisi kuvayhteyttä, jos esim. asiakkaan ihomuutoksista voisi tarvittaessa lähettää valokuvan lääkärille.

Aiemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Myös aiempien tutkimusten mukaan lääkärin puhelinkonsultaatio on tehokas ja toimiva tapa hoito-ohjeiden saamiseksi (mm. Hyryn Kangas-Järvenpää 2000; Kuusisto 2016). Etähoidon onnistumiseksi lääkärillä on oltava ajantasaiset tiedot käytettävissä asiakkaasta ja kotihoidon lääkäripalvelun järjestäminen myös päivystysaikana on tärkeää (Manninen & Leskelä 2018; Nygren ym. 2018). Paras ratkaisu kotihoidon lääkäripalveluiden järjestämiseksi ovat nimetyt lääkärit, jolloin asiakkaat ovat lääkärille tuttuja ja hoitosuhde on säännöllinen sekä myös hoitajat saavat paremmin tukea työhönsä (Manninen & Taskinen 2018; Mäkelä & Hakala 2018). Oikea-aikaiset lääkäripalvelut vaikuttavat suuresti kotihoidon vaikuttavuuteen (Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon 2014; Manninen & Leskelä 2018; Manninen & Taskinen 2018; Tammi ym. 2018).

Tämän kehittämistehtävän tuloksena Diakonialaitoksen kotihoitopalveluun luotiin etälääkäripalvelun toimintamalli. Malli suunniteltiin yhdessä toimintaan osallistuvan henkilöstön kanssa ja sitä varten tehtiin paljon taustatyötä ja tutkimusta. Toimintamallin kehittämisessä otettiin huomioon aikaisempi tutkimus aiheesta, tutustumisen kohteena olevien organisaatioiden toimivat etälääkärikäytännöt sekä oman organisaation hoitajien ja lääkäreiden odotukset ja näkemykset.

Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelun etälääkäripalvelu päätettiin toteuttaa puhelin- ja sähköpostikonsultaation avulla, vaikka aluksi ajatuksena oli tabletin kautta toimiva etäyhteys. Oman organisaation hoitajien ja lääkäreiden mielestä tablettiyhteys ei välttämättä toisi juurikaan lisäarvoa palvelulle ja myös aiempien tutkimusten mukaan puhelinkonsultaatio on toimiva tapa etähoidon toteuttamiseen (mm. Hyrynkangas-Järvenpää 2000; Kuusisto 2016). Puhelimitse toteutettava etäkonsultointi ei edellytä uusia etädiagnosointiin vaadittavia laitteita. Tärkeimmät tutkimukset pystytään tekemään myös ilman tablettiyhteyttä ja kuvien lähettäminen voidaan ratkaista ottamalla kuva puhelimella ja liittämällä se asiakastietojärjestelmään, jolloin se tallentuu myös dokumentiksi hoitokertomukseen. Toisaalta tabletin kautta olisi mahdollista siirtää näytön paikkaa lääkärin toiveen mukaisesti, kun kuvaa puhelimella otettaessa on vain hoitajan tehtävä määritellä, mistä kuva otetaan. Organisaatiossamme ei kuitenkaan tämän kehittämistehtävän puitteissa nähty tarpeelliseksi tai kannattavaksi investoida etädiagnosointivälineistöön.

Kehitetyssä Diakonialaitoksen etälääkäripalvelumallissa pidettiin tärkeänä, että lääkäri on tavannut asiakkaan kasvokkain ennen etähoidon aloittamista. Se tekee etähoidosta laadukkaampaa ja asiakkaalle turvallisempaa ja sopii myös Diakonialaitoksen arvomaailmaan, joka korostaa ihmisläheisyyttä. Lääkärin on helpompi tehdä päätöksiä, kun on tavannut asiakkaan myös kasvokkain. Diakonialaitoksen omalääkäreissä työskentelee kokonaisuudessaan neljä lääkäriä, joista kolme on geriatreja. Näin ollen hoitajien näkökulmasta yhteistyölääkäreiden määrä pysyy pienenä ja toimintatavat tulevat tutuiksi. Asiakkaan kannalta on hienoa, että on hyvä mahdollisuus käyttää aina saman lääkärin palvelua. Etähoidon toteuttaminen maantieteellisesti melko lähellä kotihoitopalvelun Porin ja Rauman asiakkaille mahdollistaa sen, että myös lääkärin vastaanotolle on melko helppo lähteä tai vaihtoehtoisesti lääkäri voi tehdä kotikäynnin. Myös Valviran ohjeistuksen mukaan etä vastaanoton potilaalle on tarvittaessa varattava mahdollisuus henkilökohtaiseen vastaanottokäyntiin (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston www-sivut 2019). Tavoitteeksi asetettiin lääkärin vastaanoton järjestäminen säännöllisesti myös Raumalle, kunhan palvelun tuottamiseen löydetään sopiva tila.

Etälääkäripalvelun toimintamallin perusteellisen pohjatyön ja suunnittelun ansiosta voidaan olettaa, että malli on myös käytännössä toimiva. Valitettavasti tämän kehittämistehtävän ja tutkimuksen kuluessa sitä ei ehditty arvioida ja osoittaa. Joka tapauksessa lääkäripalvelun saatavuus ja siihen liittyvät selkeät toimintaohjeet helpottavat hoitajien työtä ja sitä kautta myös tehostavat sitä. Lääkärin helppo ja nopea tavoitettavuus vähentää ongelmien ratkaisuun kuluva-aikaa ja murhetta ja näin ollen tekee palvelusta myös asiakkaan kannalta vaikuttavampaa ja laadukkaampaa sekä varmasti myös haluttavampaa. Mielenkiintoista kehittämistehtävän toteutumisessa oli, että alkuperäinen, organisaation johdolta saatu tavoite digitalisaation kehittämisestä kotihoitoon tehostamiseksi muovautui ja sulautui kehittämisen edetessä käytännön hoitotyön ongelman ratkaisuksi. Ongelmaan ei saatu alun perin ajateltua digitaalista ratkaisua, mutta silti lopputulos tekee Diakonialaitoksen kotihoitopalveluista ajanmukaisia ja nykyisiin kotihoidon tarpeisiin ja vaatimuksiin sekä asiakkaiden, hoitajien että yhteiskunnan näkökulmasta paremmin vastaavia. Aiempien tutkimusten mukaan vastuulääkärimallin käyttöönoton ja geriatrisen osaamisen tehostamisen kotihoidossa on todettu vähentäneen merkittävästi iäkkäiden päivystykseen hakeutumista ja mahdollistaneen nopeamman kotiutumisen sairaalasta. Henkilöstön näkökulmasta mahdollisuus lääkärin konsultointiin on luonut turvallisuutta hoitotyöhön. Kun parannetaan kotihoidon hoitajien mahdollisuutta saada tukea muilta ammattilaisilta, parannetaan heidän osaamistaan ja hoidon laatua. (Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon 2014; Kivimäki 2016; Kullas 2016; Noro & Karppanen 2019.)

8.1 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisen haasteet

Koska tämän kehittämistehtävän kuluessa ei ehditty arvioida etälääkäripalvelun toimintamallia käytännössä, se voisi olla yhtenä jatkotutkimusaiheena. Hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia etälääkäripalvelun käytöstä voitaisiin selvittää ja mahdollisesti kehittää mallia entistä toimivammaksi.

Tulevaisuudessa etähoito perinteisessä kotihoidossa tulee varmasti lisääntymään. Se ei kuitenkaan voi kokonaan korvata hoitajien fyysisiä käyntejä asiakkaiden luona. Monet kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua fyysiseen selviytymiseen, esim. sängystä

nousemiseen, pukeutumiseen ja peseytymiseen. Etähoito voisi olla kuitenkin hyvä lisäpalvelu kotihoidon asiakkaille, jolloin kuvallisen yhteyden saisi hoitajiin tarvittaessa milloin vain. Hyväkuntoisille asiakkaille se voisi olla ainoakin palvelu, joka toimisi esim. lääkkeen oton muistutuksessa. Etäyhteyden avulla asiakkaina voisi olla myös kauempana asuvia ikäihmisiä, mikäli he pärjäisivät suurimman osan ajasta etäyhteyden avulla ja fyysisiä käyntejä tarvittaisiin vain harvoin. Etähoidon kehittäminen Diakonialaitoksen kotihoidossa nimenomaan hoitajien työkaluna olisi mielenkiintoinen aihealue.

Etäyhteyksien käyttö luo paljon mahdollisuuksia kehittää myös uudenlaisia palvelumuotoja kotihoidon asiakkaille. Länsi-Suomen Diakonialaitoksella tärkeä arvo on yhteisöllisyys ja sen mahdollistaminen. Yhteisöllisyys toteutuu hyvin niiden Diakonialaitoksen asukkaiden keskuudessa, jotka pystyvät vielä itsenäisesti tai avustettuna osallistumaan yhteisiin tilaisuuksiin ja käymään mm. lounaalla. Etäyhteyksien kautta voitaisiin mahdollistaa yhteisöllisyys myös niille kotihoidon asiakkaille, joiden on hankala päästä kotoaan liikkeelle. Erilaisiin ryhmätilaisuuksiin, esim. ryhmäruokailuun tai ryhmäkuntoutukseen osallistuminen mahdollistaisi vuorovaikutuksen muiden kanssa myös näille asiakkaille. Tällaisten etäpalveluiden kehittäminen olisi yksi hyvä jatkokehittämiskohde.

Tässä kehittämistehtävässä yhtenä suurena haasteena tuntui olevan ajanpuute. Uuden kehittäminen vaatii aina resursseja. Yhdessä kehitettäessä täytyy sovittaa yhteen monen ihmisten aikatauluja. Organisaatiossa voi olla myös samanaikaisesti menossa monia kehittämisprojekteja, jolloin yksi ihminen voi olla mukana monessa eri kehittämis-työssä. Silloin vaatii todella mielenkiintoa, että jaksaa paneutua kaikkiin työn alla oleviin tehtäviin. Henkilöstöresurssien käyttäminen kehittämiseen vaatii myös taloudellisia panostuksia, mikäli kehittäminen on pois tuottavasta, asiakkaan kanssa tehdystä työstä. Kehittämisen lopputuloksen kannalta on kuitenkin hyvä, että myös ruohonjuuritason työntekijöitä on mukana itse kehittämisen prosessissa. Kehittämiseen käytetyn ajan toivoisi myös maksavan itsensä takaisin tulevaisuudessa, kun tarjolla olisi entistä parempia, houkuttelevampia ja tuottavampia palveluja asiakkaille. Aina näin ei kuitenkaan ole, vaan joskus voi tuntua ison osan kehittämiseen kuluneesta ajasta olleen

turhaa työtä. Siltä ei varmasti voida välttyä, ja joka tapauksessa uusien asioiden kehittäminen yhdessä pitää henkilöstön vireänä ja innostuneena sekä ilmapiirin avoimena. Tämän kehittämistyön prosessi ja tulos olivat kuitenkin vaivan ja käytetyn ajan arvoisia.

8.2 Kehittämistehtävän eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistehtävän ja tutkimuksen edetessä tulee noudattaa hyvää eettistä käytäntöä. Tutkimuksen kysymyksenasettelulla ja tavoitteilla, aineiston keräämisessä, käsittelyssä ja säilyttämisessä sekä tulosten esittämisessä ei saa loukata tutkimuksen kohde-ryhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkija on vastuussa itse omassa tutkimuksessaan tekemistään valinnoista ja niiden perusteluista. Kun tutkimuksen kohteena oleville ja taustaorganisaatiolle on informoitu tai luvattu jotain, sen täytyy myös toteutua. Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluvat mm. yleinen tarkkuus, huolellisuus ja rehellisyys, tutkittavan oikeus kieltäytyä tai vetäytyä tutkimuksesta, luottamuksellinen tiedon kerääminen ja käsittely, avoimuus tulosten julkaisemisessa sekä toisten työn tulosten asianmukainen ja kunnioittava käyttö. (Vilka 2014, 90-91.)

Myös internetaineistojen käsittelyssä on noudatettava tutkimusetiikkaa. On mietittävä, onko aineiston käyttö vapaata vai luvanvaraista. Organisaatioiden ja yritysten vapaasti luettavat internetsivut ovat verrattavissa julkisiin asiakirjoihin eikä niiden käyttö edellytä tutkimuslupaa. Sen sijaan yritysten luvanvaraisten, intranet-sivustojen käyttöön tutkimuksessa tarvitaan ko. organisaation lupa, vaikka tutkija esim. itse työskentelisi yrityksessä ja hänellä olisi sivuston käyttöön lupa. (Kuula 2006: 171.) Tässä työssä ei ole käytetty yritysten luvanvaraisia intranet-sivustoja, vaan kaikki tieto on ollut julkisesti saatavilla. Kehittämistyölle ja sen raportoinnille on saatu lupa yrityksen johdolta.

Tutkimukseen osallistumisen pitäisi periaatteessa olla vapaaehtoista ja siihen pitäisi saada osallistujilta suostumus. Suostumukseksi voidaan katsoa myös esim. se, että sovitetaan haastatteluaika. Kun kyseessä on työajalla tapahtuva oman työn kehittäminen, voi osallistumisen vapaaehtoisuus tosin olla kyseenalaista. Työnantaja voi velvoittaa työntekijänsä osallistumaan. Tämän tutkimuksen eettiseksi ongelmaksi voi mieltää sen, että tutkimuksen ja kehittämistyön toteuttaja työskentelee itse samassa organisaatiossa.

tiossa kotihoitopalveluiden päällikkönä eli tutkimukseen osallistuneiden hoitajien esimiehenä. Työn edetessä ja esim. yhteisessä suunnittelupalaverissa pyrin unohtamaan tämän roolin ja olemaan aidosti vain kehittäjän roolissa.

Tässä kehittämistehtävässä vierailun kohteena olevia tahoja, kehittämiseen osallistuneita työntekijöitä ja asiakkaita informoitiin tutkimuksen ja kehittämisen tarkoituksesta. Asiakkaiden osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Haastatellut hoitajat olivat kaikki itse kiinnostuneita osallistumaan ja kehittämispalaveriin osallistuneet olivat vastuussa omien alueidensa hoitotyön ja lääkäripalveluiden kehittämisestä. Kaikki osallistujat olivat innolla mukana. Kehittämistehtävässä ei ole käsitelty arkaluonteisia asioita. Työssä ei myöskään ole julkaistu suoria lainauksia haastateltavien puheesta, vaan ainoastaan esiin nousseita asioita.

Kilpailevien yritysten ollessa kyseessä, voi myös miettiä, kuinka halukkaasti he kertovat yksityiskohtia omien innovaatioidensa kehittämisestä vai jääkö mahdollisesti jostain oleellista kertomatta. Benchmarkingia tekevä organisaatio kuitenkin hyötyy siitä, ettei tarvitse suunnitella esim. uutta kehitettävää asiaa ihan alusta saakka, vaan voi ottaa oppia muiden kokemuksista. Julkisen puolen organisaatioissa on ehkä selvempää, että kaikki hyvät opitut kokemukset pitää jakaa muillekin, mutta yksityisten yritysten kyseessä ollessa asia voi olla toisin.

Kehittämistutkimuksen luotettavuuden arviointi poikkeaa perinteisestä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista. Kehittämistutkimuksessa pyritään muutokseen, kun taas perinteisessä tutkimuksessa yksi luotettavuuden kriteereistä on se, että tutkija ei pyri vaikuttamaan tutkittavaan ilmiöön. Kehittämistutkimuksen luotettavuuden osoittamiseksi on kirjoitettava mahdollisimman tarkka raportointi siitä, mitä on tehty, miksi ja miten on tehty. Ratkaisujen perustelut on tuotava esille työssä. (Kananen 2012: 166.) Olen tässä kehittämistyön raportissa pyrkinyt mahdollisimman tarkkaan kuvaamaan ja perustelemaan, miten kehittämistyö eteni.

Tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa osaltaan se, että se toteutettiin melko pitkällä ajanjaksolla. Tutkimuksen alkuvaiheen asiat eivät enää olleet tarkassa muistissa lopullista raporttia kirjoitettaessa. Kaikki palaverit, haastattelut ym. oli kuitenkin

kirjattu ylös aikanaan ja siksi ne oli helppo liittää tutkimusraporttiin juuri sellaisina kuin ne olivat tapahtuneet.

LÄHTEET

Etälääketieteen suositus 2016. Viitattu 27.3.2019. <https://www.laakariliitto.fi>

Finne-Soveri H. 2012: Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 31/2012. Viitattu 13.5.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80409/b4046c29-61fe-497c-a226-f517bd40f2bb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hakala A. 2018: Kotihoito 24/7. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Viitattu 3.6.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Hammar T. 2008: Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Stakes. Tutkimuksia 179. Viitattu 13.5.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hirvonen T. 2018: Hyvinvointiteknologiaa hyödynnetään. Teoksessa Jämsen A. (toim.): Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea. AVOT-hanke Pohjois-Karjalassa (2016-2018). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 48/2018. Viitattu 31.5.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161255/R_48_2018_AVOT_korj2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hyryn kangas-Järvenpää P. 2000: Lääkärin puhelinneuvonta: tutkimus Neuvonalle Puhelinlääkärille tulleista soitoista. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.5.2019. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66984>

Ilmarinen V. & Koskela K. 2015: Digitalisaatio - yritysjohdon käsikirja. Talentum. Viitattu 22.4.2019. <https://bisneskirjasto-almatalent-fi.lil-lukka.samk.fi/teos/IACBGXCTEB#>

Janhunen E., Paltamaa J. & Pikkarainen A. 2018: Kuntouttava arviointijakso. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Viitattu 3.6.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Jauhiainen A., Sihvo P. & Ikonen H. 2015: Sähköiset terveystalvet käytössä. Koulutusmateriaalia ammattilaisten ja asiakkaiden perehdyttämiseen ja ohjaukseen. Karieli-ammattikorkeakoulu. Joensuu.

Kananen J. 2012: Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen J. 2017: Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opin-
näytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja
232. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2019. Viitattu 27.3.2019. <https://www.kela.fi>.

Karjalainen M., Norrgård M., Peltomaa M., Pirneskoski J., Rantala H. & Tirkkonen
J. 2018: Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Suomen Lääkäri-
lehti 12-13/2018 vsk 73. Sivut 786-788. Viitattu
3.6.2019. [https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-
peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?pub-
lic=6cf51054acd41361903e086b728763b8](https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?pub-lic=6cf51054acd41361903e086b728763b8)

Kauppinen T. 2011: Kuntien tulevaisuus haltuun - Ennakkoarvioinnin soveltamiseen
vaikuttavat tekijät lautakuntapäätöksissä. Akateeminen väitöskirja. Terveiden ja hy-
vinvoinninlaitos ja Tampereen yliopisto. Viitattu 29.8.2017. [http://www.jul-
kari.fi/bitstream/handle/10024/80038/2eae7168-9953-4e68-96d6-
43354e104c3c.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80038/2eae7168-9953-4e68-96d6-43354e104c3c.pdf?sequence=1)

Kehusmaa S. 2014: Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien
ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tut-
kimuksia 131. Helsinki. Viitattu 13.5.2019. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/han-
dle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4)

Kivimäki M., Lehtonen K. & Säike S. 2017: Vaikutusten ennakkoarviointi työväli-
neenä ja päätöksenteon tukena. Vanhustyön YAMK-opintoihin liittyvä tehtävä. Sata-
kunnan ammattikorkeakoulu.

Kivimäki T. 2016: Vanhusten palveluketju uudistui Porvoossa – kotihoito keskiöön.
Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projek-
tin julkaisu nro 7. Suomen Kuntaliitto. Viitattu
3.6.2019. [file:///C:/Users/k%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/1788palve-
luetjuporvoossa_ebook.pdf](file:///C:/Users/k%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/1788palveluketjuporvoossa_ebook.pdf)

Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. 2014. Tekes. Viitattu 8.4.2019.
[https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014_03_25__Kotihoito_2020_-
_10_askeleen_ohjelma_kotihoitoon.pdf](https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014_03_25__Kotihoito_2020_-_10_askeleen_ohjelma_kotihoitoon.pdf)

Kullas P. 2016: Vastuulääkärimalli kotihoidossa – Vaasan kaupungin mallin arvioin-
tia. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.1.2019.
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118926/Kul-
lasP_ONT_1.0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118926/KulasP_ONT_1.0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kuula, A. 2016: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vasta-
paino. Tampere.

Kuusisto H. 2016: Tieto liikkuu- potilas ei. Neurologisen lähetepotilaan etähoitomallin
käyttöönotto ja arviointi. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu
6.5.2019. [http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2283-0/urn_isbn_978-
952-61-2283-0.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2283-0/urn_isbn_978-952-61-2283-0.pdf)

KäKäTe-projektin www-sivut. 2016. Viitattu 10.4.2016. www.ikateknologia.fi.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Lukka K. 2001: Konstruktiivinen tutkimusote. Viitattu 3.6.2019. <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>

Lähteenmäki K. 2017. Ylilääkäri, Porin perusturvan mobiilitoiminta. Pori. Puhelinhaastattelu/ sähköpostikysely 13.9.2017.

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut. 2016. Viitattu 10.2.2016. www.pdl.fi.

Lääkäripalvelut kotiin videoyhteydellä. Visio - parempi huominen - hoivatyön tulevaisuus -julkaisu 2016, s. 6. Viitattu 26.9.2017. <https://www.prizz.fi/artikkelit>

Manninen S. & Leskelä R. 2018: Kotipäivystys. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Viitattu 3.6.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Manninen S., Taskinen H. & Leskelä R. 2018: Moniammatillinen tuki (lääkärin tuki ja hoitajien vertaistuki). Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Viitattu 3.6.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Mäkelä M. & Hakala A. 2018: Lääkehoidon kokonaisarviointi. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Viitattu 3.6.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Noro A. & Karppanen S. 2019: Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Viitattu 31.5.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29_2019_Ikaihmisten%20kotihoito%20ja%20kaikenikaisten%20omaishoidon%20uudistus%2020162018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nygren K., Törrönen K., Kärki H. & Gerres J. 2018: Moniammatillista kotihoitoa on saatavilla 24/7. Teoksessa Jämsen A. (toim.): Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea. AVOT-hanke Pohjois-Karjalassa (2016-2018). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 48/2018. Viitattu 31.5.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161255/R_48_2018_AVOT_korj2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2014: Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Rantee T. 2016. Kuvavälitteisesti kotiin - opas ammattilaisille ikääntyneen ihmisen ohjaamiseen. Vanhustyön Keskusliitto. Helsinki. Viitattu 4.5.2019. https://www.vtkl.fi/document/1/2192/4b9db7d/Kuvavälitteisesti_kotiin_opas.pdf

Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.

Rehula P. 2016: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Powerpoint-esitys 2.12.2016. Viitattu 31.5.2019. <https://thl.fi/documents/10531/2923924/2.12.+Pirjo+Rehula.pdf/10a96424-a8be-4fec-96d3-848315065d19>

Sandelin, E. 2017. Kotihoidon virtuaalipalvelut. Luento Varsinais-Suomen Kehittyvä vanhustyö-seminaarissa 2.11.2017. Viitattu 4.5.2019. http://kehittyvavanhusty.fi/vanhusty/wp-content/uploads/2017/12/Eeva_Sandelin.pdf

Sihvo P., Jauhiainen A. & Ikonen H. 2014: Terveystenhuollon ammattilaisten laajeneva osaaminen sähköisten terveystenpalvelujen kehittämisessä ja käytössä. Teoksessa Jauhiainen A. & Sihvo P.(toim.) Sähköiset terveystenpalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:33. Joensuu, 53-63.

Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun. Espoon kaupunki 2013. Viitattu 21.4.2016. http://designresearch.aalto.fi/groups/encore/wp-content/uploads/2013/11/Sivistystoimen_tyokalupakki_palvelumuotoiluun2.pdf.

Sormunen E. 2019. ”Tilanne ei ole valitettavasti muuttunut”- valituksetkaan eivät auta, kun kotihoidossa työskentelevät yrittävät ehtiä kodista toiseen. Artikkelin Yle-Uutisten www-sivuilla 7.2.2019. Viitattu 4.5.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10632301>

Sosiaali- ja terveystenalan lupa- ja valvontaviraston www-sivut. 2019. Viitattu 27.3.2019. <https://www.valvira.fi>.

Sundquist, S. & Oulasvirta, L. (toim.) 2011: Vaikutusten ennakkoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa. Kuntaliitto. Helsinki.

Tammi E., Groop J., Mulari M., Kaarnasaari A. & Leskelä R. 2018: Johdanto ja tausta. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Viitattu 3.6.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Tampereen kaupungin www-sivut. 2019. Viitattu 4.5.2019. <https://www.tampere.fi>

THL:n Tilastoraportti 19/2018. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017. Viitattu 13.5.2019. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat/kotihoidon-asiakkaat-marraskuussa>

Timonen O. 2004: Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Väitöskirjatutkimus. Oulun yliopisto: Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu. Viitattu 6.5.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514274075.pdf>

Vaarala R. 2016: Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja kehittämistoiveita Palvelukeskus Helsingin etähoidosta. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.2.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118665/Vaarala_Riitta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valtiovarainministeriön www-sivut. Viitattu 5.4.2019. <https://vm.fi>.

Vilkkä H. 2014: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vuononvirta T. 2011: Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Väitöskirjatutkimus. Oulun yliopisto: lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos. Oulu. Viitattu 6.5.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514297175.pdf>

Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena. Ympäristöministeriön raportteja 7/2017. Helsinki. Viitattu 31.5.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79348/YMra_7_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LIITE 1

Haastattelulomake organisaatioille, joilla on jo käytössä etälääkäripalvelu

1. Organisaation nimi ja vastaajan tehtävänimike
2. Minkälaista hyötyä etälääkäripalvelusta on ollut asiakkaille, työsi kan- nalta ja organisaation näkökulmasta?
3. Miten etälääkäripalvelu on vaikuttanut kustannuksiin? Onko se tuonut säästöjä?
4. Mitä kaikkea lisävälineistöä on käytössä esim. diagnosointia varten? Minkälaisia kustannuksia näistä tulee?
5. Millä hankinnoilla pääsee jo liikkeelle?
6. Miten etäyhteysteknologia on toiminut? Onko ollut haasteita, ja jos, niin minkälaisia?
7. Onko asiakkaille riittänyt etälääkäriin vastaanotto vai onko asiakkaille tarvinnut varata esim. diagnoosin varmistamiseksi perinteinen vastaanot- toaika? Jos, niin kuinka usein?
8. Minkälaiseksi arvioitte lääkärin mahdollisuuden tehdä diagnoosi kun verrataan etälääkäriin vastaanottoa perinteiseen lääkärin vastaanottoon?
9. Miten etälääkäripalvelu on vaikuttanut sairaanhoitajien tai hoitajien työhön? Esim. etukäteisvalmistelut, mittaukset jne.
10. Meneekö sairaanhoitajilta työaikaa enemmän kuin perinteisellä lääkä- riin vastaanottokäynnillä menisi?
11. Minkälaisia haasteita etälääkäripalvelun tuottamisessa on ollut?
12. Minkälaiset laitevaatimukset ovat etäyhteyden toteuttamisessa? Entä siihen liittyvät ohjelmistot ja tietoturva?
13. Vaatiiko palvelun käyttöönotto paljon koulutusta lääkäreille/hoitajille?

Ennakkoarvioinnin yhteenvedotaulukko

Arvioitava päätös: Etälääkäripalvelun käyttöönotto			
Vaikutukset erittele teeman mukaan	0 vaihtoehto: Etälääkäripalvelua ei järjestetä	1 vaihtoehto: Etälääkäripalvelu järjestetään omana toimintana	2 vaihtoehto: Etälääkäripalvelu järjestetään ostopalveluna
Asiakkaat ja asukkaat sukupuolen, iän, asuinpaikan, kulttuuritaustan tms. mukaan tulojen, varallisuuden, koulutuksen, ammattiaseman, työllisyyden tai asuinalueen perusteella	Asiakkaan täytyy lähteä lääkärin vastaanotolle ja hän tarvitsee kuljetuksen sekä mahdollisesti saattajan mukaan. Kiireetöntä lääkärin vastaanottoaikaa voi joutua odottamaan kauan. Lääkäri voi tulla myös kotikäynnille, mutta se on melko hintavaa ja sitäkin aikaa voi joutua odottamaan joitakin päiviä.	Asiakkaan ei tarvitse poistua kotoa lääkärin vastaanottoa varten. Lääkärin tavoitettavuus myös virka-ajan ulkopuolella? Lääkäripalvelu on nopeammin saatavissa. Mahdollisuus tarvittaessa/haluttaessa tavata sama lääkäri myös kasvotusten (vastaanotolla tai kotikäynnillä). Joissakin tilanteissa (esim. saattohoitotilanteissa) osa asiakkaista voi kokea etäyhteyden ”kylmänä”. Hoitokielteisen asiakkaan kohdalla lääkärin auktoriteetti saattaa heiketä etäyhteyden välityksellä.	Lääkäripalvelu toimii myös iltaisin tai jopa yöaikaan sekä viikonloppuisin. Ei ole mahdollisuutta tavata lääkäriä kasvotusten.
Kotihoidon henkilöstö	Kotihoitopalveluiden henkilöstö ei saa reaaliaikaista tietoa asiakkaan lääkärikäynnistä ja jatko-ohjeista. Jos lääkäriin pääsyä pitää odottaa kauan, mahdollinen epätietoisuus oikeasta hoitolinjasta. Järjestää asiakkaalle tarvittaessa saattajan lääkäriin.	Vaatii ammattitaitoa valikoida ne asiakkaat, joille palvelu sopii. Vaatii ajankäyttöä /resursointia etukäteisvalmisteluihin (mittaukset, alkukartoitus jne.) Edellyttää joustavuutta lääkärin aikataulujen mukaan. Vaatii uudenlaista asennetta teknologian hyödyntämiseen. Uuden teknologian hyödyntäminen kohottaa ammatti-identiteettiä. Työntekijät voivat kokea palvelun kuormittavan.	<i>Vaikutukset ovat muutoin samat kuin vaihtoehdossa 1, mutta tämä vaihtoehto ei lisää yhteistyötä organisaation omiin lääkäreihin.</i>

		<p>vaksi, kun vuorovaikutustilanteen lisäksi pitää hallita tekniikkaa.</p> <p>Mahdollisuus lääkärin konsultaatioon on helpompaa ja sujuvampaa.</p> <p>Lisääntynyt yhteistyö lääkärin kanssa tuo työhön varmuutta.</p>	
Palvelun prosessit ja järjestämistapa	Prosessit ja järjestämistapa eivät muutu	<p>Hoitajan ja lääkärin ajankäytön yhteensovittaminen voi olla haasteellista.</p> <p>Pohdittava palvelun vaihtoehtoinen järjestämistapa, jos tekninen yhteys ei toimi (esim. pelkkä puhelinyhteys).</p> <p>Lisäkoulutusta laitteiden käyttöön ja arvioinnin tekemiseen tarvitaan.</p> <p>Yhteistyö organisaation sisällä hoitajien ja lääkäreiden välillä tiivistyy.</p>	<i>Vaikutukset ovat muutoin samat kuin vaihtoehdossa 1, mutta tämä vaihtoehto ei lisää yhteistyötä organisaation sisällä.</i>
Talous lyhyt/pitkäaikaväli asiakas/organisaatio	<p>Vaihtoehto ei aiheuta organisaatiossa lyhyellä aikavälillä kustannusmuutosta, mutta pitkällä aikavälillä se voi vaikuttaa kysyntään ja näin tulokseen</p> <p>Asiakkaan näkökulmasta kalliimpi vaihtoehto (kuljetus, saattaja)</p>	<p>Laitehankinnat ja etäyhteys tuovat kustannuksia organisaatiolle. (Esim. VideoVisit 50 €/laite/kk). Diagnostiikkalaitteiden kustannukset tulevat liittäksi.</p> <p>Etäyhteyden avulla lääkäri pystyy hoitamaan useamman asiakkaan samassa ajassa kuin esim. kotikäyntiin menisi.</p> <p>Lääkäripalkkiot tulevat omaan organisaatioon.</p> <p>Lääkäriresurssit ja palvelun kysyntä pitäisi olla tasapainossa ja kysyntä kohtuullisen tasaista.</p>	<p>Kustannus saattaa olla suurempi, kun etäyhteydessä käytetään yksityisen lääkäripalvelun käyttämää yhteyttä/laitteistoa.</p> <p>Palvelua voidaan ostaa joustavasti sen mukaan mitä kysyntää on.</p> <p>Lääkäripalkkiot ohjautuvat oman organisaation ulkopuolelle.</p>
Muu: Hoitava lääkäri	<p>Muun organisaation lääkäri aloittaa tilanteen kartoituksen alussa, oman organisaation lääkäri näkee sen mitä on järjestelmään kirjattu.</p> <p>Yhden asiakkaan kotikäyntiin menee paljon aikaa.</p>	<p>Hoitaja kartoittaa asiakkaan tilanteen ja tekee perustutkimuksen (RR, syke, Hb, CRP, verensokeri jne.), tämä nopeuttaa lääkärin työskentelyä.</p>	<i>Vaikutukset ovat samat kuin vaihtoehdossa 1.</i>

Yhteiskunnallinen vaikutus	Ei vaikutusta tai asiakkaat käyttävät jopa enemmän julkisesti tuotettuja lääkäripalveluja	Julkisten lääkäripalveluiden tarve vähenee. Palvelurakenne kehittyy laatusuosituksen mukaiseksi.	<i>Vaikutukset ovat samat kuin vaihtoehdossa 1.</i>
Mielikuva organisaatiosta	Mielikuva organisaatiosta pysyy entisenlaisena.	Kehittyvä, nykyaikainen, monipuolisia palveluja tuottava yritys.	<i>Vaikutukset ovat samat kuin vaihtoehdossa 1.</i>

Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelu

Kysely lääkäripalveluiden käytöstä

Olemme miettineet mahdollisen etälääkärivastaanoton järjestämistä ja siihen liittyen haluaisimme kuulla Teidän mielipiteenne.

Diakonialaitoksen Omalääkäreinä toimii geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Lääkäreiden vastaanotto on Diakonialaitoksella Metsämiehenkadulla ja tarvittaessa he tekevät myös kotikäyntejä. Kotihoitopalvelun hoitajat tekevät yhteistyötä lääkäreiden kanssa ja jos asiakas on tuttu lääkärille, voivat hoitajat kysellä hoito-ohjeita ja lääkeresptejä myös puhelimitse.

Lääkärin etävastaanotolla kotihoitopalvelun hoitajalla olisi mukanaan tablet-laite, jonka kautta hän ottaisi kuva- ja puheyhteyden lääkäriin. Etävastaanoton kautta voitaisiin mm. arvioida iho-ongelmia ja yleisvointia. Tällöin hoitaja suorittaisi esim. keuhkojen kuuntelun lääkärin ohjeiden mukaan. Kustannukseltaan etälääkärivastaanotto olisi edullisempi kuin lääkärin kotikäynti, mutta kalliimpi kuin perinteinen vastaanottokäynti.

1. Oletteko käyttäneet Diakonialaitoksen Omalääkäreiden palveluita?

1. Vastaanotto
2. Kotikäynti
3. En ole käyttänyt

2. Olisitteko valmis käyttämään etälääkärivastaanottoa, jos se sopisi tilanteenne arviointiin?

1. Kyllä
2. Ei

3. Mitä näistä käyttäisitte mieluiten, jos vointinne edellyttäisi lääkärin arviointia?

1. Diakonialaitoksen lääkärin vastaanotto
2. Diakonialaitoksen lääkärin kotikäynti
3. Diakonialaitoksen lääkärin etävastaanotto
4. Jonkun muun lääkärin palvelut

Kiitos vastauksestanne!

Voitte palauttaa tämän kyselyn samassa kurossa asiakastyytyväisyyskyselyn kanssa.

Diakonialaitoksen Kotihoitopalvelu

Hoitajien haastattelut liittyen etälääkäripalvelun kehittämiseen

Haastattelun teemat:

- Mitä ajatuksia etälääkäripalvelu herättää?
- Millaisissa tilanteissa lääkäriin pitäisi saada yhteys? Millaisissa tilanteissa voisi käyttää etäyhteyttä?
- Onko etälääkäripalvelussa jotain, mikä askarruttaa?
- Paljonko asiakkailta voisi velottaa palvelusta?
- Voisiko etäyhteyttä hyödyntää myös niin, että lähihoitajat saisivat asiakkaan luota yhteyden sairaanhoitajaan toimistolle? Millaisissa tilanteissa?