



Hoitohenkilökunnan kokemuksia haavanhoidon etävastaanotoista

Anu Andrésen

Marika Jokiranta

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2019

Kliininen asiantuntija (YAMK)
Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija (YAMK)
Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen

ANDRÉSEN, ANU & JOKIRANTA, MARIKA:
Hoitohenkilökunnan kokemuksia haavanhoidon etävastaanotoista

Opinnäytetyö 72 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Marraskuu 2019

Väestön ikääntyminen lisää kroonisten haavojen esiintyvyyttä ja haavanhoidon tarvetta. Digitaaliset palvelut luovat terveydenhuollolle mahdollisuuksia uusiin toimintatapoihin ja palvelumuotoihin. Tampereen yliopistollisen sairaalan haavakeskuksessa on tehty haavanhoidon videovälitteisiä etävastaanottoja vuodesta 2016 lähtien yhteistyössä Hämeenkyrön ja Sastamalan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia haavanhoidon etävastaanotoista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää perehdyttäessä Tampereen kaupungin hoitohenkilökuntaa videovälitteisen etävastaanoton käyttöönotossa sekä kehitettäessä ammattilaisten välistä yhteistyötä eri organisaatioiden välillä. Tutkimustehtävänä oli kuvata vastaanotto toiminnan ja haavakeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia ja odotuksia haavanhoidon etävastaanotoista. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tuloksista nousi esille hoitohenkilökunnan myönteinen suhtautuminen haavanhoidon etävastaanottoihin. Etävastaanoton kuvailtiin olevan laadukas ja palvelevan hyvin haavapotilaiden hoidossa. Etävastaanotot mahdollistivat välittömän tiedonkulun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välillä. Terveysaseman hoitajalla oli suuri rooli etävastaanotoissa ja hän toimi potilaan puolesta puhujana antaen kallisarvoista tietoa. Haavakeskuksen hoitohenkilökunnalta sai selkeät hoito-ohjeet ja ammattitaitoa syventävää tietoa. Etävastaanoton tekniikka koettiin helppokäyttöiseksi. Suurimpina haasteina esille nousivat tekniset ongelmatilanteet ja aikataulujen sopiminen ammattilaisten kesken.

Etävastaanotot sopivat hyvin perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan työnkuvaan sekä kroonisten haavapotilaiden hoidon konsultointiin. Etävastaanotot lisäsivät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välistä yhteistyötä, joten terveysasemilla tehtäviä etäkonsultaatioita voisi laajentaa muille erikoisaloille. Perusterveydenhuollon tulee toimintatapojaan kehittämällä pystyä parantamaan palveluiden saatavuutta ja tarjota asiakkailleen monipuolisia palveluita. Jatkotutkimuskohteina voisi tutkia etäpalveluiden vaikutuksia kroonisten haavojen hoidossa sekä etäpalveluiden vaikutuksia yhteiskunnan kustannuksiin.

Asiasanat: etävastaanotto, etäkonsultaatio, krooninen haava, asenne

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Clinical Expertise and Development

ANDRÉSEN, ANU & JOKIRANTA, MARIKA:
A Nursing Staff's Experiences of Delivering Wound Care through Telenursing

Master's thesis 72 pages, appendices 8 pages
November 2019

The purpose was to describe the experiences of nursing staff when providing wound care through telenursing. The Aim was to produce information that can be used to familiarize the City of Tampere nursing staff with the implementation of wound care through telenursing and help to develop professional co-operation between different organizations regarding wound care.

The data were collected using semi-structured interviews. The data were analyzed with inductive content analysis.

The results clearly indicate a positive attitude towards wound care through telenursing and the technology was found user-friendly. Telenursing consultation allows immediate information exchange between primary healthcare and specialized healthcare professionals. The greatest challenges were interactive technology related problems and scheduling issues of consultation between healthcare professionals.

Primary health care must be able to offer a wide range of services for its patients, and by developing its practices improve access to services. Telenursing consultation is well suited for the primary care nursing staff. Further studies could be carried out to explore the effectiveness in wound care through telenursing, and possibilities to reduce costs of wound care.

Key words: telenursing, remote consultation, ulcer, wound, attitude

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
3	TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATIOT JA TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	8
	3.1 Tampereen kaupunki	8
	3.2 TAYS Haavakeskus	9
	3.3 Hämeenkyrö.....	10
	3.4 Sastamala	10
	3.5 VideoVisit®-palvelu ja tietoturva	11
4	OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA.....	13
	4.1 Krooniset haavat	13
	4.1.1 Kroonisten haavojen hoito ja moniammatillisen yhteistyön merkitys.....	14
	4.1.2 Krooninen haava yksilön näkökulmasta	16
	4.1.3 Kroonisen haavanyhteiskunnalliset vaikutukset	17
	4.2 Terveydenhuollon etäpalvelut	18
	4.2.1 Etäpalveluiden hyödyt ja haasteet	18
	4.2.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia etävastaanotoista	20
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
	5.1 Tutkimusmenetelmä.....	23
	5.1.1 Teemahaastattelu.....	23
	5.1.2 Aineiston litterointi	25
	5.2 Aineiston analyysi	26
6	TULOKSET	30
	6.1 Etävastaanoton teknologia	30
	6.2 Etävastaanotto potilaan näkökulmasta hoitajien kuvailemana	33
	6.3 Ammatillisuus ja ammattitaito.....	35
	6.4 Haavanhoidon etävastaanoton edellytykset.....	37
	6.5 Ammattilaisten välinen yhteistyö	41
	6.6 Etävastaanoton resurssit.....	43
7	POHDINTA	48
	7.1 Eettisyys.....	48
	7.2 Luotettavuus	51
	7.3 Tulosten tarkastelua.....	53
	7.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	56
	LÄHTEET.....	60

LIITTEET	65
Liite 1. Tutkimustaulukko	65
Liite 2. Teemahaastattelun runko.....	70
Liite 3. Kutsu haastatteluun.....	71
Liite 4. Haastattelun suostumuslomake	72

1 JOHDANTO

Ikääntyminen lisää kroonisten haavojen esiintyvyyttä ja haavanhoidon tarvetta. Suomalaisista 1,3-3,6 % saa kroonisen alaraajahaavan elämänsä aikana. (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8.) Haavan viivästynyt diagnosointi ja hoidon pitkittyminen heikentävät haavan paranemisennustetta (Palve 2017, 518). Krooniset haavat heikentävät potilaiden elämänlaatua aiheuttaen muun muassa kipua ja toiminnallista haittaa (Green, Jester, Mc Kinley & Pooler 2014, 601). Yhteiskunnan näkökulmasta krooniset haavat ovat taloudellinen haitta muun muassa hoitohenkilökunnan haavanhoitoihin käyttämän työajan ja yksilölle aiheutuvan työkyvyttömyyden vuoksi (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8; Juutilainen & Hietanen 2013, 14).

Kuntien tehtävänä on järjestää alueensa asukkaille Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (30.12.2010/1326) mukaiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Kunnat järjestävät palvelut alueellisesti tarkoituksenmukaisin tavoin. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon toimintamalli elää vahvaa murrosta, mikä näkyy terveysasemien vastaanotto toiminnassa. Digitaalisten palveluiden lisääntyminen muuttaa toimintakulttuuria ja luo mahdollisuuksia uusiin toimintatapoihin ja palvelumuotoihin. (Kock 2017.) Etäpalveluiden avulla pystytään vaikuttamaan palveluiden saatavuuteen ja monipuolistamaan palvelutarjontaa. Etäpalveluiden avulla on mahdollista vähentää potilaiden ja yhteiskunnan kustannuksia sekä niihin käytettyä aikaa. (Juhta–Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012, 2.)

Tampereen kaupungin tarkoituksena on ottaa terveysasemilla käyttöön haavanhoidon videovälitteiset etävastaanotot yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan haavakeskuksen kanssa. Haavakeskus on toteuttanut haavanhoidon etävastaanottoja usean vuoden ajan yhteistyössä Pirkanmaan eri ympäristökuntien kanssa. Videovälitteisiä etävastaanottoja ei ole aikaisemmin tehty Tampereen kaupungin terveysasemilla. Opinnäytetyön tutkimustehtäviksi muodostui kuvata perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon etävastaanottoja pitäneiden hoitohenkilökunnan jäsenten kokemuksia ja odotuksia haavanhoidon etävastaanotoista.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia haavanhoidon videovälitteisistä etävastaanotoista.

Tutkimustehtävinä on kuvata:

- Minkälaisia kokemuksia vastaanottoiminnan ja haavakeskuksen hoitohenkilökunnalla on haavanhoidon videovälitteisistä etävastaanotoista?
- Minkälaisia odotuksia vastaanottoiminnan ja haavakeskuksen hoitohenkilökunnalla on haavanhoidon videovälitteisistä etävastaanotoista?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää perehdyttäessä Tampereen kaupungin hoitohenkilökuntaa videovälitteisen etävastaanotopalvelun käyttöönotossa sekä kehitettäessä ammattilaisten välistä yhteistyötä eri organisaatioiden välillä. Pidemmän aikavälin tavoitteena on terveysasemien haavapotilaiden haavojen nopeampi paraneminen.

3 TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATIOT JA TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tampereen kaupungilla käynnistyi yhteistyössä TAYS haavakeskuksen kanssa haavanhoidon etävastaanottopilotti syksyllä 2018. Tampereen kaupungilta pilottiin osallistuvien Lielahden ja Tipotien terveysasemat sekä diabetesvastaanoton jalkaterapeutit. Pilotin käynnistymisestä järjestettiin osallistujien kesken palaveri, jossa mukana oli toinen opinnäytetyöntekijöistä. Tammikuussa 2019 diabetesvastaanoton jalkaterapeutit vetäytyivät pilotista ja tämän jälkeen pilottiin osallistui Tammelakeskuksen terveysasema. Pilottikokeilun jälkeen haavanhoidon etävastaanotot ovat tarkoitus ottaa käyttöön Tampereen kaupungin muilla terveysasemilla.

Opinnäytetyön tekijät olivat aktiivisesti yhteydessä etävastaanottopilotista vastaaviin työelämän ohjaajiin. Heidän kanssaan käytiin keskusteluja, kuinka etävastaanottopilotti saataisiin käynnistettyä terveysasemilla. Työelämän ohjaajien kertoman mukaan Tampereen kaupungin pilottiin osallistuvilta terveysasemilta ei oltu tehty haavanhoidon etävastaanottoja huhtikuuhun 2019 mennessä, joten tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden määrää lisättiin. Haavakeskus on tehnyt vuodesta 2016 videovälitteisiä haavanhoidon etävastaanottoja Sastamalan ja Hämeenkyrön kanssa, joten tutkimuslupia haettiin kyseisiin organisaatioihin huhti-toukokuun aikana. Tarkoituksena oli haastatella hoitohenkilökuntaa, jotka tekevät haavanhoidon etävastaanottoja ja kuvata heidän kokemuksiaan.

3.1 Tampereen kaupunki

Vuonna 2018 Tampereella oli asukkaita 235 239 (Tampereen kaupunkiseutu 2018). Tampereella on yhteensä 11 terveysasemaa, joista kolmen terveyspalvelut järjestää Mehiläinen (Tampereen kaupunki n.d.a). Oriveden sosiaali- ja terveyspalveluista vastaa myös Tampereen kaupunki isäntäkuntana. Orivedellä on yksi terveyskeskus. (Tampereen kaupunki n.d.b.) Tampereen kaupungin terveysasemilla käy potilaita kroonisten haavojen hoidossa. Terveysasemien hoitajat ti-

lastoivat kroonisten haavojen ja palovammojen hoitokäynnit erillisellä SPAT-koodilla, jonka avulla selvitettiin vuoden 2018 haavanhoitokäynnit terveysasemilla. Tampereen kaupungin terveysasemilla Oriveden terveyskeskus mukaan lukien kroonisia haavanhoitokäyntejä oli tuona ajankohtana yhteensä 11 376, joista eri asiakkaita oli 1 615. Eniten kroonisia haavanhoitokäyntejä oli Tammelakeskuksen, Linnainmaan ja Hatanpään terveysasemilla. (Ruuskanen 2019.) SPAT-koodien käytössä saattaa olla eroavaisuuksia eri toimipisteiden välillä. Osa haavanhoitosta on voinut olla myös lyhytaikaisia palovamman hoitokäyntejä, jotka tilastoidaan samalla koodilla.

3.2 TAYS Haavakeskus

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin haavakeskus on erikoistunut vaikeiden kroonisten haavapotilaiden hoitoon ja on ensimmäinen laatuaan Suomessa. Vuonna 2012 haavakeskukseen perustettiin moniammatillinen vuodeosasto ja vuonna 2016 toimintaa laajennettiin avosairaanhoidon puolelle perustamalla haavakeskuksen poliklinikka. Suurimmat potilasryhmät ovat diabeteksestä ja verenkiertohäiriöistä johtuvat haavat sekä painehaavat. Haavakeskuksessa potilaita hoitaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu ammattilaisia ihotautien, plastiikkakirurgian, sisätautien, infektiotautien, ortopedian ja verisuonikirurgian erikoisaloilta. Lisäksi työryhmään kuuluu haavanhoitajia, diabeteshoitajia ja jalkaterapeutteja. Haavakeskuksella on käytössään myös fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (TAYS 2016.) Potilaan tarpeiden mukaan etävastaanotolle on mahdollista saada soviteltua edellä mainitut erikoisalalat sekä erityistyöntekijät. Vuonna 2018 tilastotietojen mukaan haavakeskuksessa tehtiin 19 etävastaanottoa ja vuonna 2019 elokuun loppuun mennessä etävastaanottoja oli tehty 15 kappaletta. (Moksén 2019a.)

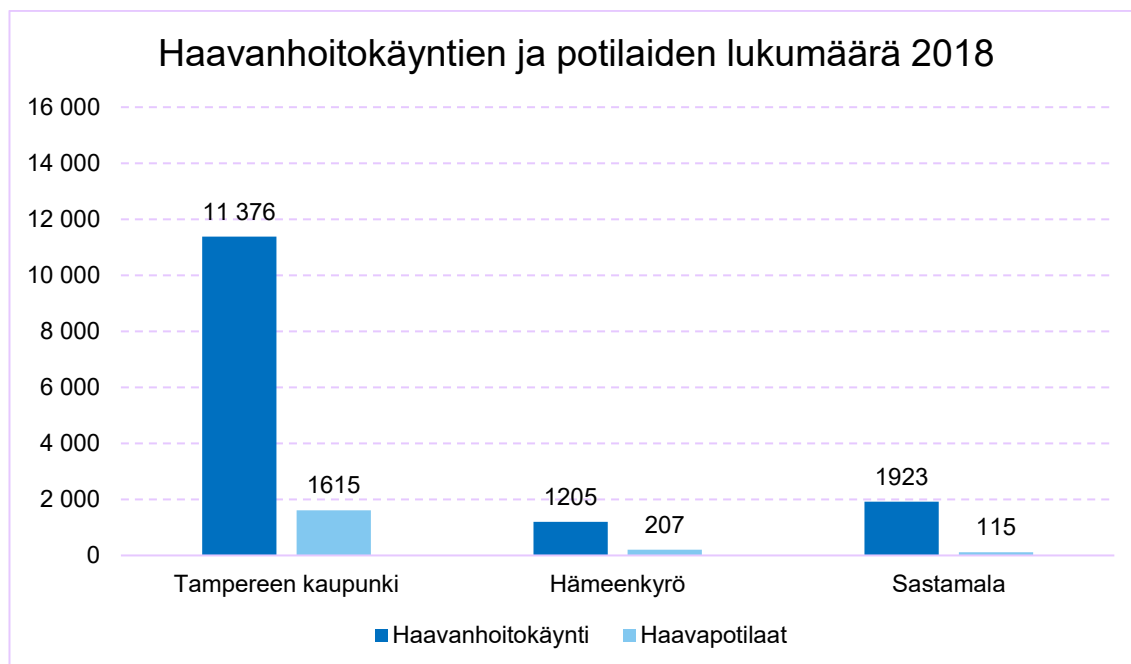
3.3 Hämeenkyrö

Hämeenkyrö on Pirkanmaahan kuuluva kunta, jonka asukasluku on noin 10 600 (Hämeenkyrön kunta n.d.a). Perusterveydenhuollon palvelut toteutetaan Hämeenkyrön terveysasemalla hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla. Terveysasemalla on myös akuutisti sairastuneille päivystystoimintaa ilta-aikaan ja viikonloppuisin vuoroviikoin yhteistyössä Ikaalisten kanssa (Hämeenkyrön kunta n.d.b.) Hämeenkyrön terveysasemalla on tehty haavanhoidon etävastaanottoja yhteistyössä haavakeskuksen kanssa vuodesta 2016 lähtien. Tilastotietojen mukaan vuonna 2018 Hämeenkyrön terveysasemalla hoidettiin 207 haavapotilasta ja hoitokäyntejä kertyi yhteensä 1205 (Mikkola 2019).

3.4 Sastamala

Sastamalassa on asukkaita noin 25 000 (Sastamalan kaupunki n.d.a). Sastamalan kaupungissa on yhteensä kuusi terveysasemaa, joista Vammalan pääterveysasemalla toimii iltaisin ja viikonloppuisin kiirevastaanotto. Terveysasemien sairaanhoitajien vastaanotoilla tehdään muun muassa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia sekä erilaisia hoitotoimenpiteitä, kuten haavanhoitoja ja ompeleiden poistoja. (Sastamalan kaupunki n.d.b.) Pääterveysasemalla on tehty haavanhoidon etävastaanottoja yhteistyössä haavakeskuksen kanssa vuodesta 2016. Tilastotietojen mukaan Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystieteiden lääkärien ja hoitajien vastaanotoilla on vuonna 2018 hoidettu 115 kroonista haavapotilasta ja vastaanottokäyntejä on ollut yhteensä 1923 (Mäkinen 2019).

Alla olevassa kuviossa (kuvio 1) esitetään haavanhoitokäynnit ja potilaiden lukumäärät vuodelta 2018. Kohdeorganisaatiot ovat eroteltu kuviossa.



KUVIO 1. Haavanhoidot kohdeorganisaatioittain vuonna 2018

3.5 VideoVisit®-palvelu ja tietoturva

Haavakeskus toteuttaa etävastaanotot VideoVisit®-palvelun kautta. VideoVisit® on suomalainen terveysteknologian yritys, joka tuottaa sähköisiä palveluita terveysalan yrityksille ja asiakkaille. VideoVisit®-palvelun tarkoituksena on lisätä terveydenhuoltoon digitaalisia palveluita, joiden myötä asiakaskokemusta saadaan syvennettyä. VideoVisit®-palvelut mahdollistavat ammattilaisten kommunikoinnin keskenään sekä potilaiden yhteydenotot digitaalisella alustalla. (VideoVisit® n.d.a.)

Etäkonsultoinnin avulla saadaan turvallinen yhteys eri ammattilaisten tai asiakkaan ja ammattilaisen kesken. Yhteys ammattilaisten ja asiakkaan kesken voidaan luoda tekstin tai videon välityksellä. (VideoVisit® n.d.a.) VideoVisitin® sähköisissä palveluissa tietoturva on otettu huomioon erilaisin suojamenetelmin ja rekisterit ovat suojattuja erilaisin palomurein ja salasanoin (VideoVisit® n.d.b).

Valviran mukaan terveydenhuollon etäpalveluita tarjotessaan on ehdottoman tärkeää varmistaa asianmukainen potilasturvallisuus ja palveluiden tulee noudattaa asetettuja tietoturvasäännöksiä. Etäpalveluissa tietoturva on varmistettava potilastietoja välittäessä ja etäpalveluissa syntyneiden tietojen tallentamisessa. Palvelujen antajalla on vastuu tietosuojan tarjoamisesta luotettavilla yhteyksillä ja etäpalveluista syntyneiden henkilötietojen luotettavalla ja suojatulla käsittelyllä. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2017.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat etävastaanotto, etäkonsultaatio, etälääketiede, krooninen haava sekä hoitohenkilökunnan kokemukset ja asenteet etävastaanotoista. Tutkijat aloittivat tiedonhaun lokakuussa 2018. Tutkimuksia haettiin asiasanahakua käyttäen kotimaisesta ja kansainvälisistä tietokannoista. Kotimaisista tietokannoista käytettiin Medicia ja kansainvälisistä Cinahlia ja Medlinea. Aineiston rajauksen kriteereinä olivat täysi-ikäiset potilaat, alle 10 vuotta vanhat vertaisarvioidut tutkimukset, joista käytettävissä oli koko tutkimusteksti. Manuaalihakuja tehtiin joulukuussa 2018, huhtikuussa ja lokakuussa 2019 edellä mainituin kriteerein täydentämään aikaisempaa tutkimushakua. Tutkimusten tarkastelun ja rajauksen jälkeen jäljelle jäi 17 tutkimusta. Teoreettista viitekehystä täydentämään mukaan päädyttiin ottamaan yksi Pro gradu tutkielma, sillä tämän katsottiin tuovan lisäarvoa kotimaisiin tutkimuksiin. Työssä käytetyt tutkimukset ovat taulukoitu (Liite 1).

4.1 Krooniset haavat

Väestön ikääntyessä kroonisten haavojen määrä ja haavanhoidon tarve lisääntyvät (Kaartinen, Berg & Lagus 2017, 481). Ikääntyminen ja lisääntynyt ylipaino lisäävät riskiä sairastua diabetekseen. Diabeetikoista 15-20% saavat alaraajahaavan elämänsä aikana. (Juutilainen & Vikatmaa 2017, 505.) Perussairauksista sydän- ja verisuonisairaudet ovat haavapotilailla hyvin tavallisia (Palve 2017, 518). Alaraajan verenkiertohäiriöt ovat yksi suurimmista kroonisten haavojen etiologisista aiheuttajista. Laskimovajaatoiminta on syynä 37-76 %:ssa ja valtimoverenkierronvajaatoiminta 9-22 %:ssa kroonisista haavoista. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014.) Kirurgisia toimenpiteitä tehdään entistä vanhemmille, mikä lisää riskiä haavakomplikaatioihin (Hietanen n.d). Naisilla kroonisten haavojen esiintyvyys on miehiä yleisempää. Väestöstä 1,3-3,6 % saa elämänsä aikana kroonisen alaraajahaavan. (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8.)

Krooninen haava voidaan määritellä keston, ilmaantumiseen liittyvien tekijöiden, paranemisprosessiin liittyvien ulkoisten ja toistuvien mekaanisten tekijöiden tai elimistön sisäisen sairaustekijän avulla (Juutilainen & Hietanen 2013, 28). Haavan kroonistumisen syyt ovat aina selvitettävä (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 524). Kroonisille haavoille on tyypillistä, että niiden paranemisaikaa on vaikea arvioida ja ne voivat uusiutua herkästi. Kroonisesta haavasta puhutaan, kun haava on ollut avoimena vähintään kuukauden ajan. Aikamääritelmä on häilyvä, sillä akuutin haavan paraneminen voi kestää pitkään. (Juutilainen & Hietanen 2013, 28.) Iskeemisen tai diabeettisen alaraajahaavan aikarajana pidetään kahta viikkoa (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 524). Krooniset haavat voidaan määritellä etiologiansa mukaan verisuoniperäisiin, diabetekseen liittyviin, ulkoisen paineen tai hankauksen aiheuttamiin, tulehdussairauksista, metabolisista sairauksista ja maligniteetista aiheutuviin haavoihin, kroonisen sädehoidon aiheuttamiin haavoihin sekä traumaattisen tai kirurgisen haavan jälkitilaan (Juutilainen & Hietanen 2013, 28). Mitä useampi etiologinen syy haavan taustalla on, sitä heikompi on haavan paranemisennuste (Palve 2017, 518). Tyypillisimpiä kroonisia haavoja ovat diabeteksen aiheuttamat jalkahaavat, laskimoperäiset säärihaavat ja painehaavat (Juutilainen & Hietanen 2013, 12).

4.1.1 Kroonisten haavojen hoito ja moniammatillisen yhteistyön merkitys

Ensisijaisen tärkeää on haavojen syntymisen ennaltaehkäisy hoitamalla potilaan perussairaudet hyvin. Keskeisessä asemassa haavojen ennaltaehkäisyssä ovat lisäksi liikunta ja monipuolinen ravitsemus. Haavanhoidon ensisijaisia tavoitteita ovat haavan paranemisen tukeminen erilaisin keinoin ja haavainfektioiden estäminen. (Hietanen n.d.) Haava on oire tai sairauden komplikaatio, jolloin etiologian selvittäminen on hoidon ja sen onnistumisen edellytys. Perusterveydenhuollossa tapahtuvalla varhaisella diagnostiikalla, haavan kiireellisyyden arvioinnilla, hoitosuunnitelman laatimisella ja erikoissairaanhoidon konsultaatioiden suunnittelulla on tärkeä merkitys haavojen hoidossa. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 524–525.) Hoidon viivästyminen heikentää haavan paranemisen todennäköisyyttä (Palve 2017, 518) ja voi johtaa äärimmäisessä tapauksessa amputaatioon (Kosonen 2016).

Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan haavan paranemisen esteinä olevien tekijöiden tunnistamista ja korjaamista sekä systemaattista paikallishoitoa (Palve 2017, 518). Konservatiivinen hoito voidaan jakaa parantavaan ja ylläpitävään hoitoon (Juutilainen & Hietanen 2013, 77). Paikallishoidon tavoitteena on haavan puhdistaminen, kosteustasapainosta huolehtiminen ja epitelisaation tukeminen (Palve 2017, 518). Paikallishoitoa suunniteltaessa arvioidaan potilaan riski saada haavainfektio, sillä tämä vaikuttaa paikallishoitotuotteiden valintaan (Hietanen n.d). Haavainfektiot ovat yleisin komplikaatio kroonisissa parantumattomissa haavoissa (Gottrup ym. 2014, 477). Paikallishoitoon on kehitetty ja on tarjolla lukuisia määriä erilaisia haavanhoitotuotteita. Haavanhoidossa voidaan käyttää myös teknisiä apuvälineitä, kuten esimerkiksi alipaineimuhoitoa, ylipainehoitoa tai ultraäänihoitoa. Teknologia ja tekniset apuvälineet vaativat toimiakseen perusteellisen haavapohjan puhdistamisen ja hoidon. (Palve 2017, 522.)

Kroonisen haavan hoidossa voidaan harkita kirurgista hoitoa, mikäli haava on kookas tai se on ollut pitkään auki eikä konservatiivinen hoito ole tehonnut. Kirurginen hoito voidaan jakaa revisiokirurgiaan ja korjaavaan kirurgiaan. Revisiokirurgian tarkoituksena on poistaa haavapohjasta eloton ja infektoitunut kudus. Korjaava kirurgia tarkoittaa haavan sulkemista kirurgisesti. (Juutilainen & Hietanen 2013, 77, 168–169).

Haavojen menestyksekkään hoidon kannalta hoitotuotteita tärkeämpää on moniammatillinen yhteistyö (Palve 2017, 518). Suomessa kroonisten haavojen hoitoon on panostettu perustamalla moniammatillinen haavakeskus Tampereen yliopistolliseen sairaalaan. Myös muissa yliopistosairaaloissa ollaan perustamassa vastaavia haavakeskuksia. Moniammatillisissa haavakeskuksissa toimii usean alan erikoislääkäreitä, jotka yhteistyössä keskenään kartoittavat haavan etiologian ja laativat hoitosuunnitelman, jota voidaan perusterveydenhuollossa toteuttaa. Moniammatillisen haavakeskustoiminnan ja toiminnan keskittämisen on todettu parantavan kroonisten haavojen hoitotuloksia. (Kaartinen, Berg & Lagus 2017, 481.) TAYS:n Haavakeskuksen toiminnan käynnistymisen hyödyistä on näyttöä, sillä on todettu, että diabeteksestä johtuvien sääriamputaatioiden määrä on vähentynyt yli 40 %:lla ja kirurgisen hoidon viive on vähentynyt 60 %:lla (Laakso ym. 2017, 41–44).

Haavanhoito on itsenäistä työskentelyä ja vaatii laajaa osaamista. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden peruskoulutus antaa suppeat valmiudet käytännön työhön ja haavojen hoitamiseen. Koulutettu hoitohenkilöstö parantaa haavanhoidon laatua ja kustannustehokkuutta. (Juutilainen & Hietanen 2013, 390–391.) Hoitohenkilökunnan haavanhoidon osaamista lisäävät haavanhoidon asiantuntijaopinnot ja täydennyskoulutus (Kaartinen, Berg & Lagus 2017, 481). Hoitoketjujen avulla on mahdollista terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä palveluiden saataavuuden ja tehokkuuden parantaminen. Kroonisten haavojen hoitoon tulisi luoda oma hoitoketju, jonka avulla potilaiden hoito olisi sujuvampaa. Hoitoketjun avulla pystytään lisäämään ja parantamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 390.)

4.1.2 Krooninen haava yksilön näkökulmasta

Krooninen haava ja sen hoidot vaikuttavat merkittävästi potilaan päivittäiseen elämään ja elämänlaatuun. Kipu, haju, haavan erityis ja haavasta aiheutuva toiminnallinen haitta aiheuttavat päivittäisiä haasteita potilaalle ja heikentävät elämänlaatua. (Green, Jester, Mc Kinley & Pooler 2014, 601.) Toiminnallinen haitta riippuu haavan suuruudesta, sijainnista ja sen aiheuttamista kudonvaurioista. Haava voi parannuttuaankin aiheuttaa toiminnallista haittaa arpikudoksen tai kivun vuoksi. (Juutilainen & Hietanen 2013, 13.) Krooninen haava rajoittaa potilaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, aiheuttaa eristäytymistä, mielialan laskua, masennusta ja toivottomuutta. Haavakipu vaikuttaa nukkumiseen ja laskee viireystilaa sekä aiheuttaa väsymystä. (Green, Jester, Mc Kinley & Pooler 2014, 601, 605.)

Haavanhoidot sitovat potilasta myös tiettyihin aikatauluihin, mikä osaltaan rajoittaa hänen toimintaansa. Haavakipu ja epävarmuus haavan paranemisen kestosta vaikuttavat myös potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Haavakipu ja kivun lääkkeellinen hoito lamauttavat ihmisen toimintakykyä ja voivat johtaa lääke-riippuvuuteen sekä osaltaan aiheuttaa työkyvyttömyyttä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 13.) Pitkät sairauslomat ja työkyvyttömyys vaikuttavat potilaan toimeentuloon ja taloudelliseen tilanteeseen (Kosonen 2016). Lisäksi potilaalle aiheutuu

kustannuksia muun muassa hoitokäynneistä avoterveydenhuollossa ja sairaalassa, hoitokäyntien matkakustannuksista, lääkkeistä ja haavanhoitotuotteista (Juutilainen & Hietanen 2013, 14; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014).

4.1.3 Kroonisen haavanyhteiskunnalliset vaikutukset

Yhteiskunnan näkökulmasta krooniset haavat ovat erityisesti taloudellinen ongelma suurten kustannustensa vuoksi (Juutilainen & Hietanen 2013, 14). Suurin yksittäinen kustannuserä on hoitohenkilökunnan käyttämä työaika (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8). Teollisuusmaiden väestöstä lähes 1-1,5 % tulee saamaan parantumattoman haavan, mikä kuluttaa terveydenhuollon määrärahoja 2-4 % (Gottrup ym. 2014, 477). Helsingissä haavanhoidosta aiheutuvat kustannukset ovat 7-14 miljoonaa euroa. Kustannukset kasvavat väestön ikääntymisen ja odotetun eliniän pidentyminen vuoksi. (Hietanen n.d.; Kosonen 2016.)

Alkuvaiheen nopealla diagnostiikalla, hoidon suunnittelulla ja haavojen tehokkaalla hoidolla on mahdollista säästää kustannuksissa (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8; Vehmanen 2018, 2924). Etäpalvelut säästävät yhteiskunnan kustannuksia, kun potilaan ja ammattilaisten matkustaminen vähenee. Myös potilaiden erikoissairaanhoidon tarve voi vähentyä ja tämän myötä kustannukset voivat laskea. (Vuononvirta 2011, 61.) Haavainfektioiden ennaltaehkäisy on merkittävää, sillä arvion mukaan haavan infektoituminen pitkittää hoitoa keskimäärin neljän vuorokauden ajan ja tulee maksamaan yhteiskunnalle noin 65 miljoonaa euroa vuodessa. Painehaavojen hoito on kalliimpaa, noin 5 000-7 000 euroa potilasta kohden. (Paajanen & Rantala 2016.) Kroonisten haavojen aiheuttama yksilön työkyvyttömyys on myös merkittävää yhteiskunnan näkökulmasta (Juutilainen & Hietanen 2013, 14.)

Moksénin mukaan haavakeskuksessa on tehty kuntalaskutustuotteet niin, että etävastaanotto on hieman fyysistä vastaanottokäyntiä edullisempi. Etävastaanoton ja fyysisen vastaanoton kustannusten vertailu ei ole täysin yksiselitteistä, sillä kunta kutsuu potilaan omiin tiloihinsa ja käyttää omia resurssejaan etävas-

taanoton järjestämiseen. Rahalla ei voi mitata sitä hyötyä, joka saadaan, kun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaiset yhdessä potilaan ja läheisen kanssa käyvät läpi potilaan tilanteen ja sopivat yhdessä toteutettavasta hoitosuunnitelmasta. (Moksén 2019b.)

4.2 Terveydenhuollon etäpalvelut

Etälääketiede ja etäpalvelut tarkoittavat terveydenhuollon palveluiden tuottamista ja palveluiden mahdollistamista uusien teknologisten keinojen ja menetelmien avulla. Tämä tarkoittaa, että potilaan tutkiminen, hoito, tarkkailu ja diagnoosin tekeminen sekä hoitoon liittyvä päätöksenteko pohjautuu erilaisilla viestintäjärjestelmillä saatuihin tietoihin. (Sillanaukee & Arvonen 2015; Lääkäriliitto 2016.) Terveydenhuollon etäpalveluissa hoitokontakti voi tapahtua esimerkiksi videon- tai mobiililaitteen välityksellä. Etäpalvelut voivat tapahtua myös suojatulla sähköpostilla tai etämonitoroinnilla. Kyseiset palvelut kattavat ammattilaisten väliset etäkonsultoinnit, mutta anonyymisti annettava neuvonta ei lukeudu etäpalveluiden piiriin. Etäpalveluita käytettäessä palveluntarjoajan tulee huomioida, että hänellä on tarvittava välineistö, tilat ja asiaan koulutuksen saanut henkilökunta. Potilasturvallisuuden huomioiminen on yksi tärkeä lähtökohta kyseisten palveluiden luotettavalle toteutukselle. (Lääkäriliitto 2016; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2017.)

4.2.1 Etäpalveluiden hyödyt ja haasteet

Etäpalveluiden tarkoituksena on mahdollistaa palveluiden saatavuus ja monipuolisuus potilaslähtöisesti. Kyseisillä palveluilla voidaan säästää niin potilaiden kuin organisaatioiden aikaa ja kustannuksia. Etäpalvelut mahdollistavat tasavertaisen palvelun saannin ihmisille asuinpaikasta ja välimatkoista riippumatta. (Juhta–Julikisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012, 2.) Etäpalveluista on tutkittu olevan hyötyä sekä asiakkaille että organisaatiolle (Jauhiainen & Sihvo 2014, 15–16).

Etäpalveluiden vaikutukset vähentävät asiakaskäyntejä tulevaisuudessa. NykYTEKNIKAN kehittymisen myötä asiakkailta on mahdollisuus samantasoiseen palveluun niin kotonaan kuin yrityksessä asioidessaan. Palvelun merkitys korostuu varsinkin haja-asutusalueilla asuvien ihmisten keskuudessa, koska pitkistä välimatkoista huolimatta heillä on mahdollisuus samoihin palveluihin kuin suurissa kaupungeissa asuvilla. Etäpalveluiden helppous ja asiakaslähtöisyys korostuvat myös taajamassa asuville, koska kyseiset palvelut eivät ole aika- tai paikkasidonnaisia. Asiakas pystyy ottamaan itse yhteyttä palveluntarjoajaan hänelle parhaimpaan aikaan ja hänelle suotuisassa paikassa. (Valtiovarainministeriö 2015, 18–20.)

Ihmisten mielenkiinto sähköiseen asiointiin terveydenhuollossa on nykypäivänä kasvanut. Ihmiset käyttävät jo olemassa olevia palveluita ja ovat myönteisiä uusien palveluiden kehittämiseksi. Nuoret ovat kokeneet palvelut helpommin käytettäviksi, kun taas iäkkäämmät saattavat epäillä omia valmiuksiaan käyttää sähköisiä palveluita. (Kivekäs, Kuosmanen, Kinnunen, Kansanen & Saranto 2019, 26–27.) Sosiaali- ja Terveysministeriön linjauksen mukaisesti terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on huomioida etäpalveluiden käyttö ja sopivuus potilas- ja tilannekohtaisesti. Etäpalvelut eivät sovi jokaiselle potilaalle eikä jokaiseen hoitokontaktiin. Hoitohenkilökunnan tulee havaita etäpalvelujen sopimattomuus ja tarvittaessa tarjota potilaalle normaalia vastaanottoaika. (Sillanauke & Arvonen 2015.)

Digitaalisten palveluiden tiedetään tuovan helpotusta työn tekemiseen ja toimintatapoihin, mutta tästä huolimatta terveydenhuolto tulee digitalisaation suhteen jälkijunassa. Digitalisaatiota hidastavia tai estäviä tekijöitä on Euroopan komission mukaan useita. Käyttöönottoon vaikuttavat sähköisten järjestelmien suuret kustannukset varsinkin alkuvaiheessa kuin myös järjestelmien yhteen toimimattomuus. Hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden osaamattomuus ja luottamuksen puute sähköisiä palveluita kohtaan vaikuttavat palveluiden käyttöönottoa hidastavasti. Käyttöönoton esteitä ovat myös tietosuojan liittyvä luottamuksen puute sekä terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden vähäinen tietämys digitaalisten palveluiden kustannustehokkuudesta. (Euroopan komissio 2014, 4, 6–7, 10.)

4.2.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia etävastaanotoista

Tutkimusten tulosten mukaan hoitohenkilökunta suhtautuu pääosin myönteisesti ja innokkaasti etävastaanottoihin ja etäteknologiaan (Vuononvirta 2011, 58; King 2014, 30; Taylor ym. 2014, 331; Kolltveit ym. 2016, 3; Rafter 2016, 122–123; Kolltveit ym. 2017, 4–5; Kosonen 2018, 25–26;) ja ovat halukkaita jatkamaan sovelluksien käyttöä (Kosonen 2018, 22). Vuonovirran (2011, 57) mukaan hoitohenkilökunnan teknologiasuuntautuneisuus, teknisen tuen saatavuus ja palvelun kokeilumahdollisuus saattaa olla merkityksellistä palvelun käyttöönotossa. Sovellukset, etävastaanotot ja etäkonsultaatiot koetaan sopiviksi ja tehokkaiksi työkaluiksi ja toimintamalleiksi haavanhoidossa (Vowden & Vowden 2013, 488; King 2014, 30–31). Hoitohenkilökunta kokee uusista toimintamalleista olevan hyötyä ja tekniset ongelmat eivät lopettaneet etäpalvelun käyttöä (Vuononvirta 2011, 59–61). Etäteknologian sovellukset koetaan nopeina ja hoidon jatkuvuutta edistävinä (Kuusisto ym. 2016a, 1463–1464), helppokäyttöisinä ja niiden koetaan lisäävän työtyytyväisyyttä (Rafter 2016, 123). Moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnin mahdollisuus nähdään myönteisenä sekä kustannustehokkaana (Vowden & Vowden 2013, 488; Stern ym. 2014, 11).

Henkilökunta nostaa tärkeäksi asiaksi käyttäjäystävällisen teknologian ja sen helppokäyttöisyyden sekä onnistumisen tunteet teknologian käytössä (King 2014, 30; Taylor ym. 2014, 331; Kolltveit ym. 2017, 5). Kouluttaminen, perehdyttäminen ja tekninen tuki nähdään tärkeänä (Sharma & Clarke 2014, 4–5; Taylor ym. 2014, 334; Kolltveit ym. 2017, 5) ja hoitohenkilökunta on halukas saamaan lisäkoulutusta aiheesta (Kosonen 2018, 29). Tärkeänä nähdään myös lähellä oleva kollega, joka pystyy tarvittaessa antamaan apua ja rohkaisua uuden teknologian käytössä (Kolltveit ym. 2017, 5). Vuonovirran (2011, 57) ja Kososen (2018, 42) mukaan atk-tukihenkilön apu tekee välineistön käytöstä helpompaa. Kosonen (2018, 42) painottaa työssään, että tekninen tuki voi tulla esimieheltä, kollegalta tai it-tukihenkilöltä. Hoitohenkilökunta kokee koulutuksen tarjoamisen, kommunikaation tuen saamisen ja säännöllisten tapaamisten etäpalveluiden käytöstä nostavan palvelun käyttöönoton mahdollisuuksia huomattavasti (Odeh, Kayyali, Gebara & Philip 2014, 1135).

Organisaatiossa johtajien ja johdon osallisuudella, sitoutuneisuudella ja vastuullisuudella koetaan olevan vaikutusta etäpalveluiden käyttöönotossa ja palveluiden käytön jatkuvuudessa (Vuononvirta 2011, 75–76; Kolltveit ym. 2017, 6–7). Organisaatioiden keskinäisen kommunikoinnin mahdollisuus ja helppous nostetaan esille hoitohenkilökunnan vastauksissa (Kolltveit ym. 2017, 7). Hoitohenkilökunta kokee, että etäsovelluksen avulla pystytään paremmin tukemaan kotona olevien potilaiden itsehoitoa, antamaan heille tukea haavanhoidossa ja hoidon toteutumisen arvioinnissa (Parmanto ym. 2015, 7). Etäsovellusten käytön koetaan tuovan hyötyä työpaikan resurssien hyödyntämiseen (Kosonen 2018, 27). Videovälitteisen etäpalvelun hyötyjä ovat Vuonovirran (2011, 60) mukaan potilaiden nopeampi pääsy erikoissairaanhoidon, tiedonvälityksen paraneminen eri organisaatioiden ammattilaisten välillä ja potilaan hoitopolun selkiytyminen.

Etävastaanottoon koetaan liittyvän enemmän potilasturvallisuusriskejä verrattuna normaaliin vastaanottoon ja lääkärit kokevat suurimmiksi riskeiksi diagnosin tekemisen ilman varsinaista tutkimista ja lähetetietojen totuudenmukaisuutta (Kuusisto ym. 2016b, 2200). Etäpalveluiden käytössä on ilmaantunut muutamia ongelmia hoitohenkilökunnan itsetunnon puutteesta teknologiaa kohtaan (King 2014, 30). Haasteiksi etäterveydenhuollon palveluiden käytölle nousevat tiedottamisen puute, henkilökunnan vaihtuvuus ja eri ammattilaisten aikataulujen yhteensovittaminen etäkonsultoinnissa (Vuononvirta 2011, 76–77).

Välineistön puutteellisuus on yksi etävastaanoton käyttöönottoa estävistä tekijöistä (Kosonen 2018, 49). Haasteina esille nousee henkilöstöresurssien riittämättömyys, koska hoitohenkilökunta kokee etäohjelmistojen käyttöönoton olevan ylimääräinen työtehtävä, johon ei ole varattu ylimääräisiä resursseja (Taylor ym. 2014, 331). Haasteita etäpalvelun käytölle ovat hoitohenkilökunnan negatiivinen suhtautuminen etäpalveluun, ajanpuute, välineistön huono saatavuus ja laitteiden toimimattomuus. Etäpalvelun käyttöönottoa heikentäviä tekijöitä ovat teknologian vierastaminen ja vanhojen toimintatapojen noudattaminen. Hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne korostuu, mikäli he eivät olleet kokeilleet etäpalvelun käyttöä. (Vuononvirta 2011, 57–58.) Mikäli työyhteisössä on useita teknologiaan negatiivisesti suhtautuvia työntekijöitä, muutosvastarinnan todennäköisyys mahdollisesti lisääntyy ja uudet käytännöt vaativat enemmän resursseja (Kosonen 2018, 43).

Osa hoitohenkilökunnasta kokee työmäärän lisääntyvän ja poikkeavuudet rutineissa kielteisiksi. Myös vuorovaikutus potilaiden kanssa muuttuu erilaiseksi. (Sharma & Clarke 2014, 5.) Vuonovirran (2011, 58) tutkimuksen mukaan etäpalvelun käytön innokkuuteen vaikuttaa työmäärän lisääntyminen erityisesti palvelua käyttönottaessa. Odehin ym. (2014) mukaan hoitohenkilökunta nostaa suurimmaksi ongelmakohdaksi resurssien vähyyden, joihin lukeutuvat käytettävän ajan ja henkilökunnan resurssien vähyys. Resurssien vähyys koetaan suurimpana haasteena palvelun jäämisestä pysyvään käytäntöön tulevaisuudessa. Hoitohenkilökunta kertoo teknologian käytön olleen potilaille hyödyllistä ja mielikuva sovelluksesta henkilökunnalla on positiivinen. Tästä huolimatta hoitajat kokevat tämän nostavan heidän jo valmiiksi korkeaa työtaakkaa ja palvelun käyttöön heiltä menee enemmän aikaa, kuin he olivat alkujaan ajatelleet. Organisaation ja teknisen tuen puute vaikuttavat hoitohenkilökunnan kokemuksiin palvelusta ja tämän käytöstä. (Odeh ym. 2014, 1134–1137.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkitaan ja tarkastellaan merkityksiä, jotka ovat ihmisten välisiä ja sosiaalisia. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tavoittaa tutkittavan omat kuvaukset hänen kokemastaan todellisuudesta. (Vilka 2015, 118.) Kankkusen ja Vehviläinen -Julkusen (2013, 65–66) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan kuvattua ihmisten näkemyksiä, kokemuksia ja tulkintoja, joten hoitohenkilökunnan kokemuksia ja odotuksia tarkastelevan opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan yleensä pientä määrää tapauksia (Eskola & Suoranta 2014, 18). Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kohdeorganisaatioiden hoitohenkilökunnan jäsenet, jotka ovat toteuttaneet haavanhoidon etävastaanottoja (N=6). Laadullisen tutkimuksen aineiston keräämisessä tärkeintä ei ole kerätyn aineiston määrä vaan sisällöllinen laajuus (Vilka 2015,129).

5.1.1 Teemahaastattelu

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä eri tavoin, mutta yleisin tapa on haastatteluiden teko (Vilka 2015, 122). Haastatteluiden hyötynä on osallistujien hyvä osallistuminen tutkimukseen ja tarvittaessa heidät saadaan tavoitettua uudelleen mahdollista jatkokyselyä tai tutkimusta varten (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 204–205). Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa käsitellään tutkimusongelman keskeisiä aiheita eli teemoja (Vilka 2015,124). Tämän tutkimuksen haastattelurungon teemat (Liite 2) nousivat esille teoriasta ja aikaisemmista tutkimuksista. Tavoitteena teemahaastattelussa on, että tutkimukseen osallistuja voi antaa oman käsityksensä ja mielipiteensä tutkitavasta aiheesta. Vilkan (2015) mukaan aiheet tulisi käydä läpi tutkimukseen osallistuvan kannalta loogisessa järjestyksessä, joten tämä huomioitiin haastattelurungon suunnitteluvaiheessa. (Vilka 2015, 124.)

Teemahaastatteluiissa tutkijalla on yleensä tiedossa kysyttävät aihealueet, mutta tarkemmat kysymykset puuttuvat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 208). Haastattelukysymyksien muodostuksessa auttaa tutkijan ymmärrys kyseiseen aiheeseen, mutta tämä voi aiheuttaa sen, että kysymyksiin muodostuu piilotetusti tutkijan asenteita tutkittavasta asiasta. Tällöin riskinä on, että vastauksilla ei saada tutkimuskysymyksiin vastauksia. (Vilka 2015, 127–128.) Tässä työssä tutkijat olivat etukäteen suunnitelleet teemoihin kysymyksiä, jotta välttyttäisiin tutkijoiden omien ymmärryksien ja mielipiteiden esille nousemisesta haastatteluiden aikana. Etukäteen suunniteltujen kysymysten avulla varmistettiin, että jokaiselta tutkimukseen osallistujalta kysyttäisiin samat asiat.

Vilkan (2015) mukaan teemahaastattelun käytössä saattaa esiintyä haasteita, joita tutkija pystyy ennakoimaan. Teemahaastatteluita tehdessä saattaa tulla esille sanojen tulkintaongelmia. Teemahaastattelun hyvänä puolena on, että haastateltava voi heti tarkentaa tai varmistaa millä tavalla käytetyt sanat on ymmärretty. Tutkijan tulisi pyrkiä avoimiin kysymyksiin, joiden avulla saadaan laajempia vastauksia tutkittavasta ongelmasta. (Vilka 2015, 127–128.) Haastattelutilanteissa esitettiin tarvittaessa lisä- ja jatkokysymyksiä tutkittaville, jotta tutkijat saivat tarkennettua mitä tutkittava tarkoitti. Tutkittaville esitetyt kysymykset olivat avoimia, jotta välttyttäisiin tutkittavan johdattelulta ja heille annettiin aikaa vastata rauhassa esitettyihin kysymyksiin. Avoimien kysymysten avulla tutkittava sai kertoa oman mielensä mukaan ajatuksiaan ja mielipiteitään teemoista.

Teemahaastatteluiden kysymysten selkeyttä ja ymmärrettävyyttä voidaan selvittää tekemällä koehaastattelu. Koehaastattelu antaa varmuutta haastattelun suorittamiseen lopullisessa kohderyhmässä ja koetestauksen avulla saadaan selvyyttä mahdollisista haastattelukysymysten väärinymmärryksistä. (Vilka 2015, 130.) Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin koehaastattelu, jonka perusteella haastattelurunko ja teema-alueet todettiin monipuolisiksi ja toimiviksi. Palautetta haastattelusta kysyttiin koehaastatteluun osallistuvalla henkilöllä. Osa etukäteen suunnitelluista kysymyksistä tarkennettiin koehaastattelun perusteella. Koehaastattelussa saatiin hyödyllistä tietoa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin liittyen, joten koehaastattelun materiaali päätettiin ottaa mukaan tutkimusaineistoon.

Haastatteluita voidaan suorittaa yksilö-, pari- ja ryhmähaastatteluina. Yleisimmin käytetty on yksilöhaastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 210.) Haastattelua tehtäessä tutkijan tehtävänä on huolehtia siitä, että haastattelussa pysytään sovituissa teemoissa (Vilkkä 2015, 216). Molemmat tutkijat osallistuivat haastatteluihin, jotka toteutettiin yksilöhaastatteluina yhdessä tutkittavien kanssa sovittuina ajankohtina toukokuussa 2019. Haastattelut toteutettiin tutkittavien työpaikoilla ja he saivat vaikuttaa haastattelutilan valintaan. Tutkijoiden toiveena haastattelutilalle oli rauhallinen ja häiriötön tila. Kaikki haastattelut tehtiin tutkimukseen osallistujan omassa työhuoneessa. Haastatteluun oli varattu aikaa tunti. Ennalta varattu aika oli riittävä, sillä haastattelut kestivät 24-38 minuuttia. Haastattelut etenivät teemarungon mukaisesti keskustelun omaisesti. Haastattelutilanne oli luonteva, avoin ja rauhallinen. Haastatteluista kolme keskeytyi kollegan tullessa työhuoneeseen. Keskeytykset eivät häirinneet tutkimushaastattelun kulkua vaan haastattelu jatkui luontevasti.

5.1.2 Aineiston litterointi

Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen se muutetaan tekstimuotoon eli litteroidaan. Litterointi on mahdollista toteuttaa puhtaaksi kirjoittamalla koko kerätty tutkimusaineisto tai valikoimalla litteroitava aineisto esimerkiksi teemojen mukaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 222.) Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2014, 222) mukaan laadullinen tutkimusaineisto on usein tarkoituksenmukaista litteroida sanasta sanaan, joten tässä työssä litteroitiin koko kerätty tutkimusaineisto. Tutkimusaineisto litteroitiin tutkijoiden toimesta kesäkuussa 2019. Aineisto litteroitiin Calibri-fontilla, jonka kirjainsinkoko oli 11 ja riviväli 1. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa tuli 36 sivua.

Litterointi helpottaa tutkijaa aineiston läpikäymisessä (Vilkkä 2015, 137). Tuomen ja Sarajärven mukaan aineiston koodaaminen voidaan suorittaa tutkijan haluamalla tavalla. Koodauksen avulla aineistoa jäsennetään, tehdään muistiinpanoja ja sen avulla tutkija pystyy palaamaan helpommin haluttuun kohtaan aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2014, 92–93.) Tässä työssä aineiston koodauksessa käytettiin eri värejä, kirjaimia ja numerosarjoja. Värikoodein eroteltiin hoitohenkilökun-

nan kokemukset ja odotukset toisistaan. Numerokoodien avulla eroteltiin alkupe-
räisilmaisut ja eri haastattelut. Haastattelijat ja tutkittava koodattiin litteroituun
tekstiin kirjainkoodilla. Vilkka (2015) toteaa, että tutkimusaineiston kokonaisval-
taisen läpikäymisen jälkeen on helpompi ryhmitellä ja luokitella saatu aineisto.
Tutkimukseen osallistuvien puhetta ei saa litteroinnissa muokata. Litteroinnin
tarkkuus vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Vilkka 2015, 137–138.) Litte-
roidut tutkimushaastattelut kaksoistarkastettiin luovutettavuuden lisäämiseksi si-
ten, että tutkijat tarkastivat toistensa litteroidut tekstit.

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen jälkeen haastatteluiden analysointi ja vastausten tulkinta-
vaihe ovat tutkimuksen tärkeimpiä vaiheita. Tässä kohtaa tutkija saa selvyuden
minkälaiset vastaukset on saatu määriteltäviin ongelmiin. (Hirsjärvi, Remes & Sa-
javaara 2014, 221.) Laadullisen tutkimuksen aineistonanalyysissä aineistoa tar-
kastellaan kokonaisuutena, ei tilastollisten todennäköisyyksien kautta (Alasuutari
2011, 38). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuk-
sessa. Sisällönanalyysia tehtäessä ollaan kiinnostuneita tutkimusaineistosta
esille nousevista asioista, jotka vastaavat tutkimuksen tarkoitukseen, tutkimus-
tehtäviin tai tutkimusongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–104.)

Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkitun ilmiön perusteellinen ja tiivis esittämi-
nen, jonka avulla muodostuu käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja
tai käsitelmalleja. Yksinkertaistetusta aineistosta tuotetaan merkityksiä, seurauk-
sia ja sisältöjä. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa induktiivisesti eli aineistolähtöi-
sesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen
2015, 166–167.) Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2014, 224) suosittelevat valitse-
maan analyysitavan, jolla tutkija saa parhaimmin vastaukset ennalta-asetettuihin
tutkimustehtäviin. Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto analysoitiin induktiivi-
sesti, koska aineisto ohjasi tutkijoiden analyysia ja aineistosta etsittiin tutkimus-
tehtävien kannalta merkityksellisiä asioita.

Induktiivisen eli aineistolähtöisen tarkoituksena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tutkijan aikaisemmat havainnot ja tiedot tai tutkittavasta ilmiöstä eivät saa ohjata analyysia. Sisällönanalyysin toteutus voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat päätös mistä aineistossa ollaan kiinnostuneita, aineiston läpikäyminen ja kiinnostavien asioiden erottaminen, aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely ja yhteenvedon kirjoittaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–104, 108.) Tutkimusaineisto tiivistetään ja siitä karsitaan tutkimusongelman tai tutkimustehtävien kannalta kaikki epäolennainen tieto pois (Vilka 2015, 164). Tämän työn tutkimuksessa analyysia ja tutkijoiden kiinnostusta aineiston sisältöön ohjasivat tutkimustehtävät. Aineiston sisällön läpikäyminen aloitettiin elokuussa 2019. Tutkijat poimivat omilla tahoillaan aineistosta merkityksellisiä tutkimustehtäviin vastaavia asioita. Tämän jälkeen aineisto käytiin yhdessä läpi ja keskusteltiin, mitkä asiat ovat perusteltua nostaa esille tutkimustehtävien kannalta. Yhteisymmärryksessä ulkopuolelle rajattiin asiat, jotka eivät vastanneet tutkimustehtäviin.

Alkuperäisilmaisut, joista tutkija on kiinnostunut, pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Pelkistyneen jälkeen ilmaisut ryhmitellään eli klusteroidaan samaan kategoriaan ja nimetään sisältöä kuvaavasti alaluokiksi. Tämän jälkeen analyysia jatketaan abstrahoidulla eli yhdistämällä samansisältöiset alaluokat ja muodostamalla niille yläluokkia, jotka myös nimetään. Yläluokkia yhdistämällä on mahdollista muodostaa pääluokkia. Tutkijan muodostamien ala-, ylä- ja pääluokkien avulla vastataan tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114–115.) Tuomen ja Sarajärven (2014, 111) mukaan luokittelua jatketaan niin pitkään kuin se aineiston sisällön kannalta on suoritettavissa.

Merkitykselliset alkuperäisilmaisut pelkistettiin yhteistyössä tutkijoiden kesken. Tämän jälkeen pelkistyneitä lähdettiin luokittelemaan sisällön mukaan. Samansisältöiset pelkistykset luokiteltiin omiin kategorioihinsa ja näistä muodostui alaluokkia. Alaluokkien ryhmittelyn jälkeen lähdettiin muodostamaan sisältöä kuvaavia yläluokkia. Tutkimusaineistoon palattiin tarkastamaan pelkistysten merkitystä. Tässä työssä abstrahointi päättyi yläluokkiin, joita muodostettiin kuusi. Yläluokkia ei ollut mahdollista luokitella pääluokiksi. Yläluokat vastaavat tässä työssä tutkimustehtäviin. Tuomen ja Sarajärven (2018, 114–115) mukaan luokkien muodostaminen on analyysin kriittisin vaihe, sillä tutkija muodostaa ne oman tulkintansa

mukaan. Luokittelun sisällöistä käytiin kriittistä keskustelua ja sekä ala- että yläluokkia muokattiin tämän pohjalta. Alla olevan taulukon (taulukko 1) avulla tutkijoiden on tarkoitus kuvata toteutunutta analyysia esittämällä esimerkki yhden yläluokan muodostamisesta. Taulukossa esitetään osa pelkistyksistä, jotka johtivat alaluokkien muodostamiseen.

TAULUKKO 1. Analyysiesimerkki yläluokan muodostamisesta

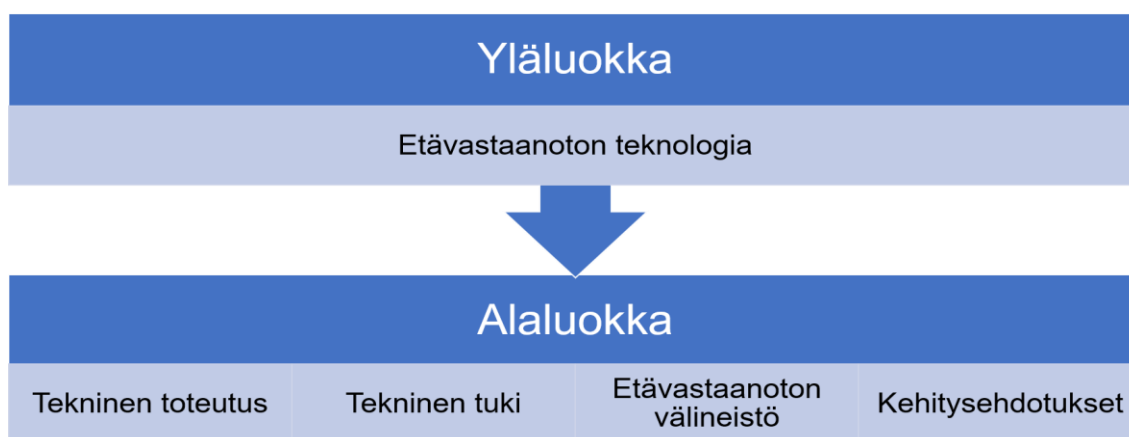
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"Aika perustiedot pitää olla haavapotilaan hoidosta hallussa"	Tulee osata perustiedot haavapotilaan hoidosta hallussa	Terveysaseman hoitajana ammattitaito ja valmistautuminen etävastaanottoon	Ammatillisuus ja ammattitaito
"Esitiedot, et kuinka usein potilas on käynyt siellä haavanhoidossa ja mitä ne haavahoitotuotteet on ollut ja onko niin kun jos on vaikka joku lääkityshoito"	Esitiedot potilaasta		
"Et on osannut arvioida edeltävästi ja on ottanut justiin haavasta vaikka ne valmiiksi mitat"	Hoitajan tulisi osata arvioida edeltävästi ja ottaa haavasta mitat valmiiksi		
"No sitten siinä on semmonen hyöty tota niinkun kahdensuuntainen tiedollinen hyöty"	Kahdensuuntainen tiedollinen hyöty ammattilaisten välillä	Ammatillinen kasvu ja kehittyminen	
"Se oman niinkun tän ammatillisen tiedon niinkun lisäämistä, joo. Kyllä e on ihan, must se on ihan tosi tarpeellista."	Ammatillisen tiedon lisääntyminen		
"Jos tulee jotain kysymistä, niin saa heti kysyä"	Saa heti kysyä, mikäli kysyttävää		
"Kyl se sopii erittäin hyvin niinkun hoitajille"	Sopii erittäin hyvin hoitajille	Terveysaseman hoitajan rooli etävastaanotolla	
"Hän on niinkun sen potilaan puolesta puhuja monesti sitten"	Hoitaja on monesti potilaan puolesta puhuja		
"Hoitajalla on iso rooli siten tämmösessä etävastaanotossa"	Hoitajalla on iso rooli etävastaanotoissa		
"Kaikilla pitäis olla siihen oikeus niinkun saada"	Kaikilla potilailla pitäisi olla oikeus saada etävastaanotto	Potilaslähtöisyys	
"Et menis se potilas edellä"	Potilas edellä ajattelu		
"Tää niinkun vastaanottojen ja puheluitten väliin lisätapaa palvella ihmistä"	Etävastaanotto potilas näkökulmasta lisätapaa palvella ihmistä		

6 TULOKSET

Aineistosta muodostui analyysin jälkeen kuusi yläluokkaa, jotka vastasivat tutkimustehtäviin hoitohenkilökunnan kokemuksista ja odotuksista haavanhoidon etävastaanotoista. Yläluokiksi muodostui etävastaanoton teknologia, etävastaanotto potilaan näkökulmasta hoitajien kuvailemana, ammatillisuus ja ammattitaito, haavanhoidon etävastaanoton edellytykset, ammattilaisten välinen yhteistyö ja etävastaanoton resurssit. Tuloksissa esitetään yläluokkiin johtaneet alaluokat lihaivoituina luokittelun selkeyttämiseksi.

6.1 Etävastaanoton teknologia

Yläluokaksi muodostui etävastaanoton teknologia, joka kuvaa hoitohenkilökunnan kokemuksia etävastaanottojen teknisestä toteutuksesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Etävastaanoton teknologia sisältää alaluokat tekninen toteutus, tekninen tuki, etävastaanoton välineistö ja kehitysehdotukset (kuvio 2).



KUVIO 2. Etävastaanoton teknologia

Etävastaanottojen kuvailtiin olevan tekniikkaa ja teknistä toteuttamisesta. Vastaanottomuotona etävastaanottoa pidettiin hyvänä tekniikan toimiessa. Etävastaanottojen käytännön toteutuksen koettiin sujuneen hyvin, vaikka pieniä tekniikkaan liittyviä ongelmia oli ollut. **Teknistä toteutusta** ei koettu monimutkaiseksi ja tekniikan käyttöä pidettiin helppona. Helpoksi teknologian ja tekniikan käytön teki

ohjeiden mukaan toimiminen. Haasteina ja haittoina etävastaanoton onnistumiselle koettiin tekniikasta aiheutuvat ongelmat ja tekniikkaa pidettiin haastavana ongelmatilanteissa. Myös henkilön kokemattomuus etävastaanoton tekniikan käytössä ja teknisen tuen puute olivat aiheuttaneet haasteita etävastaanoton toteutuksessa.

”Se on just ehkä muodostunut ongelmaks sit jos siellä vastaanottavassa päässä on ollut kokematon henkilö ja sit hänellä ei oo ollu tietoo keneltä voi pyytää apua, jos vaikka ääni ei kuulu.”

Osa vastaajista kertoi, että teknisiä haasteita oli ilmaantunut melkein viikoittain ja haasteet olivat liittyneet etävastaanoton yhteyden avaamiseen, erityisesti ensimmäisellä kerralla. Ajoittaisista teknisistä ongelmista huolimatta yhteyden ottaminen koettiin helpoksi. Tays:n VideoVisit®-palvelussa oli esiintynyt käyttöönoton alkuvaiheessa ongelmia ja palvelu oli ollut hetken pois käytöstä. Alkuvaikeuksien jälkeen VideoVisit® oli toiminut hyvin ja palvelu koettiin joustavaksi, sillä palvelun tuottaja teki pyydettyä palveluun muutoksia. Yhteydenottaminen ja kirjautuminen palveluun koettiin hitaaksi tietoturvaan liittyvän tunnistautumisen vuoksi. Etävastaanottoja ei ollut teknisten ongelmien vuoksi jäänyt pitämättä, sillä yhteydenotto eri organisaatioiden välillä oli otettu muilla keinoin, kuten puhelimitse tai Skype:n välityksellä. Palvelun alkuvaiheessa etävastaanotto jouduttiin äärimmäisissä tapauksissa korvaamaan kuvakonsultaatiolla.

”Sit joskus on jouduttu ihan puhelinyhteys ottamaan et kuva näkyy, mut sit ääni hoidetaan sit puhelimitse, mut toimiihan se niinkin sitten.”

Hoitohenkilökunnan mukaan etävastaanoton yhteydenottaminen nykyisen ammattiverkon kautta onnistuisi keneltä tahansa ja heidän toiveinaan olisi palvelun käyttäjien lisääntyessä, että yhteyden ottaminen olisi äärimmäisen yksinkertaista ja nopeakäyttöistä. Etävastaanoton teknisen toteutuksen tulisi olla hyvin toimiva ja nopea, jotta se palvelisi terveydenhuoltoalalla.

Teknisen tuen koettiin luovan varmuutta etävastaanottojen pitämiseen. Teknistä tukea oli saatavilla esimiehien ja atk-tukihenkilöiden toimesta ja tuki oli tullut tarvittaessa helposti paikalle. Esimiehiltä oli saatu teknistä apua lähes aina ongelmatilanteissa. Myönteiseksi koettiin, että teknistä apua oli saatu ilman kankeiden sisäisten pyyntöjen tekemistä. Tekninen tuki koettiin puutteelliseksi, mikäli ei ollut

tietoa keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Osa vastaajista koki, ettei tekninen tuki ollut osannut valmistautua etävastaanottojen teknisen tuen antamiseen. Hoitohenkilökunnan ja teknisen tuen välisessä vuorovaikutuksessa oli haasteita toisen osapuolen ymmärtämisessä. Osa hoitajista koki, että he kykenevät antamaan teknistä tukea kollegoilleen.

”Tietotekniikkapuoli ei niinkun oo osannut valmistautua, eikä ehkä oo tietysti voinutkaan osata. Että kyllä ja sitten semmonen asia mikä tässä niinkun on selvästi tullut on se, että kun mä puhun sitä hoitajaa ja ne puhuu sitä nörttiä.”

Etävastaanoton välineistö koettiin helppokäyttöisiksi, eikä tämä vaatinut monimutkaisia asennuksia. Välineistö eri toimipisteissä oli yhteneväinen ja laadullisesti toimiva, sillä potilaan iho- ja haavatilanne oli saatu etävastaanottojen aikana hyvin kartoitettua. Käytetty kamera koettiin tarkaksi ja hoitohenkilökunnan mielestä kameran kuvanlaatu koettiin yhtä hyväksi, kuin paikan päällä haavaa katsottaessa. Alkuvaiheessa välineistöön liittyviä ongelmia aiheuttivat äänen kuulumattomuus ja kuvan häviäminen. Välineistön tekniset haasteet olivat liittyneet enimmäkseen käyttäjä- ja tietokonekohtaisiin asetuksiin ja nämä esiintyivät yleensä ensimmäistä kertaa yhteyttä avatessa. Alkuvaiheen haasteiden jälkeen mikrofonin ja kameran toiminnassa ei ollut ilmaantunut ongelmia, vaan haasteita aiheuttivat kameran sijainti ja kuvanlaatu, mitkä korostuivat terveysasemien päässä. Kuvanlaatuun haasteita aiheuttivat kameran kädessä pitäminen käden epävakauden vuoksi. Haasteina koettiin myös haavan kuvaaminen niin, että vastapuoli näkisi kaiken oleellisen. Haavaa kuvatessa kameran kohdistuksen joutui varmistamaan tietokoneen näytöltä. Kuvanlaatuun vaikutti myös kameran kaukainen sijainti haavalta ja vastaanottohuoneen heikko valaistus.

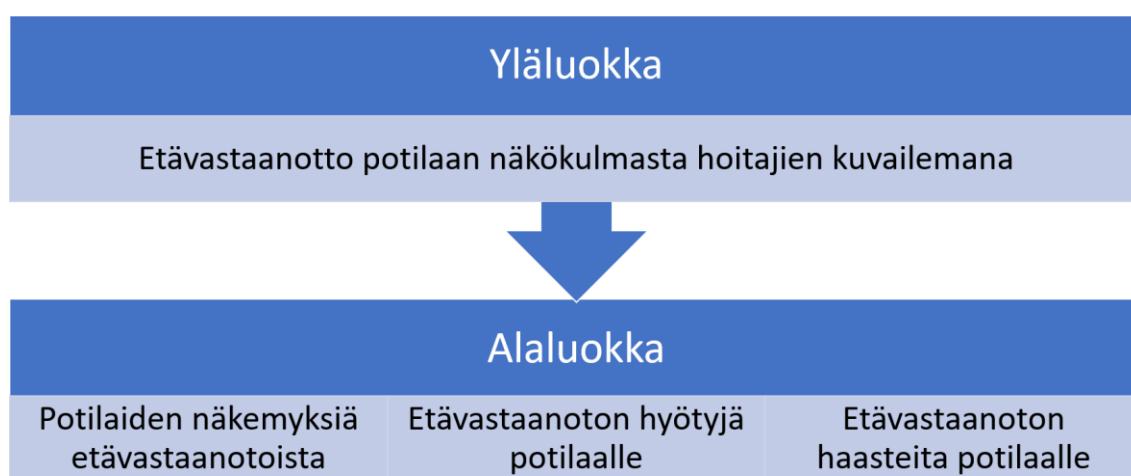
Kehitysehdotuksina vastaajien toiveissa oli, että kamera, kaiutin ja mikrofoni olisivat tietokoneelle valmiiksi asennettuna ja näiden toimivuus olisi testattu ennen ensimmäistä etävastaanottoa. Tekniikkaan ja teknisiin ongelmiin liittyvää koulutusta ja perehdytystä toivottiin. Koulutuksen myötä osattaisiin myös paremmin auttaa vastapuolta teknisten ongelmien ilmaantuessa. Tärkeänä koettiin tekninen tuki ja tieto keneen voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.

”Tietotekniikan kans tietysti välillä tulee aina yllätyksiä, mutta siihenkin on hyvä varautua, tai et sielläkin ois sitten yhteystiedot, kehen he voi ottaa yhteyttä, jos siinä tuleeekin jotain häikkää.”

Tekniikan käyttöä helpottaisi selkeät ja yksinkertaiset ohjeet. Vastaajien toiveissa oli, että teknisiin ongelmiin puututtaisiin sekä toimintatapoja kehitettäisiin ja parannettaisiin. Hoitohenkilökunnan mukaan kamerajalustasta tai -telineestä olisi hyötyä kuvanlaadun haasteisiin. Langaton kamera sujuvoittaisi käytännön toteutusta.

6.2 Etävastaanotto potilaan näkökulmasta hoitajien kuvailemana

Tämä yläluokka kuvaa hoitohenkilökunnan näkemyksiä etävastaanotoista potilaan näkökulmasta. Etävastaanotto potilaan näkökulmasta hoitajien kuvailemana sisältää alaluokat potilaiden näkemyksiä etävastaanotoista, etävastaanoton hyötyjä potilaalle ja etävastaanoton haasteita potilaalle (kuvio 3).



KUVIO 3. Etävastaanotto potilaan näkökulmasta hoitajien kuvailemana

Hoitohenkilökunnan kuvailemana **potilaiden näkemykset etävastaanotoista** olivat myönteisiä. Potilaat olivat tyytyväisiä, pitivät etävastaanotosta palvelumuotona ja kokivat sen miellyttävänä. Potilailta oli tullut todella paljon kiitosta, että vastaanotto oli onnistunut omalla terveysasemalla, eikä täytynyt lähteä haavakeskukseen. Hoitohenkilökunnan mukaan potilaat olivat olleet tyytyväisiä, hämmentyneitä ja yllättyneitä etävastaanottojen hyvästä käytännön toteutuksesta. He

eivät olleet hämillään etävastaanottojen aikana. Potilaat olivat olleet jopa hämmästyneitä etävastaanoton teknisen toteutuksen sujuvuudesta. Hoitohenkilökunnan mukaan potilaat tulivat mieluiten haavanhoitoon lähelle ja tutulle hoitajalle terveysasemalle.

”Et hehän tulee ääreis mielellään, et ihanaa ku saa tulla tähän lähelle ja tutulle hoitajalle. Et kyllä, potilaat tykkää ja he haluais mieluummin niinkun sen lähivastaanoton.”

Vastaajien kertoman mukaan etävastaanotto palvelumuotona tarjosi kaikille, erityisesti kaukana asuville, mahdollisuuden eri erikoisalojen konsultaatioon sekä nopeaan interventioon omalla terveysasemalla. Hoitohenkilökunnan mukaan **etävastaanoton hyötyjä potilaille** olivat ajallinen ja taloudellinen säästö. Työssä käyvät potilaat hyötyivät, kun haava hoidettiin omalla terveysasemalla, eikä täytynyt olla pois töistä niin pitkään kuin käynti haavakeskuksessa olisi vaatinut.

”Mut sillain, et nyt on jonkun verran ollu sillai näillä nuoremmillakin, ni tota ainakin se ykskin sano ihanasti et ei hänen tarvi olla pois töistä ku se puolentoista tuntia kun hän käy tässä.”

Potilaat olivat antaneet palautetta, että ajansäästön kannalta oli parempi ajaa muutama kilometri omalle terveysasemalle, kuin huomattavasti pidempi matka haavakeskukseen. Kauemmista kunnista käynti haavakeskuksessa matkoineen saattoi viedä koko päivän. Ajomatkan lyheneminen koettiin potilasystävälliseksi ja siitä aiheutui taloudellista säästöä potilaalle. Pidempi ajomatka oli iso rasite varsinkin iäkkäimmille ja kivuliaalle potilaille. Terveysasema oli potilaalle tuttu hoitoympäristö ja potilas hyötyi siitä, että erikoissairaanhoidon käynnillä oli mukana hänet tunteva hoitaja. Lisäksi hoitohenkilökunnan mukaan potilas hyötyi hänet tuntevan hoitajan tai muun henkilön läsnäolosta, sillä potilas ei aina itse osannut kertoa hoidostaan.

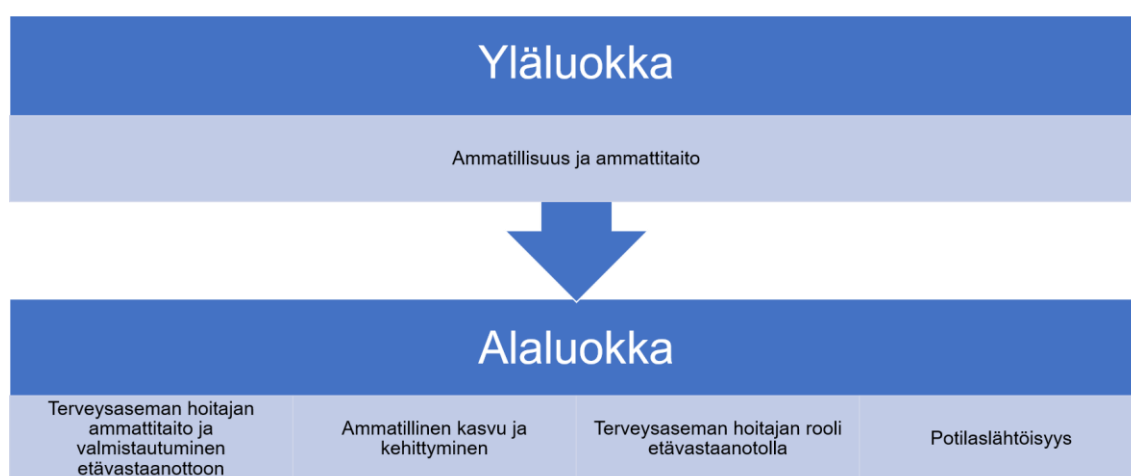
”--tavallaan sit kun siellä lääkäri viä kyseleeki jotain ni ei ehkä aina osaa kertoakaan ni sit on, ehkä kiva, että mä kerron että mitä on laitettu ja millai on ollut.”

Hoitohenkilökunnan mielestä **etävastaanoton haasteita potilaalle** oli vastaanottoajan sopiminen. Potilas ei pystynyt vaikuttamaan vastaanottoaikaan, vaan aika sovittiin ammattilaisten aikataulujen mukaan, mikä ei ollut potilasystävällistä.

Vastaajien mukaan etävastaanoton haasteeksi saattaisi nousta liian suppea kokonaistilantarvio, mikäli potilaan haavatilanne olisi liian kompleksinen. Etävastaanotolla keskityttiin herkästi pelkkään haavaan potilaan sijaan. Tämän myötä hoitohenkilökunta oli painottanut potilaan huomioimista vastaanotolla. Hoitohenkilökunnan mielestä potilas voi kokea etävastaanoton persoonattomaksi. Potilaan huono näkö tai kuulo saattavat aiheuttaa hänelle epäselvyyden tunteita etävastaanoton aikana.

6.3 Ammatillisuus ja ammattitaito

Yläluokaksi muodostui ammatillisuus ja ammattitaito, jossa kuvataan etävastaanoton vaikutuksia hoitohenkilökunnan ammatillisuuteen ja ammattitaitoon. Alaluokiksi muodostui terveysaseman hoitajan ammattitaito ja valmistautuminen etävastaanottoon, ammatillinen kasvu ja kehittyminen, terveysaseman hoitajan rooli etävastaanotolla sekä potilaslähtöisyys (kuvio 4).



KUVIO 4. Ammatillisuus ja ammattitaito

Vastaajien mukaan **terveysaseman hoitajan ammattitaidolta** edellytettiin perustietoja haavapotilaan hoidosta ja perusosaamista haavapotilaan kliinisestä työstä, kuten esimerkiksi haavamittojen ottamisesta. Terveysaseman hoitajan piti osata havainnoida ja arvioida haavan mahdollisia muutoksia ja hoidon toteuttamista. Etävastaanottoa pitävältä hoitajalta edellytettiin teknistä osaamista, kuten esimerkiksi valokuvien ottamista ja tallentamista sähköiseen arkistoon. Hoitajan

täytyi **valmistautua etävastaanottoon** perehtymällä potilaan kokonaistilanteeseen, kuten potilaan vointiin ja haavatilanteeseen. Hoitajan piti huomioida hoidon kannalta informatiiviset asiat ja osata informoida erikoissairaanhoidtoa potilaan tilanteesta. Ennen etäyhteyden ottamista potilas täytyi esivalmistella eli tuki- ja haavasidokset avata ja haava puhdistaa.

”Ja valmistella sillain potilas, että se on ehkä se haava on hyvä olla jo auki tai näin ja mieltii sit et onks se kompressiohoito ollut niinkun sidoksia otattaessa niin et onko se toiminut myöskin. Et niinkun tämmöset informatiiviset asiat mitä me niinkun ehkä vastaanotollakin niinkun hoitaja tekee ennenkun lääkäri tulee paikalle, niin siellä terveyskeskuksessa tekis sitten sen saman.”

Etävastaanotto mahdollisti hoitajan **ammattillisen kasvun ja kehittymisen**. Terveysaseman hoitaja hyötyi etävastaanotoista, sillä ammatillinen tieto lisääntyi. Haavakeskus sai ensiarvoisen tärkeää tietoa potilaasta ja hänen hoidostaan terveysasemilta. Haavakeskuksen hoitaja oli antanut terveysaseman hoitajille koulutuksellista tietoa ja käytännön oppeja etävastaanoton aikana. Moniammatillinen tiimityö näkyi haavakeskuksen hoitajan osaamisessa ja hoitaja pystyi antamaan ohjausta oman aihealueen ulkopuolelta etäpisteisiin.

”--antaa tota ja samalla sitä koulutuksellista, et me voidaan täältä niinkun sitten taas ohjata, et jos me nähdään vaikka sitä tukisidontaa, voi olla et hoitaja siinä teknisesti toteuttaakin sitä. Esimerkiksi tai haavanhoitoa, niin me täältä antaa vinkkejä, jopa niin et hei käännäs vähäsen sitä veitsen asentoa toiseen tai tota, nyt täytyy vähän napakammin sitoa ja nyt sulla on rulla ehkä väärinpäin. Niin ihan käytännön oppeja, mitä me ei muuten voida antaa.”

Etävastaanotolla oli mahdollista kysyä potilaan tilanteeseen ja haavanhoitoon liittyviä kysymyksiä ja vastaukset näihin kysymyksiin sai heti etävastaanoton aikana. Etävastaanoton aikana oli mahdollista kysyä kysymyksiä potilastilanteen ulkopuolelta oman ammattitaidon ja tiedon lisäämiseksi.

”Monesti saattaa tulla ehkä siihen sen potilastilanteen ulkopuolelta-kin joku kysymys, et mua on pohdituttanut tämmönen asia, että mites nää tota että milloinko mä vaihdan vaikka tukisukan näiden kompressiositeiden tilalle.”

Haavakeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä terveysaseman hoitajilla oli iso rooli etävastaanotoissa. **Etävastaanotolla terveysaseman hoitajan rooli** oli toimia potilaan puolesta puhujana. Hoitaja toimi tiedon välittäjänä haavakeskuksen ammattilaisille, sillä kaikki tieto ei välittynyt pelkän videokuvan kautta. Terveysaseman hoitohenkilökunnan näkemys potilaan tilanteesta korostui ja he pystyivät antamaan kallisarvoista tietoa, mitä potilas itse ei haavakeskuksen käynnillä osannut antaa. Terveysaseman hoitajan läsnäolo erikoissairaanhoidon tapaamisissa oli harvinaislaatuista ja hoitaja oli mukana tasavertaisena ammattilaisena etävastaanotolla. Hoitohenkilökunnan mukaan etävastaanotot olivat sopineet erittäin hyvin sairaanhoitajien työnkuvaan ja heidän mielestään etäyhteyden ottaminen pitäisi olla jokaisen velvoite. Etävastaanottoja tehneet hoitajat olivat työskennelleet paljon haavapotilaiden kanssa. Vastauksista nousi esille, että hoitohenkilökunnan mielestä etävastaanotot olisi hyvä keskittää ja päävastuu siirtää tietyille hoitajille, esimerkiksi terveysaseman haavanhoidon vastuuhoidajille.

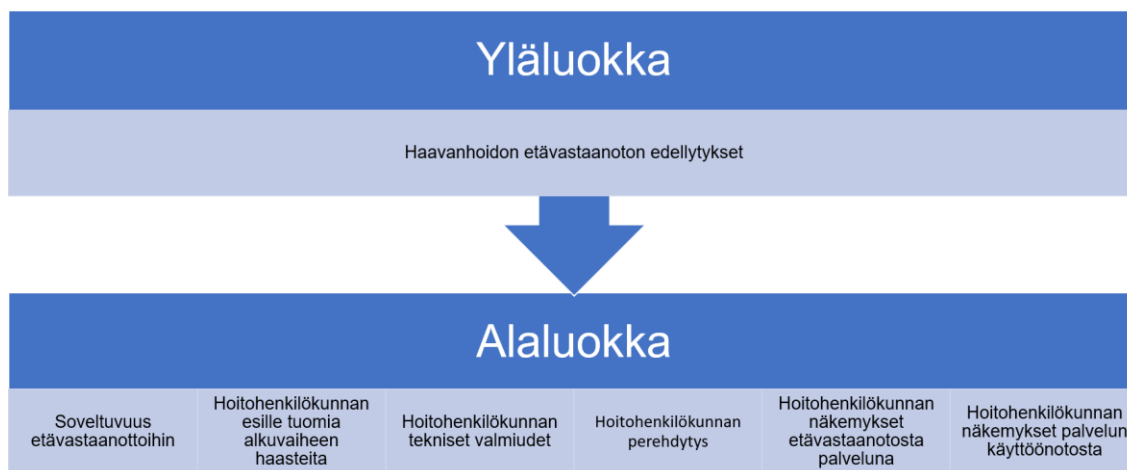
Hoitohenkilökunnan mukaan etävastaanottojen järjestäminen tuli tehdä potilaan suostumuksella ja lähtökohtana etävastaanotoille oli **potilaslähtöisyys**. Vastajien mukaan potilaan näkökulmasta etävastaanotto toimi fyysisen vastaanoton ja puheluiden ohella lisätapana palvella ihmistä. Fyysinen vastaanotto haavakeskuksessa ei aina ollut tarpeellinen ja tämän vuoksi tulisi miettiä potilaskohtaisesti potilaiden soveltuvuus etävastaanottoihin. Haavakeskuksen toiveena oli, että terveysaseman hoitohenkilökunta arvioisi potilaan soveltuvuuden etävastaanottoihin. Hoitohenkilökunnan mielestä etävastaanotoista oli ollut niin paljon hyötyä potilaille, että ne oli pyritty terveysasemilla järjestämään. Kaikilla potilailla pitäisi olla oikeus saada etävastaanotto.

”--Suomen maassa ni kaikilla pitäis olla siihen oikeus niinkun saada. Suomi on teknologia maa, ni tavallaan semmosta mahdollisimman, et ei tarvis potilas liikkuu vaan se tekniikka mahdollistais sen et saa laadukkaan hoidon, ettei tarvi lähtee erikoissairaanhoidon johonki kauas.”

6.4 Haavanhoidon etävastaanoton edellytykset

Yläluokka haavanhoidon etävastaanoton edellytykset kuvaa etävastaanottoa palveluna ja sen käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä. Tämä yläluokka pitää sisällään

alaluokat soveltuvuus etävastaanottoihin, hoitohenkilökunnan esille tuomia alkuvaiheen haasteita, hoitohenkilökunnan tekniset valmiudet, hoitohenkilökunnan perehdytys, hoitohenkilökunnan näkemykset etävastaanotosta palveluna ja palvelun käyttöönotosta (kuvio 5).



KUVIO 5. Haavanhoidon etävastaanoton edellytykset

Haavapotilaat **soveltuivat** ja olivat erittäin hyvä potilasryhmä **etävastaanottoihin**. Hoitohenkilökunnan mukaan nykypäivänä etävastaanotot kuuluisivat osaksi haavanhoitoa. Etävastaanotto palveli parhaiten kontrollikäynneissä. Ensikäynti oli hankala toteuttaa etävastaanottona, varsinkin jos haavan etiologia ei ollut selvä. Etävastaanottoihin eivät sopineet kompleksiset potilastapaukset, joiden hoidossa tarvittiin monen eri osaajan yhteistyötä ja kokonaisvaltaista hallintaa. Joskus etävastaanoton aikana huomattiin, että potilaan haavatilanteen vuoksi potilas hyötyisi enemmän fyysisestä vastaanottokäynnistä haavakeskuksessa. Haavakeskuksen hoitohenkilökunnan mukaan etävastaanotto oli puhelinkonsultaatiota parempi, koska kuva kertoi sanoja enemmän.

”Helpompihan se arvio on tehdä vaikka semmosen etä-videovälitteisen kuvan perusteella, kun pelkästään puhelimen perusteella. Kyllähän se meidän työtäkkin helpottaa, et me nähdään, kuva antaa enemmän kun tuhat sanaa.”

Hoitohenkilökunnan esille tuomia alkuvaiheen haasteita olivat jännitys ja epävarmuus siitä, kuinka toimia etävastaanotolla. Ensimmäisen kerran jälkeen jännitystä laski, kun huomattiin ammattilaisten olevan helposti lähestyttäviä ja tavallisia ihmisiä ruudun toisella puolella. Etävastaanotoilla erityisesti tekninen toteutus jännitti terveysaseman henkilökuntaa. Hoitohenkilökunnan näkemyksen

mukaan palvelua ei halunnut kokeilla uudestaan, mikäli ensimmäinen etävastaanottokokemus muodostui huonoksi. Haasteeksi ensimmäisellä kerralla saattoi muodostua etävastaanoton pitäjän malttamattomuus yhteyden muodostamisessa.

Hoitohenkilökunnan tekniset valmiudet vaikuttivat etävastaanottoihin. Hoitohenkilökunnan mukaan kaikilla tulisi olla valmius toteuttaa etävastaanottoja, koska tekniikka koettiin helppokäyttöiseksi. Osa vastaajista sai itse ratkaistua tekniset ongelmat kun taas osa oli tukeutunut atk-tukihenkilön apuun. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että jos hallitsi tietotekniikkaa ei etävastaanottojen pitäminen ollut vaikeaa. Vastaajat kokivat, että palvelu voi jäädä käyttämättä, mikäli henkilö ei ole tottunut käyttämään tekniikkaa. Hoitohenkilökunnan tulisi olla valmis tekniikan lisääntymiseen hoitotyössä. Tuleviltä sukupolvilta teknologian käyttö tulee luultavasti sujumaan helpommin, sillä he ovat kasvaneet teknologian parissa.

Hoitohenkilökunta oli saanut **perehdytystä** etävastaanottojen pitämiseen monin eri tavoin. Etävastaanottojen alkaessa vuonna 2016 tarjolla ei ollut perehdytystä, vaan edettiin yhdessä kokeilemalla ja käytännön kautta oppimalla. Etävastaanottoja tekemällä ammattilaiset olivat oppineet hyödyntämään niitä. Käytön laajentuessa ja ohjelman vaihtuessa tuli tekniikkaan liittyvää perehdytystä. Osa vastaajista oli saanut VideoVisit ®-palvelun tuottajalta koulutuksen ohjelman käyttöön. Osa vastaajista oli saanut perehdytystä esimiehiltään. Hoitohenkilökunnasta osa oli saanut etävastaanottojen teoriaan liittyvää koulutusta ja tehnyt testivastaanottoja ennen palvelun käyttöönottoa.

Hoitohenkilökunnan mukaan perehdytykselle ja koulutukselle oli tarvetta palvelua käyttöönottaessa, sillä osa vastaajista olisi hyötynyt tästä itsekin. Etävastaanottojen käytännön perehdytys koettiin teorian lisäksi tärkeänä. Osa toivoi pidempää tekniikkaan liittyvää koulutusta kun taas osa näki tarpeelliseksi välineistön käyttöön liittyvän nopean perehdytyksen. Osa vastaajista näki tarpeellisena koulutuksen etävastaanotolle sopivista potilasryhmistä kun taas osa ei kokenut muulle koulutukselle olevan tarvetta. Hoitohenkilökunnan mukaan lääkäreiden tietoisuuden lisääminen etävastaanotoista ja ohjaaminen etävastaanottolähetteidensä teemisessä olisi suotavaa. Lähetteidensä teko vaati vastaajien mielestä aktiivisia lääkäreitä.

Hoitohenkilökunnan näkemyksien mukaan etävastaanotto palveluna oli sujunut enimmäkseen hyvin ja sen koettiin soveltuvan hyvin sairaanhoitajan työkuvaan. Palveluna etävastaanotto oli laadukas ja äärimmäisen palveleva, sillä etävastaanoton aikana pystyttiin kartoittamaan hyvin ihon ja haavan tilannetta sekä saatiin kallisarvoista tietoa toiselta osapuolelta. Etävastaanoton aikana nähtiin toisen osapuolen realiteetteja ja mitä terveysaseman vastaanotolla oli mahdollista tehdä.

Hoitohenkilökunta kuvaili etävastaanottoa tietynlaisena hoitoneuvotteluna, koska siinä voitiin yhteistyössä ammattilaisten kanssa tehdä hoitosuunnitelmaa. Haavakeskuksesta sai etävastaanoton aikana hyvät ja selkeät hoito-ohjeet, joita pystyttiin heti toteuttamaan. Välittömän vuorovaikutuksen ansiosta hoito-ohjeita pystyi etävastaanoton aikana tarkentamaan ja muokkaamaan potilaille soveltuviksi. Etävastaanotto mahdollisti välittömän palautteen antamisen, esimerkiksi mitä potilaan haavanhoidossa oli jo kokeiltu ja mikä annetuista hoito-ohjeista ei ollut toiminut. Etävastaanotto sujuvoitti hoitoa, mahdollisti potilaalle erikoissairaanhoidon arvion vaivattomasti ja terveysaseman hoitaja pääsi osallistumaan vastaanottoon. Etävastaanoton aikana voitiin nostaa esille kattavasti potilaan haavanhoitoon liittyviä asioita, koska paikalla oli potilaan lisäksi hänen hoitoonsa osallistuvat ammattilaiset. Etävastaanotolla saatiin usean ammattilaisen perustelut hoidon toteutukselle ja oikaistua väärinymmärryksiä.

” Ja sitten kun siinä käydään se keskustelu, että miksi vaikka turvotuksen hoito ei onnistu niin tota useinhan meillä menee niinkun potilas saattaa sanoa, että: ”No ei ne tuu laittaa niitä sukkia” tai jotain ja sitten se hoitaja sanoo, et ”Niinkun sä et anna meidän laittaa niitä sukkia”. Niin me kuullaan se keskustelu.

” -- sä sanot sun asiakkaalle, et sun täytyy nyt käyttää, tukisidokset on ihan ehdottoman tärkeit ja ja saadaan turvotukset pois ja näin, ja joo joo, ei ne niin kun näin, mut sit ku lääkäri siellä sanoo et näin pitää tehdä, no joo sitte laitetaan.”

Hoitohenkilökunnan näkemyksien mukaan etävastaanotto oli oiva väline hoitajien kesken koulutuksellisesta näkökulmasta. Terveysaseman hoitajat käyttivät mielellään etävastaanottoja ja toivoivat käyttömäärien lisääntyvän.

Hoitohenkilökunnan näkemyksien mukaan **palvelun käyttöönottoa** lisäisi tietoisuus palvelusta ja positiivinen suhtautuminen. Etävastaanotto ei vaadi erityistaitoja, joten kuka tahansa voi käytännössä ottaa etäyhteyden. Etävastaanoton toteuttaminen oli helppoa sekä hoitajalle että potilaalle. Alkuvaiheessa korostui henkilön rohkeus palvelun kokeilemiseen ja epämukavuustekijöiden sietämiseen.

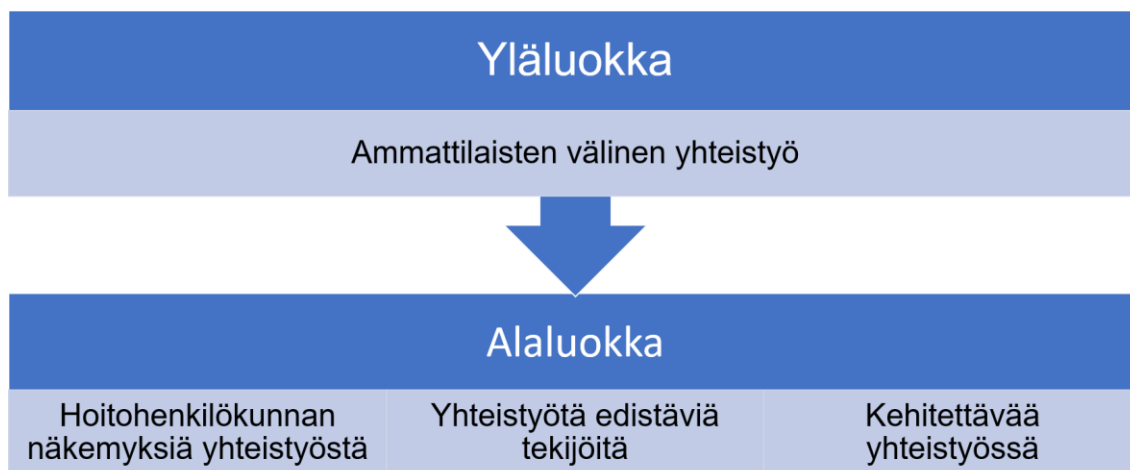
”--kestäis sellasta pientä epämukavuustekijää siihen alkuun niin se lähtee sujumaan kyllä.”

Palvelun käyttöön tulisi innostaa, jotta sitä kautta ammattilainen ymmärtäisi palvelun hyötyjä. Palvelu voisi jäädä käytäntöön, kun ensimmäinen kokemus muodostuisi hyväksi. Tietoisuus palvelun käytöstä, käytön yksinkertaisuudesta ja helppoudesta tulivat esille muutaman käyttökerran jälkeen. Käyttäessä palvelua hoitaja huomasi ja oivalsi etävastaanoton hyötyjä. Etävastaanottojen käyttöä lisäisi, kun toimintaan tulisi enemmän rutiinia. Terveysasemien hoitajien mukaan etävastaanotoilta oli saanut avun potilaan haavanhoidon ongelmiin. Etävastaanottoa ei koettu rasitteena siitä saatujen hyötyjen vuoksi. Etävastaanoton toteuttamista ei terveysaseman henkilökunnan mukaan tarvinnut pelätä.

” Mutta se ei oo semmonen jäykkä tapahtuma, ei siinä niinku tarvi pelätä niitä ihmisiä siellä kameran toisessa päässä niinku.”

6.5 Ammattilaisten välinen yhteistyö

Yläluokaksi muodostui ammattilaisten välinen yhteistyö, jossa kuvataan hoitohenkilökunnan näkemyksiä eri organisaatioiden välisestä yhteistyöstä etävastaanotoilla. Alaluokiksi muodostui hoitohenkilökunnan näkemyksiä yhteistyöstä, yhteistyötä edistäviä tekijöitä ja kehitettävää yhteistyössä (kuvio 6).



KUVIO 6. Ammattilaisten välinen yhteistyö

Haavakeskuksessa potilaita hoiti moniammatillinen tiimi. Haavakeskuksen etävastaanotot toteutettiin pääsääntöisesti lääkäri-hoitaja-työparina, mutta myös muutamia hoitaja-hoitaja-vastaanottoja oli pidetty. **Hoitohenkilökunnan näkemysten** mukaan **yhteistyö** oli ollut hyvää ja se nähtiin rikkautena sekä terveysasemilla että haavakeskuksessa. Yhteistyö koettiin sujuvaksi ja lämminhenkiseksi ja se lisäsi kollegiaalisuutta.

”Et tuota, sujuvaa, lämminhenkistä, et ei siinä niinku tarvii, et ihan ollaan kollegoita, ne on vaan toises talos töissä ja me toisessa--”

Hoitohenkilökunnan mukaan etävastaanotot lisäsivät yhteistyötä, koska etävastaanottojen myötä oli tutustuttu ja verkostoiduttu. Etävastaanotoista innostuneet hoitajat lisäsivät yhteistyön sujuvuutta.

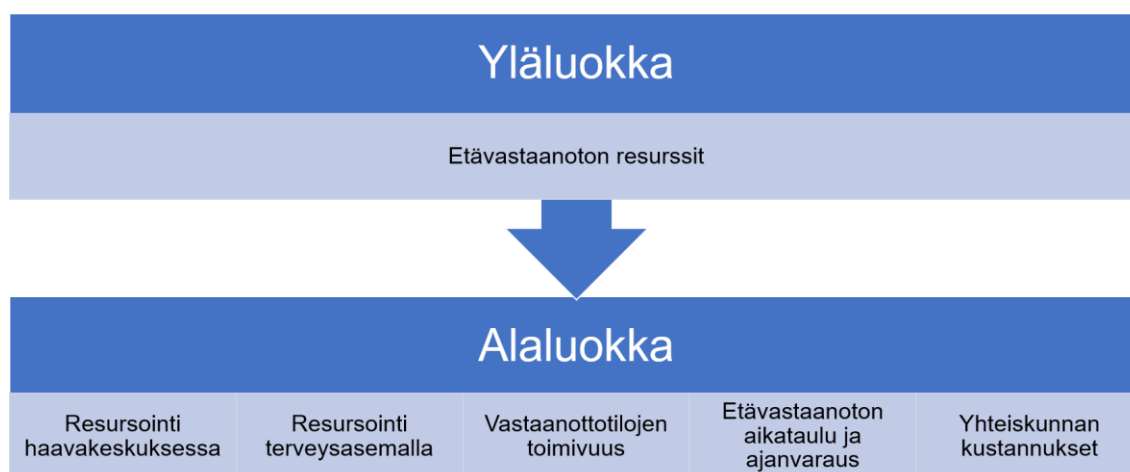
Yhteistyötä edisti, kun ammattilaiset tunsivat toisensa ja tällöin oli matalampi kynnyks ottaa yhteyttä. Yhteistyötä edistäviksi ja sujuvoittaviksi tekijöiksi mainittiin sovitut yhdyshenkilöt. Osa terveysaseman hoitohenkilökunnasta koki, että haavanhoidon asiantuntijakoulutuksen käyneillä hoitajilla olisi matalampi kynnyks konsultoida haavakeskusta.

Hoitohenkilökunnan mukaan **kehitettävää yhteistyössä** oli yhteydenottoavoissa. Terveysasemilla voisi olla useampia yhdyshenkilöitä, joita haavakeskus lähestyisi. Vastaajat kokivat, että yhdyshenkilöiden puuttuminen hankaloitti yhteydenottoa. Yhdyshenkilöistä koettiin haastavaksi pitää ajan tasalla. Ilman lähe-

tettä tehtäviä hoitaja-hoitaja etävastaanottoja toivottiin kehitettävän, sillä vakiintunut hoitaja-hoitaja konsultaatiokanava puuttui. Hoitohenkilökunnalla oli halu laajentaa etävastaanottotoimintaa ja yhteistyöverkostoa. Heidän mukaansa etävastaanottotoimintaa tulisi kehittää ja etävastaanottojen määrää lisätä.

6.6 Etävastaanoton resurssit

Yläluokaksi muodostui etävastaanoton resurssit, jossa käsitellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon resursointia. Tämä yläluokka pitää sisällään alaluokat resursointi haavakeskuksessa ja terveysasemalla, vastaanottotilojen toimivuus, etävastaanoton aikataulu ja ajanvaraus sekä yhteiskunnan kustannukset (kuvio 7).



KUVIO 7. Etävastaanoton resurssit

Vastauksista nousi esille, että **haavakeskuksessa** säästettiin **resursseja** pohtimalla potilaskohtaisesti heidän soveltuvuuttaan etävastaanottoihin. Etävastaanotot vähensivät haavakeskuksen hoitajan käyttämää työaikaa olennaisesti, sillä kliininen työ jäi pois. Haavakeskus varasi lyhyemmän ajan etävastaanotolle kuin fyysiselle vastaanotolle. Etävastaanotoista syntyi ajallista säästöä, jonka myötä vastaanottoaikoja pystyttiin lisäämään.

”--saadaan niin kun aikaa tavallaan käytettyä paremmin hyödyksi, et jos meillä on joku puolentunnin pätkä jossain, kun nää haavapotilaat on niin työläitä, ja niille on otettava ne puolentoista tunnin ajat, niin

sillä saadaan niinkun yks potilas hoidettua enemmän, kun se saadaan siihen puolentunnin ajalle--”

Haavakeskuksessa ei tarvittu täysin valmisteltua hoitohuonetta etävastaanottoa varten, vaan hoituhuone vapautui fyysisen vastaanoton käyttöön. Etävastaanottopotilaiden kohdalla ei ollut tarvetta pohtia samoja käytännön asioita kuin fyysisesti vastaanotolle saapuvan potilaan kohdalla, kuten esimerkiksi itseilmoittautumisautomaattia tai vapaita parkkipaikkoja. Etävastaanottojen myötä potilasnostojen vähentyminen laski haavakeskuksen hoitohenkilökunnan työturvallisuusrisiä. Etävastaanotoissa lääkärin ja sihteerin työ pysyivät ennallaan.

Resursoiminen terveysasemalla vaikutti ensisijaisesti hoitajan käyttämään työaikaan. Hoitajalla meni pidempi aika etävastaanottopotilaan kanssa, koska hänen tuli esivalmistella potilas ennen etävastaanottoa ja etävastaanoton jälkeen hoitaa haava. Alkuvaiheen jälkeen yhdellä terveysasemalla oli päädytty toteuttamaan etävastaanottoja siten, että kaksi hoitajaa oli etävastaanotolla mukana. Toinen hoitajista keskittyi potilaaseen ja toinen tekniseen toteutukseen sekä tietokoneella tehtävään työhön.

”--se kuiteski tarvii käytännössä sen kaks hoitajaa. Toinen hoitaa tavallaan tekniikkaa ja sit jos haavalle, potilaalle pitää tehdä ni siellä pitää olla ne toiset käsiparit, että et ei sitte, muutehan sä pesisit käsiä ja siitä ei tulis mitään.”

Vastaanottotilojen toimivuus koettiin pääsääntöisesti hyväksi eri organisaatioissa. Vastaanottotilat palvelivat enimmäkseen hyvin teknistä toteutusta. Tekniikkaan liittyvät tilahaasteet aiheutuivat monesti huonejärjestelyistä. Pöytä tietokoneen ja sitä myötä kameran kaukainen sijainti hoitopöydästä aiheuttivat haasteita etäyhteyden kuvaamiseen. Vastaanottotilan valaistus vaikutti etäyhteyden kuvan laatuun. Terveysasemilla koettiin haitalliseksi vastaanottohuoneen vaihtuminen ja etävastaanottoon tarvittavien välineistöjen siirtäminen huoneesta toiseen. Hoitohenkilökunnan toiveena olisi saada etävastaanotolle sopiva vastaanottohuone, jossa tarvittava välineistö olisi valmiina. Haavakeskuksessa oli jokaisessa hoituhuoneessa ja lääkärin kansliassa mahdollista ottaa etäyhteys.

Haavakeskuksen hoitohenkilökunnan mukaan **etävastaanottojen aikataulujen** sopiminen ei ollut haasteellista, koska heillä oli etävastaanottoajat valmiiksi merkittyinä viikko-ohjelmaan. Etävastaanoton aikataulut olivat haavakeskuksen puolelta pitäneet hyvin, koska he olivat aikataulusuunnitelmissa priorisoineet etävastaanotot niin, että ne alkavat ajallaan. Etävastaanottoajat olivat sijoitettu päiväohjelmaan joko ensimmäiseksi vastaanottoajaksi tai heti lounastauon jälkeen. Tällä järjestelyllä haluttiin kunnioittaa toista ammattilaista ja hänen työaikaansa sekä luoda hyvä potilaskokemus. Haavakeskuksen hoitohenkilökunnan mukaan aikatauluissa pysymistä oli edesauttanut terveysaseman puolelta valmiiksi esivalmistellut potilaat. Haavakeskuksessa etävastaanotoille varattu aika oli ollut yleensä riittävä tietotekniikan haasteista huolimatta.

Vastaajien mukaan päivitetyn yhdyshenkilölistan avulla haavakeskus ja terveysasemat saivat ongelmatilanteissa yhteyden toisiinsa, joka helpotti aikatauluissa pysymistä. Haavakeskuksen henkilökunnan mielestä etävastaanotot oli saatu hyvin sovittua terveysasemien kanssa, kun se tehtiin riittävän ajoissa. Terveysaseman henkilökunnan mukaan etävastaanottoajan haavakeskuksesta oli aina saanut, kun heillä oli siihen tarvetta. Etävastaanottoajan sai haavakeskuksesta nopeammin kuin fyysisen vastaanottoajan. Myös suunnittelematon etäyhteys oli onnistunut, kun potilaan haavatilanne oli akuutisti pahentunut.

Etävastaanottojen aikataulut sovittiin yleensä haavakeskuksen yhteydenoton perusteella. Terveysasemat pyrkivät joustamaan aikatauluissa, jotta etävastaanotot saatiin pidettyä. Osa vastaajista kertoi, että kaikki halutut etävastaanotot olivat pystytty pitämään. Yhdellä terveysasemalla oli etävastaanotto jäänyt pitämättä, koska etävastaanotto olisi pitänyt toteuttaa lyhyellä aikavälillä ja tämän vuoksi aikataulujärjestelyjä ei saatu toteutettua. Terveysasemat varautuivat teknisiin ongelmiin ajallisesti. Osa terveysemien henkilökunnasta koki, että haavakeskus soitti hyvissä ajoin sopiakseen etävastaanottoaika.

Osa hoitohenkilökunnasta koki etävastaanottojen **ajanvarauksen** aikaa vieväksi kun taas osa piti ajanvarausta sujuvana yhdyshenkilölistan vuoksi. Aikaa varatessa yhteyttä otettiin yhdyshenkilöön sähköpostilla tai puhelimitse. Osa vastaajista piti puhelinta parempana yhteydenottokeinona kun taas osa piti sähköpos-

tista enemmän. Sähköposti yhteydenottokeinona koettiin liian henkilösidon- naisena ja haavoittuvana ajanvarauksessa. Puhelin yhteydenottokeinona koettiin haasteelliseksi, koska yhteyttä ammattilaiseen ei heti aina saatu. Yhdyshenkilöiden suorat puhelinnumerot koettiin hyvänä, sillä omasta puhelimesta näki kuka oli tavoitellut ja hänelle pystyi soittamaan takaisin. Tavoitteena etävastaanotolla oli sopia seuraava etävastaanottoaika, mutta aina se ei ollut mahdollista. Terveysaseman hoitohenkilökunnan vastauksissa haasteiksi nousivat esille haavakeskuksen tarjoamien etävastaanotto aikavaihtoehtojen rajallisuus. Haavakeskuksen tarjoamat ajat eivät aina olleet sopivimpia terveysasemalle. Haastavaksi koettiin myös, että etäyhteyspyyntö tuli lyhyellä aikavälillä.

”Meil on ohjelmat, hoitajan ohjelmat niinku lyöty lukkoon eteenpäin, siel ei paljoo vapaata oo. Ja sitten kun tulee se etäyhteyspyyntö, se tulee aika lyhyellä aikavälillä. Et pitäis kahen viikon sisään saaha.”

Terveysasemalla hoitajapula vaikutti resursseihin ja etävastaanottoaikojen sopimiseen. Haavakeskuksen puolelta haasteiksi saattoi nousta erikoislääkärin saatavuus etävastaanotolle terveysasemalle sopivana ajankohtana. Etävastaanottomäärien lisääntyessä aikataulujen sopiminen ja ajanvaraaminen voisi muodostua haasteellisemmaksi.

Terveysaseman ja haavakeskuksen hoitohenkilökunnan vastauksista kehittämisehdotuksena esille nousi aikataulun ja ajanvarauksen suunnittelu yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Vastaajat ehdottivat kiinteitä etävastaanottoaikoja ympäryskunnille. Kiinteällä aikataulupohjaan suunnitellulla etävastaanottoajalla terveysasemat pystyisivät varautumaan nopeasti etävastaanoton järjestämiseen. Ajanvarauksen helpottamiseksi toivottiin yksiselitteistä yhteydenottokanavaa ammattilaisten välille.

Vastaajien kokivat, että etävastaanotot vähentäisivät **yhteiskunnan kustannuksia**, kun potilas hoidettaisiin omassa kunnassa. Kunta säästäisi, kun ei tarvitsisi maksaa erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntimaksuja ja osa tutkimuksista voitaisiin tehdä perusterveydenhuollossa.

”Kuntahan säästää tässä myös, et ei tarvi niitä kalliita poliklinikka-käyntimaksuja maksaa sitten. Et jos potilas täällä kävis ja otetaan sitten tutkimuksia tai jotain tämmösiä, ni he voi sitten ohjastusti ne

*tehdäkin siellä omassa terveystakesuksessa. Hmmm...et just vas-
tuun siirtämistä ehkä enemmän sinne perusterveydenhuoltoon.”*

Yhteiskunnalle säästöä etävastaanotoista toi haavakeskuksen hoitohenkilönkun-
nan ajansäästö ja aikojen vapautuminen useammalle potilaalle. Etävastaanotto-
jen myötä terveysasemien hoitajien ammattitaito haavanhoidoissa lisääntyi, jol-
loin he voisivat oppia hoitamaan haavoja itsenäisemmin, mikä voisi tuoda yhteis-
kunnallisia säästöjä. Kustannukset laskisivat, kun etävastaanottojen ansiosta po-
tilaiden haavat paranisivat nopeammin ja käyntimäärät terveysasemilla ja erikois-
sairaanhoidossa vähenisivät.

*”--niitä käyntejäki sitten kun saatas haavat nopeemmin kiinni ja pa-
ranemaan nii sitte myöskin ne, sitä tavallaan niitä hoitaja käyntejäki
vähenis sitä kautta. Ja just näitä käyntivälejä, et miten usein hoide-
taan. Siihenhän he kanssa sanoo hyvin, hyvin sitte aina et onko tää
nyt, tarviiko tää käydä kolme kertaa viikossa vai kaks kertaa vai riit-
tääkö kerran viikossa.”*

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys

Tutkimusta tehtäessä tutkijaa ohjaavat monet eettiset kysymykset. Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti suoritettu tutkimus on perusta eettisesti hyvälle tutkimukselle. Tutkijan tulee noudattaa tutkimusta tehdessään rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tutkijan huolellisuus tulee kulkea läpi työn eli tutkimusta tehdessä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä arvioidessa tutkimuksia ja niiden tuloksia. Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa avoimuus ja yksityiskohtaisuus ovat näkyvissä koko työssä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 23–25.) Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tutkijat olivat tutustuneet hyvin tieteellisiin käytäntöihin ja tutkimuksen eettisiin periaatteisiin. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2013,7) suositusten mukaisesti kumpikin tutkija tässä työssä on vastannut henkilökohtaisesti hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Tutkimuksen eri vaiheet on kuvattu avoimesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkijoiden toiminnassa on noudatettu huolellisuutta ja rehellisyyttä läpi työn.

Epärehällistä toimintaa tulee välttää koko tutkimustyön ajan. Plagiointi eli toisten tekstien luvaton lainaaminen on kielletty ja tutkijan tulee olla huolellinen omilla lähdemerkinnöissään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 25–27.) Muiden tutkijoiden julkaisuihin tulee viitata asianmukaisesti ja antaa heidän työlleen arvoa ja merkitystä työssä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Vilkan (2015, 45) mukaan tarkat ja luotettavat lähdemerkinnät antavat tietoa siitä, että tutkimus on tehty hyvien tieteellisten tutkimussäännösten mukaisesti. Tässä työssä toisten tutkijoiden julkaisuihin on viitattu asianmukaisesti heidän työtään kunnioittaen. Toisten tutkijoiden töiden tuloksia ei ole vääristely, vaan tulokset ovat pyritty esittämään heitä ja heidän työtään arvostaen. Tutkimuksen tulokset tulee esittää rehellisesti ja ilman selityksiä. Vilpiksi luetaan myös, mikäli tuloksia yleistetään, vaikka tähän ei olisi mahdollisuuksia. Raportoinnin tulee olla selkeää ja työstä on tultava ilmi käytetyt menetelmät ja niiden käytön perustelut. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 25–27.) Tässä työssä raportointi on tehty johdonmukaisesti ja

eri menetelmien käyttö perusteltu. Tulokset ovat esitetty rehellisesti niitä vääristelemättä ja yleistämättä. Alasuutarin (2011, 231) mukaan laadullisten tutkimusmenetelmien avulla saadaan syvällistä, mutta huonosti yleistettävää tietoa. Tämän työn tuloksissa esitellään kohdehenkilöiden kokemuksia ja odotuksia, eikä näin ollen tuloksia voida yleistää.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tietyillä aloilla vaatimuksena oleva eettinen ennakoarviointi on tehty ja tutkimusluvut hankittu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Tässä työssä tutkimuksen kohteena oli hoitohenkilökunta, joten Tutkimuseettiseen neuvottelukuntaan ei ollut tarvetta tehdä eettistä ennakoarviointia. Tutkimusluvut haettiin kohdeorganisaatioiden johtavilta hoitajilta sähköpostin välityksellä ja myönnettyt luvat arkistoitiin tutkijoiden ja Tampereen ammattikorkeakoulun toimesta.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tutkittavien ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 25–26; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7). Tutkimus tulee toteuttaa niin, ettei siitä aiheudu tutkittaville riskejä, vahinkoja tai haittoja. Tutkimuksessa, joka kohdistuu ihmiseen painottuvat eettiset kysymykset tutkijan ja tutkittavan kohtaamisessa. Perustana on, että tutkittavat pystyvät luottamaan tutkijoihin ja tieteeseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7.) Tutkimusta tehtäessä tutkittavan itsemääräämisoikeus ilmenee tutkittavan halukkuudesta osallistua tutkimukseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 25). Tutkijat saivat kohdeorganisaatioiden esimiehiltä haavanhoidon etävastaanottoja tekevien hoitajien yhteystiedot. Tutkijat lähestyivät kohderyhmää sähköpostin välityksellä. Sähköpostin liitteenä (Liite 3) oli haastattelukutsu, jossa kerrottiin tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja tavoitteista. Kaikki kutsutut olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen.

Yksi keskeisimmistä eettisistä periaatteista on tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen, eikä tutkittavalle saa syntyä tunnetta, että osallistuminen on pakollista tai syntyä huolta kieltäytymisen kielteisistä seurauksista. Tutkittavalla tulee olla mahdollisuus ilman syytä peruuttaa suostumuksensa ja jättäytyä pois tutkimuksesta

missä vaiheessa tahansa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8.) Haastattelukutsussa tutkittaville selvennettiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja suostumus olisi mahdollista perua missä vaiheessa tahansa. Haastattelukutsussa tutkittavia informoitiin haastattelun nauhoittamisesta. Tutkijan tulee dokumentoida tutkittavan antama suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8). Kirjalliset suostumukset (Liite 4) annettiin tutkittaville luettaviksi ja allekirjoitettaviksi ennen haastatteluiden aloittamista. Kirjalliset suostumukset arkistoiin tutkijoiden toimesta.

Tutkittavan tulee saada tietoa tutkimuksesta, sen käytännön toteutuksesta, henkilötietojen ja aineiston käsittelystä sekä aineiston säilyttämisestä. Tieto tutkimuksesta on annettava ymmärrettävällä kielellä kirjallisesti tai sähköisessä muodossa. Tutkittavalla tulee olla riittävästi aikaa harkita ja tehdä päätös tutkimukseen osallistumisesta. Hänellä on oikeus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ja niihin tulee aina vastata. Tutkimuksen tavoitteista, hyödyistä, vaikutuksista ja haitoista on tutkittavalla oikeus saada tietoa sekä oikea, rehellinen ja realistinen kuva. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9.) Sähköpostin välityksellä lähetetystä haastattelukutsusta kävi ilmi tutkimusaineiston käsittely, säilyttäminen ja hävittäminen. Haastattelukutsussa kerrottiin, että lisätietoja tutkimuksesta voi kysyä tutkijoilta ja yhteystiedot löytyivät haastattelukutsusta. Haastattelutilanteessa tutkittaville kerrattiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä.

Keskeinen eettinen toimintaperiaate tutkimusta tehtäessä on turvata tutkittavien yksityisyys. Tutkimuksen julkaisemisen pääsääntönä on, että tutkimukseen osallistuneiden ja heidän mainitsemiensa henkilöiden yksityisyyttä suojellaan, eikä heidän tietojiaan julkaista niin, että heidät voisi tunnistaa. (Kuula-Luumi 2018). Tutkittavalle ei tule luvata täyttä tunnistamattomuutta, mikäli se ei ole mahdollista toteuttaa tutkimuksen julkaisussa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 13). Kuula-Luumin (2018) mukaan tutkittavat pystytään tunnistamaan nimen perusteella, mutta henkilöllisyyden tunnistaminen on mahdollista myös muiden tietojen avulla. Kvalitatiivisen tutkimuksen raportoinnissa tulee harkita suorien lainauksien käyttöä tapauskohtaisesti tutkittavien anonymiteetti huomioiden. (Kuula-Luumi 2018.)

Tutkimusaineiston säilyttäminen liittyy vahvasti eettisyyden noudattamiseen. Tutkijan tulee työtä tehdessään huolehtia vastaajien anonymiteetin säilymisestä ja tutkijan tulee säilyttää kerätyt aineistoja siten, etteivät nämä joudu ulkopuolisten käsiin. (Vilka 2015, 47–48.) Haastattelukutsut lähetettiin yksitellen jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla, jotta heidän yksityisyytensä pystyttiin turvaamaan. Tässä tutkimuksessa ei kerätty tutkittavien taustatietoja, kuten ikää, sukupuolta tai ammattinimikettä anonymiteetin säilyttämiseksi. Työssä ei julkaistu tutkittavien määrää eri kohdeorganisaatioista. Tutkimukseen osallistuvien nimet ovat tutkijoiden tiedossa ainoastaan suostumuslomakkeissa. Tutkimusaineistoa litteroidessa haastattelijat ja tutkittava aukikirjoitettiin lyhenteillä H1 (Marika Jokiranta), H2 (Anu Andréson) ja T (tutkittava). Tutkimusaineisto säilytettiin tietoturvasääntöjen mukaisesti ja hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuessa. Tutkimuksen tulokset julkaistiin niin, ettei tuloksista käy ilmi tutkittavien henkilöllisyys. Tässä työssä esitetyt suorat lainaukset harkittiin tapauskohtaisesti tutkittavien yksityisyyden suojelemiseksi.

7.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tärkein tekijä on tutkija itse ja hänen tekemänsä päätökset tutkimusta tehdessä. Tutkijan tulee rehellisesti avata ja perustella tekemänsä päätökset työtä tehdessään ja pystyä olemaan kriittinen päätöksistään kohtaan. (Vilka 2015, 196–197.) Tutkijan tarkkuus kertoa työnsä eri vaiheista lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 223–224). Työssä on kuvattu selkeästi ja yksityiskohtaisesti tutkimuksen eri vaiheet, jotta lukija saa hyvän käsityksen tutkimuksesta. Johdonmukaisuus kulkee läpi koko työn. Tutkijoiden tekemät valinnat on perusteltu työssä kirjallisuuteen viitaten. Tulokset on esitetty ymmärrettävästi ja totuudenmukaisesti.

Tutkijat ovat käyttäneet lähdekritiikkiä valitessaan kirjallisuutta ja tutkimuksia. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2014, 113) mukaan lähteitä arvioidessa tulee kiinnittää huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostettavuuteen sekä lähteen ikään ja alkuperään. Lähdemateriaalina on käytetty tunnettujen kirjoittajien eri julkaisuja. Työssä käytetty kirjallisuus ja tutkimukset ovat enintään kymmenen vuotta vanhoja. Käytetyt tutkimukset ovat alkuperäistutkimuksia hoitotieteen ja

terveydenhuollon lähteistä. Opinnäytetyön tekijät ovat harkinneet lähteiden uskottavuutta julkaisukohtaisesti. Luotettavuuden lisäämiseksi työhön on lisätty liitteeksi taulukko työssä käytetyistä tutkimuksista (Liite 1). Työssä käytetyt lähdeviittaukset ja lähteet ovat merkitty asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa, etteivät tutkijat ole aikaisemmin tehneet laadullista tutkimusta. Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä oli tutkijoille vieras. Sisällönanalyysia tutkijat olivat harjoitelleet Tampereen ammattikorkeakoulun Laadullinen ja toiminnallinen kehittämistutkimus–kurssilla. Tutkimuksen luotettavuutta lisää teemahaastattelun testaaminen koehaastattelun avulla, aineiston yksityiskohtainen sanasta sanaan litterointi sekä tämän kaksoistarkistaminen. Tutkijat harjaantuivat haastatteluista tehdessä siten, että tutkittaville annettiin enemmän aikaa miettiä vastauksiaan ja heille esitettiin tarkentavia jatkokysymyksiä. Tutkimusaineistosta olisi mahdollisesti voinut tulla entistä laajempi ja syvällisempi, mikäli tutkijat olisivat osanneet esittää vielä enemmän tarkentavia kysymyksiä.

Teknisiin ongelmiin varauduttiin tallentamalla haastattelut kolmelle nauhurille. Haastattelutallenteet olivat selkeitä eikä tutkijoille jäänyt sanoja epäselviksi aineistoa litteroidessa. Aineisto litteroitiin sanasta sanaan ja koodattiin luotettavuuden lisäämiseksi. Työn luotettavuutta lisää, että tutkijoita oli kaksi ja tutkimuksen analyysi tehtiin yhdessä. Opinnäytetyön aikataulun rajallisuuden vuoksi analyysiin käytetty aika voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että tutkijat täyttivät läpi työn päiväkirjaa, jotta tutkimuksen eri vaiheisiin ja tutkijoiden tekemiin huomioihin oli helppo palata kirjoitusvaiheessa ja nämä tulivat työssä esille. Luotettavuutta lisää läpi työn suoritettut tiedonhaukset työn keskeisistä käsitteistä. Tällä tutkijat varmistivat, että työssä on lähdemateriaalina viimeisin tutkittu tieto.

Tuomen ja Sarajärven (2014, 135–136) mukaan tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan puolueettomuus eli tavoitteleeko hän tutkittavan kuulemista ja ymmärtämistä vai suodattuuko tutkittavan kertoma tutkijalta. Tutkijat toimivat puolueettomasti läpi työn. Aihe oli tutkijoille tuttu ja läheinen, koska molemmat työskentelevät terveysasemalla vastaanottotyössä ja hoitavat haavoja lähes päivit-

täin. Tutkijat eivät haastattelutilanteessa ottaneet kantaa tai kommentoineet tutkittavien vastauksia. Tutkijat kokivat tämän haasteelliseksi ja hieman epämukavaksi ensimmäisiä haastatteluja tehdessä, mutta alun jälkeen nämä tunteet vähenivät. Tulokset esitettiin rehellisesti ja kaikki saadut tulokset tuotiin työssä esille. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta parantaa haastateltavien alkuperäisten ilmauksien esittäminen työssä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää haastatteluihin osallistuneiden hoitajien kokemus ja ammattitaito haavanhoidon etävastaanotoista. Jokainen haastateltava oli usean vuoden ajan tehnyt etävastaanottoja, joten saadut tulokset perustuvat vankkaan kokemukseen etävastaanotoista. Tutkimuksen alkuvaiheessa oli tarkoitus haastatella Tampereen kaupungin työntekijöitä, mutta etävastaanottojen puuttumisen vuoksi tutkimukseen osallistuvien kohderyhmää päätettiin laajentaa luotettavuuden parantamiseksi.

7.3 Tulosten tarkastelua

Työn tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja odotuksia haavanhoidon etävastaanotoista. Työn tuloksia voidaan hyödyntää perehdytettäessä perusterveydenhuollon hoitohenkilökuntaa videovälitteisen etävastaanoton käyttöönotossa sekä ammattilaisten välisen yhteistyön kehittämisessä. Keskeisimmät teemat, jotka tuloksista nousivat, olivat etävastaanoton teknologia, etävastaanotto potilaan näkökulmasta hoitajien kuvailemana, ammatillisuus ja ammattitaito, haavanhoidon etävastaanoton edellytykset, ammattilaisten välinen yhteistyö ja etävastaanoton resurssit. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat ja täydentävät aikaisempien tutkimusten tuloksia aiheesta. Tulokset eivät ole yleistettävissä, sillä ne olivat tutkittavien henkilökohtaisia kokemuksia haavanhoidon etävastaanotoista.

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen etävastaanottoihin oli myönteistä ja palvelu koettiin laadukkaana ja hyödyllisenä niin ammattilaisille kuin potilaille, kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu (Vuononvirta 2011, 58; King 2014, 30; Taylor ym. 2014, 331; Kolltveit ym. 2016, 3; Rafter 2016, 122–123; Kolltveit ym. 2017, 4–5; Kosonen 2018, 25–26). Hoitohenkilökunnan mukaan etävastaanotto palvelumuotona sopi hyvin kroonisten haavapotilaiden hoitoon, mikä tulee esille Kingin (2014, 30–31) sekä Vowdenien (2013, 488) tutkimusten tuloksissa. Tässä

työssä ja Rafterin (2016, 123) tuloksissa tuli esille, että tekniikka koettiin helppokäyttöisenä. Hoitohenkilökunta koki tekniikan haasteelliseksi ongelmatilanteissa. Haavanhoidon etävastaanottoja ei jäänyt pitämättä teknisten ongelmien vuoksi, vaan yhteydenotto eri organisaatioiden välillä oli otettu tarvittaessa muilla keinoin. Vuonovirran (2011, 57) tulosten mukaan palvelun käyttöä ei lopetettu teknisten ongelmien ilmaantuessa, vaikka ne vaikeuttivat käyttöönottoa. Terveysaseman hoitohenkilökuntaa jännitti etävastaanottojen tekninen toteutus, mikä tukee Kingin (2014, 30) tutkimustuloksia itsetunnon vaikutuksista teknologian käyttöön. Palvelua käytettäessä hoitajien jännitys laski jo ensimmäisellä käyttökerralla. Henkilön kokemattomuus tekniikan käytössä näkyi erityisesti ongelmatilanteissa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan (Sharma & Clarke 2014, 4–5; Taylor ym. 2014, 334; Kolltveit ym. 2017, 5) hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja perehdyttäminen teknologian käyttöön koetaan tärkeäksi. Tässä työssä koulutukselle ja perehdytykselle koettiin olevan tarvetta palvelua käyttöönottaessa ja käytännön perehdytys koettiin teorian lisäksi hyödyllisenä. Osa vastaajista toivoi pidempää tekniikkaan liittyvää koulutusta ja osa koki tarpeellisena välineistöön liittyvän lyhyen perehdytyksen. Osa vastaajista piti tarpeellisena koulutusta etävastaanottoon soveltuvista haavapotilaista. Taylorin ym. (2014) tutkimus vahvistaa hoitohenkilökunnan tarvetta myös muuhun kuin tekniikkaan liittyvään koulutukseen. Hoitohenkilökunnan epävarmuus potilaan soveltuvuuden arvioinnista vaikuttaa etäpalvelun käyttöön. (Taylor ym. 2014, 332.) Hoitohenkilökunta sai teknistä tukea tarvittaessa esimiehiltä ja atk-tukihenkilöiltä, kun taas Kolltveitin ym. (2017, 5) ja Kososen (2018, 42) tutkielmassa esille nostetaan näiden lisäksi kollegan tärkeys teknisessä tuessa. Tekninen tuki toi varmuutta etävastaanoton pitämiseen ja myönteiseksi koettiin tuen saaminen ilman erillisiä sisäisiä pyyntöjä.

Etävastaanotot syvensivät perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Perusterveydenhuollon ammattilaisen osallistuminen erikoissairaanhoidon käynnille nähtiin harvinaislaatuksena. Asiantuntijuuden lisääntyminen on yksi hoitohenkilökunnan mainitsemista etäpalveluiden käyttöönoton hyödyistä (Vuonovirta 2011, 73). Tämän työn ja Vuonovirran (2011, 60) tuloksissa etävastaanoton hyötyinä nähtiin välitön palaute ja tiedon välittyminen eri ammattilaisten kesken. Perusterveydenhuollosta annettiin potilaasta ja potilaan hoidosta kallisar-

voista tietoa erikoissairaanhoidon. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välillä koettiin hyväksi ja sujuvaksi. Yhteistyötä edisti eri organisaatioiden ammattilaisten tutustuminen toisiinsa ja tämä madalsi hoitohenkilökunnan kynnystä ottaa yhteyttä erikoissairaanhoidon. Moniammatillisen yhteistyön ja konsultoinnin mahdollisuus on katsottu olevan kustannustehokasta ja hoitohenkilökunta kokee ammattilaisten välisen yhteistyön etäpalveluita käytettäessä hyvänä (Vowden & Vowden 2013, 488; Stern ym. 2014, 11).

Taylorin ym. (2014, 331) mukaan hoitohenkilökunnan alkuvaiheen myönteiset kokemukset palvelun käytöstä ja onnistumisen tunteet ovat merkityksellisiä, kun etäpalveluita suositellaan potilaille tai kollegoille, jotka eivät ole palveluita käyttäneet. Tämän työn tulokset vahvistavat edellä mainittuja tuloksia, sillä hoitohenkilökunnan näkemysten mukaan palvelu jäi käytäntöön, kun ensimmäinen käyttökokemus muodostui hyväksi. Hoitohenkilökunnan innostaminen palvelun käyttöön ja palvelun kokeileminen auttoivat ymmärtämään paremmin palvelun hyötyjä potilaan ja oman ammattitaidon kannalta. Alkuvaiheessa palvelua kokeillessa korostui henkilön rohkeus ja epä mukavuustekijöiden sietäminen. Tässä tutkimuksessa ei tullut esille organisaation johdon merkityksen vaikutus palvelun käyttöönotossa, kun taas Vuonovirran (2011, 75–76) sekä Kollveitin ym. (2017, 6–7) tutkimuksissa nousee esille johdon osallisuus, tietoisuus, sitoutuminen sekä kannustaminen palvelun käyttöön ja näiden vaikutukset hoitohenkilökunnan sitoutumiseen sekä palvelun käytön jatkuvuuteen.

Hoitohenkilökunta koki aikataulujen sopimisen sujuvaksi, mikäli ne olivat valmiiksi merkittynä viikko-ohjelmaan. Perusterveydenhuollossa etävastaanottoaika ei oltu valmiiksi suunniteltu, minkä vuoksi etäyhteyspyyntö tuli ajoittain liian nopealla aikavälillä ja tämä aiheutti ylimääräisiä aikataulujärjestelyjä terveysasemille. Vuonovirta (2011, 76–77) tutkimuksessaan toteaa, että osassa etäkonsultaatioista ammattilaisten aikataulujen yhteensovittaminen etäkonsultaatioiden epäsäännöllisyyden vuoksi on haasteellista. Haavakeskuksen ja ympäristökuntien etävastaanottojen ajanvaraus ei toiminut yhdenmukaisesti, sillä aikoja sovittiin puhelimitse tai sähköpostilla. Haasteellisena koettiin puhelimitse yhteyden saaminen ja soittopyynnön jättäminen. Sähköpostin haasteena koettiin sen henkilösidonnaisuus, sillä henkilön ollessa pois työpaikalta jäi sähköposti lukematta.

Haavakeskuksessa etävastaanotot vaikuttivat resursseihin myönteisesti, koska etävastaanotolla ei tarvittu fyysistä hoitohuonetta eikä hoitohenkilökunnan tarvinnut varata yhtä pitkää aikaa kuin fyysiselle vastaanotolle. Perusterveydenhuollon hoitajalta meni normaalia haavanhoitoaikaa pidempi aika etävastaanottoon. Etävastaanottojen aikataulujen sopiminen osoittautui perusterveydenhuollossa haasteellisemmaksi. Etävastaanottojen aikataulujen sopimiseen vaikuttivat resurssipula sekä hoitajien täyteen varatut työlistat. Yhdellä terveysasemalla etävastaanottoon osallistui kaksi hoitajaa käytännön työn sujuvoittamiseksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitohenkilökunta kokee etäpalvelut ylimääräisenä työtehtävänä sekä etäpalveluiden käyttöönoton lisäävän heidän työmääräänsä (Sharma & Clarke 2014, 5; Taylor ym. 2014, 331).

Hoitohenkilökunta toi esille etävastaanoton taloudellisia hyötyjä potilaan ja yhteiskunnan näkökulmasta. Vastaajien näkemykset olivat yhdenvertaisia Vuononvirran tuloksien kanssa. Etävastaanotot vähentävät kustannuksia, kun potilaan matkustamisen ja erikoissairaanhoidon tarve vähenee (Vuononvirta 2011, 61). Vastaajat nostivat esille, että kustannukset saattavat laskea haavojen parantumisessa nopeammin ja tämän myötä potilaiden hoitokäynnit vähenisivät. Esimerkiksi työikäisen haavapotilaan erikoissairaanhoidon arvio ja hoitaminen omalla terveysasemalla todettiin olevan kustannustehokasta sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Potilas hyötyi taloudellisesti siitä, että aikaa haavanhoitokäyntiin meni vähemmän eikä hänelle tullut suurempia matkakustannuksia. Yhteiskunnan hyötyinä mainittiin Kela taksimatkojen väheneminen, etäkonsultaatioiden myötä hoidon siirtyminen enemmän perusterveydenhuoltoon ja aikojen vapautuminen erikoissairaanhoidossa.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Istuvan hallituksen hallitusohjelman tavoitteena on parantaa ja yhdenvertaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuutta, taata kansalaisille laadukkaita palveluita ja kaventaa heidän hyvinvointi- ja terveyserojaan. Palveluiden parantaminen ja kehittäminen painottuu erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Hallitusohjelmassa mainitaan terveys-

asemien vastaanottoiminnan kehittäminen kohti moniammatillista palvelurakennetta tarjoten kansalaisille digitaalisia palveluita ja erikoissairaanhoidon konsultaatioita. Näin voidaan taata palveluiden saatavuus, sujuvuus, hoidon jatkuvuus ja kustannustehokkuus. (Valtioneuvosto 2019, 149.) Teknologian kehittymisen myötä yhteiskunta on digitalisoitunut, mikä tarkoittaa, että terveydenhuollon tulee pikimmiten omaksua uuden teknologian tarjoamat ratkaisut toimintakulttuuriinsa. Palveluita tulee kehittää asiakaslähtöisesti. Suomalaiset haluavat käyttää sähköisiä ja digitaalisia terveydenhuollon palveluita. (Tiihonen & Kivelä 2014.)

Terveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemattomuus ja epävarmuus jatkuvasti kehittyvän teknologian ja siihen liittyvien välineistöjen käytössä sekä epäily omia teknisiä taitoja kohtaan saattaa olla syinä, miksi etävastaanottoja ei uskalleta kokeilla tai haluta tehdä. Kynnys poistua omalta mukavuusalueelta ja tutuista toimintatavoista voi jännittää. Useiden erikoisalojen ammattilaisten kohtaaminen videovälitteisesti saattaa aiheuttaa osalle perusterveydenhuollon ammattilaisista epävarmuutta. Rohkeus palvelun kokeilemiseen ja omien pelkojen voittaminen on ensiarvoisen tärkeää. Perusterveydenhuollossa kokeneen kollegan tuki ja läsnäolo ensimmäisellä etävastaanotolla voisi tuoda varmuutta ja rohkaista palvelun käyttöön.

Tekninen tuki nousee ensiarvoisen tärkeäksi, kun etäpalveluja lähdetään jalkautamaan ja terveydenhuollon toimintamalleja digitalisoimaan. Teknisen tuen merkitys korostuu digitaalisten palveluiden käyttöönoton alkuvaiheessa ja tuen tulee olla helposti saatavilla. Kosonen (2018, 42) Pro gradu tutkielmassaan nostaa esille kollegan tai esimiehen merkityksen teknisen tuen tarjoajana. Tämän vuoksi etäpalveluihin tulisi kouluttaa ja perehdyttää koko työyhteisö, jotta tukea palveluiden käyttöön saa läheltä ja tutulta henkilöltä. Diginatiivi sukupolvi, joka on kasvanut teknologian ympärillä, voisi toimia tuen antajina kokemattomammille kollegoille sekä opettaa heitä teknologian käytössä. Kollegan antama tekninen tuki on ymmärrettävää, sillä informaatiotekniikan tukihenkilöt voivat käyttää ammattisastoa, mikä on hoitohenkilökunnalle vierasta.

Haavan kroonistuminen ja hoidon pitkittyminen huonontavat haavan paranemisen todennäköisyyttä. Perusterveydenhuollon lääkärin tehtävänä on varhaisessa

vaiheessa selvittää haavan etiologia, laatia hoitosuunnitelma ja suunnitella tarvittavat erikoissairaanhoidon kontrollit. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 524–525.) Tutustuminen toiseen ammattilaiseen edistää yhteistyötä ja yhteydenottamista sekä madaltaa kynnystä konsultoida erikoissairaanhoidoa. Potilas saa haavakeskuksesta erikoissairaanhoidon etävastaanottoajan fyysistä vastaanottoaika nopeammin. Tämä mahdollistaa potilaan pääsyn nopeammin erikoissairaanhoidon arvioon ja hoidon toteutuksen suunnitteluun. Haavakeskuksen ja ympäryskuntien hoitohenkilöstön välistä yhteistyötä tulisi kehittää perustamalla kroonisen haavanhoidon-verkosto. Verkostoon kuuluvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaiset tapaisivat säännöllisesti ja voisivat yhdessä kehittää toimintatapoja yhteistyön ja konsultoinnin parantamiseksi. Verkostotapaamisilla voisi jakaa tietoa kroonisten haavojen hoitoon liittyen. Kroonisen haavanhoidon-verkosto voisi parantaa kroonisten haavojen hoitotuloksia, kun yhteistyö ja ammatillinen tieto lisääntyisi ja tämä osaltaan vähentäisi haavan hoidoista aiheutuvia kustannuksia. Verkoston myötä olisi mahdollista hyödyntää entistä tehokkaammin haavakeskuksen ammattilaisten erikoisosaamista.

Perusterveydenhuollon henkilökunnan ammatillinen kasvu ja tiedon lisääntyminen on yksi etävastaanoton merkityksellisemmistä hyödyistä. Perusterveydenhuollon hoitajat saavat erikoissairaanhoidosta syventävää tietoa kroonisista haavoista ja niiden hoidoista sekä käytännön oppeja kliinisen osaamisen kehittämiseen. Perusterveydenhuollossa opitaan hoitamaan haavoja itsenäisemmin ammatillisen tiedon lisääntyessä. Hoitajien ammatitaidon lisääntyminen voi vähentää yhteiskunnan kustannuksia, kun haavoja ei hoideta liian usein, haavoille osataan valita oikeat haavanhoitotuotteet sekä potilaalle suunnitellaan oikea-aikaiset sidosten vaihtovälit.

Etäpalveluiden ajanvarauksen haasteita ovat yhteisen ajan järjestäminen ammattilaisten kesken. Etäkonsultointi vaatii useamman ammattilaisen osallistumisen, jonka vuoksi etävastaanoton toteutus vaatii enemmän resursseja ja etukäteisvalmisteluja sekä ajanvaraaminen voi kestää kauemmin. (Vuononvirta 2011, 62.) Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta pystyisi kiinteillä etävastaanottoajoilla vastaamaan entistä paremmin haavakeskuksen etävastaanottopyyntöihin ja järjestämään etävastaanotot ilman ylimääräisiä aikataulujärjestelyjä. Ympäryskun-

tien kiinteät etävastaanottoajat sujuvoittaisivat ajanvaraamista ja perusterveydenhuollon resursseja voitaisiin kohdentaa muuhun työhön kuin ajanvarausjärjestelyihin. Mikäli etävastaanottoajalle ei tule potilasta, voi perusterveydenhuolto käyttää ajan muuhun työhön. Ajanvaraustoiminnan yhtenäistämistä tulisi kehittää ja organisaatiot voisivat lisäksi hyötyä kiinteästä yhteydenottoajasta, jolloin vältyttäisiin muun muassa soittopyynnöiltä ja etävastaanottoaika saataisiin heti sovitua. Tällä hetkellä perusterveydenhuollossa ei pystytä varautumaan ajanvarauksen yhteydenottoihin, koska yhteydenotot tapahtuvat suunnittelemattomasti.

Etävastaanotoista hyötyvät potilas ja organisaatiot. Perusterveydenhuollossa tulisi lisätä etävastaanottojen määrää niiden tehokkuuden, toimivuuden ja hyötyjen vuoksi. Etävastaanotot ovat ekologisia, sillä ne vähentävät potilaan ja mahdollisesti ammattilaisen matkustamisen tarvetta. Etävastaanotot mahdollistavat moniammatillisen yhteistyön, mikä palvelee niin potilasta kuin ammattilaistakin. Haavanhoidon etävastaanotto on vain yksi monista mahdollisista etävastaanoton palvelumuodoista. Perusterveydenhuollossa etäkonsultaatioita voisi laajentaa myös muille erikoisaloille. Ammattilaisten välisen etäkonsultoinnin lisäksi etävastaanottoja on mahdollista tehdä potilaan ja ammattilaisen välillä. Perusterveydenhuollossa etävastaanottoja voisivat tehdä niin hoitajat kuin lääkärit. Perusterveydenhuollon etävastaanotoiksi sopisivat vastaanotot, joissa ei ole tarvetta potilaan kliiniseen tutkimiseen esimerkiksi pitkäaikaissairauksien kontrollikäynnit ja elintapaohjaukset. Etävastaanotot lisääisivät ammattilaisen mahdollisuutta toteuttaa työtä eri tavoin esimerkiksi etätyötä tehden.

Opinnäytetyöntekijät esittelivät työelämän ohjaajille työn etenemistä ja tuloksia kesäkuussa 2019. Työelämän ohjaajat ehdottivat, että opinnäytetyön tekijät kiertävät Tampereen kaupungin terveysasemilla kertomassa työn tuloksista. Tämän avulla saadaan lisättyä hoitohenkilökunnan tietoisuutta haavanhoidon etävastaanottopalvelusta sekä sen hyödyistä. Työn tuloksia voidaan hyödyntää myös muissa organisaatioissa perehdytettäessä työntekijöitä videovälitteisen etävastaanottopalvelun käyttöön. Tämän työn tekijöiden mielestä jatkotutkimuskohteina voisi selvittää etäpalveluiden vaikutuksia kroonisten haavojen hoidossa sekä etäpalveluiden vaikutuksia yhteiskunnan kustannuksiin. Kyseisiä aiheita on tutkittu vähän, vaikka etäteknologian käyttö terveydenhuollossa on lisääntynyt ja tulee kasvamaan.

LÄHTEET

Ahmajärvi, K. & Isoherranen, K. 2017. Kroonisten haavojen hoito perusterveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti. Vuosikerta 72, Nro 8., 524–528.

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

Euroopan komissio. 2012. Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012–2020 – innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle. Luettu 10.4.2019. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/com_2012_736_fi.pdf

Gottrup, F., Apelqvist, J., Bjarnsholt, T., Cooper, R., Moore, Z., Peters, E. J.G. & Probst, S. 2014. Antimicrobials and Non-Healing Wounds. Evidence, controversies and suggestions—key messages. Journal of Wound Care. Vol 23, no 10, October 2014, 477–482.

Green, J., Jester, R., McKinley, R. & Pooler, A. 2014. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. Journal of Wound Care. Vol 23, no 12, December 2014, 601–610.

Hietanen, H. N.d. Ehkäise haavainfektio ajoissa. Luettu 1.4.2019. http://silver-green.fi/wp-content/uploads/2015/04/haavojen_ennaltaehkaisy.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hämeenkyrön kunta. N.d.a. Tietoa Hämeenkyröstä. Luettu 2.8.2019. <https://www.hameenkyro.fi/tietoa-hkyro/>

Hämeenkyrön kunta. N.d.b. Lääkäripäivystys. Luettu 2.8.2019. <https://www.hameenkyro.fi/palvelut/terveys-ja-sosiaalipalvelut/laakaripaivystys/>

Jauhiainen, A. & Sihvo, P. 2014. Sähköiset terveystalvet asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – Teoriasta käytäntöön. Karelia ammattikorkeakoulun julkaisuja. Joensuu: Laser media Oy.

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012. JHS 168 Videoneuvottelun käyttö julkisessa hallinnossa. Luettu 27.3.19. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS168/JHS168.pdf>

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). 2013. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, V. & Vikatmaa, P. 2017. Diabeetikon jalkahaava. Suomenlääkärilehti. Vuosikerta 72. Nro 8., 505–511.

Kaartinen, I., Berg, L. & Lagus, H. 2017. Haavanhoitoon kannattaa panostaa. Lääkärilehti 8/2017 vsk 72, 481.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

King, B. 2014. Influencing dressing choice and supporting wound management using remote 'tele-wound care'. *British Journal of Community Nursing*. June 2, 2014, 24–31.

Kiura, E., Reiman-Möttönen, P. & Mäkelä, M. 2012. Haavanhoito potilaan kotona sairaalan ja kotisairaanhoidon yhteistyönä. *Arviointiseloste 3/2012*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kivekäs, E., Kuosmanen, P., Kinnunen, U-M., Kansanen, M. & Saranto, K. 2019. Sähköiset terveystalvet osaksi potilaan arkea. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. Vol 11 No 1-2 (2019), 25–37.

Kock, T. 27.2.2017. Terveystalvetuksen vastaanottotoiminta. Luettu 15.10.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/terveyskeskusten-vastaanottotoiminta>

Kolltveit, B-C., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M., Thorne, S. & Kirkevold, M. 2016. Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience. *BMC Health Services Research* (2016) 16:134, 1–8.

Kolltveit, B-C., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M., Thorne, S. & Kirkevold, M. 2017. Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry. *BMC Nursing* (2017) 16:2, 1–10.

Kosonen, R-M. 2018. Perusterveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä sähköisten etäsovellusten ja videoteknologian käyttöönotosta Pohjois-Savossa. Itä-Suomen yliopisto terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kosonen, S. 20.4.2016. Haavanhoitoon tarvitaan ajatusmaailman muutosta. Luettu 1.4.2019. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/haavanhoitoon-tarvitaan-ajatusmaailman-muutosta/>

Krooninen alaraajahaava. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 22.10.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50058>

Kuula-Luumi, A. 15.3.2018. Turvaa tutkittavan anonymiteetti! Luettu 9.10.2019. <https://www.vastuullinentiede.fi/fi/jatkokaytto/turvaa-tutkittavan-anonymiteetti>

Kuusisto, H., Kröger, V., Knuth, P., Eloranta, S., Tiitola, P., Ranta, S. & Saranto, K. 2016a. Perusterveydenhuollon lääkäri on tyytyväinen lähetepotilaansa etähoitoon. *Suomen lääkirilehti 20/2016 VSK 71*, 1460–1464.

Kuusisto, H., Kröger, V., Knuth, P., Eloranta, S., Tiitola, P., Ranta, S. & Saranto, K. 2016b. Etähoidon riskit ja potilasturvallisuus. *Suomen lääkirilehti 36/2016 VSK 71*, 2199–2203.

Laakso, M., Honkasalo, M., Kiiski, J., Ala-Houhala, M., Haapasalo, H., Laine, H-J., Lukkaala, T., Lahtela, J. & Kaartinen, I. 2017. Re-Organizing inpatient care

saves legs in patients with diabetic foot infections. *Diabetes Research and Clinical Practice* 125(2017), 39–46.

Lääkäriliitto. 2016. Etälääketieteen suositus. Luettu 1.4.2019. <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suosituks/etalaaketieteen-suositus/>

Mikkola, K. Haavanhoitaja. 2019. Tilastotietoja. Sähköpostiviesti. Luettu 18.6.2019.

Moksén, S. Osastonhoitaja. 2019a. Tilastotietoja. Sähköpostiviesti. Luettu 10.10.2019.

Moksén, S. Osastonhoitaja. 2019b. Kustannukset. Sähköpostiviesti. Luettu 1.11.2019.

Mäkinen, M. Erikoissuunnittelija. 2019. Tilastotietoja. Sähköpostiviesti. Luettu 24.6.2019.

Odeh, B., Kayyali, R., Gebara, S.N. & Philip, N. 2014. Implementing a telehealth service: nurses' perceptions and experiences. *British Journal of Nursing*, December 1, 2014, Vol 23, No 21, 1133–1137.

Paajanen, H. & Rantala, A. 2016. Kirurginen haavainfektio – kurjaa potilaalle, kallista yhteiskunnalle. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2016; 132 (7), 604–605.

Palve, J. 2017. Kroonisten haavojen konservatiivisen hoidon mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 8/2017 vsk 72, 518–523.

Parmanto, B., Pramana, G., Yu, D. X., Fairman, A. D. & Dicianno, B. E. 2015. Development of mHealth system for supporting self-management and remote consultation of skincare. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2015) 15:114, 1–8.

Rafter, L. 2016. Employing e-health in the palliative care setting to manage pressure ulcers. *Wounds UK* Vol 12, No 1, 2016, 114–123.

Ruuskanen, M. 2019. Toimistosihteerin. Tilastotietoja. Sähköpostiviesti. Luettu 28.1.2019.

Sastamalan kaupunki. N.d.a. Sastamala ennen ja nyt. Luettu 30.7.2019. https://www.sastamala.fi/sivu.tmpl?sivu_id=3061

Sastamalan kaupunki. N.d.b. Lääkärien ja hoitajien vastaanotto. Luettu 30.7.2019. https://www.sotesi.fi/sotesi/sivu.tmpl?sivu_id=6049

Sharma, U. & Clarke, M. 2014. Nurses' and community support workers' experience of telehealth: a longitudinal case study. *BMC Health Services Research* 2014, 14:164, 1–7.

Sillanaukee, P. & Arvonen, A. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. Luettu 20.10.2018. https://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf.pdf

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 18.10.2017. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Luettu 27.3.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

Stern, A., Mitsakakis, N., Paulden, M., Alibhai, S., Wong, J., Tomlinson, G., Brooker, A-S., Krahn, M. & Zwarenstein, M. 2014. Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care. BMC Health Services Research 2014, 14: 83, 1–13.

Tampereen kaupunki. N.d.a. Terveysasemien yhteystiedot ja ajanvaraus. Luettu 5.1.2019. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemat/ajanvaraus.html>

Tampereen kaupunki. N.d.b. Oriveden sosiaali- ja terveyspalvelut. Luettu 7.2.2019. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/orivesi.html>

Tampereen kaupunkiseutu. 2018. Kaupunkiseudun kunnat. Luettu 1.10.2019. https://www.tampereenseutu.fi/tampereen_kaupunkiseutu/kunnat/

Taylor, J., Coates, E., Brewster, G., Wessels, B. & Hawley, MS. 2014. Examining the use of telehealth in community nursing: identifying the factors affecting front-line staff acceptance and telehealth adoption. Journal of Advanced Nursing 71(2), 326–337.

TAYS. 2016. Suomen ensimmäinen haavakeskus Taysissa. Luettu 28.12.2018. [https://www.tays.fi/fi-FI/Suomen_ensimmainen_haavakeskus_Taysissa\(54907\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Suomen_ensimmainen_haavakeskus_Taysissa(54907))

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 15.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tiihonen, T. & Kivelä, A. 18.11.2014. Digitaalisten terveys- ja hyvinvointipalveluiden potentiaali on vielä käyttämättä. Luettu 17.10.2019. <https://www.sitra.fi/uutiset/digitaalisten-terveys-ja-hyvinvointipalveluiden-potentiaali-viela-kayttamatta/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.

Valtioneuvosto. 2019. Osallistava ja osaava Suomi -sosiaalisesti, ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019. Valtioneuvoston julkaisuja 2019-23. Helsinki: Valtioneuvosto.

Valtiovarainministeriö. 2015. Etäpalveluiden käyttöönoton käsikirja. Helsinki: Valtiovarainministeriön julkaisu – 44/2015.

Vehmanen, M. 2018. Tehoa haavanhoidon alkuvaiheeseen. Lääkärilehti 49/2018, vsk 73, 2922–2924.

VideoVisit®. N.d.a. VideoVisit® modernisoi terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Luettu 1.4.2019. <https://www.videovisit.fi/>

VideoVisit®. N.d.b. Tietosuojaseloste. Luettu 16.5.2019. <https://www.videovisit.fi/tietosuojaseloste/>

Vowden, K. & Vowden, P. 2013. A pilot study on the potential of remote support to enhance wound care for nursing-home patients. Journal of Wound Care vol 22, No 9, september 2013, 481–488.

Vuononvirta, T. 2011. Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteidenlaitos, yleislääketiede, kansanterveystiede, terveyshallinto. Tampere: Juvenes Print.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, vuosi, julkaisukanava ja maa	Tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
King, B. 2014. British Journal of Community Nursing. Englanti.	Tarkoituksena perustaa digitaalinen sovellus haavojen arviointiin ammattilaisille. Sovelluksen tarkoituksena on tukea haavanhoitoa tekeviä työntekijöitä.	Tutkimus oli osa kansallista tutkimusta. Tietoa kerättiin yli 800 potilaalta ja yli 1230 haavasta. Pilottiin osallistui kolme eri toimipistettä.	Enemmistö hoitajista omaksui kameran käytön ja arvosti etähaavanhoidon hyötyjä ja otti hyvin vastaan etäpalvelun. Etäpalvelun täytyy olla helppo käyttää. Ongelmia ilmeni itsetunnon puutteesta teknologiaa kohtaan. Haavanhoidon etävastaanotot/konsultaatiot ovat hyödyllisiä ja soveltuvat haavanhoitoon.
Vuononvirta, T. 2011. Oulun Yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, yleislääketiede, kansanterveystiede, terveyshallinto. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miksi etäterveydenhuolto-hankkeen sovelluksista osa onnistui ja jäi pysyvään käyttöön ja miksi osa epäonnistui.	Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2007-2009 teema-haastatteluilla, joihin osallistui terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yksiköiden työntekijöitä. Tutkimusaineisto koostui 55 haastattelusta. Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä.	Etäterveydenhuollon palveluille on tarvetta. Terveysasemien työntekijät olivat tyytyväisiä hankkeeseen. Johdon osallisuudella oli vaikutuksia etäpalveluiden käyttöön. Lopussa työntekijöiden asenne oli myönteinen etäteknologiaan ja uudet toimintamallit koettiin hyödyllisiksi. Haasteita aiheuttivat henkilökunnan vaihtuvuus ja aikataulujen yhteensovittaminen etäkonsultaatiossa.
Rafter, L. 2016. Wounds UK. Englanti.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sähköisten palveluiden käyttöä palliativisella osastolla painehaavojen hillitsemiseksi. E-health sovelluksella potilaat saivat yhteyden terveydenhuollon ammattilaisiin.	Tutkimuksessa arvioitiin sovellusta ja tutkimuksen julkaisussa esitettiin kahden potilaan hoitopolut kyseistä sovellusta käyttäen. Hoitohenkilökunnan kokemuksia kyseisestä sovelluksesta selvitettiin kysymysten avulla.	Sovellus mahdollisti parhaimpien käytäntöjen ja johdonmukaisuuden potilaan hoitoon. Sopivien kysymysten avulla hoitohenkilökunta sai dokumentoitua tiedot nopeasti ja tehokkaasti. Hoitohenkilökunta koki sovelluksen myönteisenä. Sovellus koettiin helppokäyttöiseksi ja tämä lisäsi työtyytyväisyyttä ja potilaiden hoitomyönteisyyttä.

Kolltveit, B-C., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M., Thorne, S. & Kirkevold, M. 2016. BMC Health Services Research. Norja.	Tarkoituksena oli terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia telelääketieteen käytöstä diabeetikkojen jalkojen hoidossa.	Kyseessä oli tulkitseva kuvaus, jossa tiedot kerättiin vuoden aikana kohderyhmien ammattilaisilta. Suurin osa kyselyyn vastajista oli sairaanhoitajia. Kohderyhmää haastateltiin ja haastattelussa käytettiin puoliohjattua haastattelupohjaa.	Tutkimukseen osallistuneet kokivat telelääketieteen parantavan tietoa ja taitoa haavanhoidosta ja dokumentointitavat paraniivat. Erikoislääkärin ja potilaan hoitopaikan henkilökunnan kommunikointi parani. Hoitajat olivat kiinnostuneita ja halukkaita ottamaan telelääketiedettä hoitotyöhön paremmin mukaan.
Parmanto, B., Pramana G., Yu, D. X., Fairman, A. D. & Dicianno, B. E. 2015. BMC Medical Informatics and Decision Making. USA.	Tarkoituksena oli mHealth sovelluksen kehittäminen potilaiden itsehoitoon ja konsultointiin ihonhoidossa.	Satunnaistutkimus, johon osallistui 13 potilasta, joiden kokemuksia mHealth järjestelmästä selvitettiin.	Tutkimuksella saatiin selville, että ammattilaiset pystyivät älypuhelinsovelluksen avulla tukemaan potilaan itsehoitoa.
Kolltveit, B-C., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M., Thorne, S. & Kirkevold, M. 2017. BMC Nursing. Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia telelääketieteen Internet-pohjaista foorumia. Foorumi oli tarkoitettu potilaille, joilla oli diabeettinen jalkahaava. Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa hoitohenkilökunnan oletuksia ja sitoutumista telelääketieteen käytössä.	Tutkimuksessa menetelmänä käytettiin tulkitsevaa kuvausta. Tietoja kerättiin kymmenestä kohderyhmähaastattelusta vuoden aikana. Haastatelussa käytettiin avoimia kysymyksiä.	Terveydenhuollon ammattilaiset ovat innostuneita telelääketieteen käytöstä. Esille nostettiin käyttäjätavallinen teknologia ja koulutuksen tärkeys. Tärkeänä koettiin lähellä oleva kollega, joka pystyy antamaan apua ja rohkaisua uuden teknologian käytössä. Organisaation johtajien sitoutuneisuus ja vastuullisuus koettiin tärkeäksi. Tärkeäksi koettiin mahdollisuus organisaatioiden keskinäiseen kommunikointiin ja sen helppous.
Kuusisto, H., Kröger, V., Knuth, P., Eloranta, S., Tiitola, P., Ranta, S. & Saranto, K. 2016. Suomen lääkärilehti. Suomi	Tarkoituksena oli tutkia perusterveydenhuollon lääkärin kokemuksia potilaiden etähoitosta erikoissairaanhoidossa.	Tutkimus toteutettiin lähettämällä väittämälomake 104 kpl:lle Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä työskenteleville terveyskeskus- ja työterveyslääkäreille.	Vastaajista suurin osa koki saaneensa vastauksia esittämiinsä kysymyksiin ja hyvät ohjeet, kuinka toimia mikäli vaiva uusiutuu tai paraneminen ei tapahdu toivotusti. Vastaneista lääkäreistä monet kokivat palvelun nopeaksi ja kattavaksi ja tämän avulla pystyivät helpommin jatkamaan potilaansa hoitoa.

<p>Kuusisto, H., Kröger, V., Knuth, P., Eloranta, S., Tiitola, P., Ranta, S. & Saranto, K. 2016. Suomen lääkirilehti. Suomi.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää etähoidon riskejä ja potilasturvallisuutta.</p>	<p>Kyselytutkimus, joka tehtiin Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä työskenteleville terveyskeskus- ja työterveyshuollon lääkäreille. Kyselyn avulla selvitettiin etähoidon potilasturvallisuus asenteita. Lisäksi tutkittiin neurologisten potilaiden etähoitoon liittyviä kirjattuja muistutuksia, kanteluita tai potilasvahinkoja vuosilta 2008-2014.</p>	<p>Suurin osa vastaajista koki etävastaanottoon liittyvän enemmän potilasturvallisuusriskejä verrattuna normaaliin vastaanottoon. Lääkärit kokivat suurimmiksi riskeiksi diagnoosin tekemisen ilman varsinaista tutkimista ja lähete-tietojen paikkaansa pitävyyden. Vuosilta 2008-2014 ei löytynyt yhtään kirjattuja muistutuksia, kanteluita tai potilasvahinkoja koskien etähoitoa.</p>
<p>Vowden, K. & Vowden, P. 2013. Journal of Wound Care. Englanti.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää etäterveydenhuollon tehokkuuden arviointia. Tehokkuutta arvioitiin käyttämällä digitaalista kynä-paperi teknologiaa ja muuteltua älypuhelinmonitoroimaan ja antamaan tukea haavanhoidossa hoitokodeissa.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu pilottitutkimus, johon osallistui valikoidut hoitokodit Bradfordissa. Kaikki potilaat, joilla oli haava ja asuivat valituissa hoitokodeissa, olivat oikeutettuja osallistumaan kyseiseen tutkimukseen.</p>	<p>Tutkimus tukee käsitystä telelääketieteen hyödyllisyydestä hoitohenkilökunnalle ja potilaille hoitokodeissa. Tutkimus tukee olettamusta, jonka mukaan digitaalinen kynä-paperitekniikka, digitaalinen valokuvaus ja matkapuhelintekniikka voivat olla tehokkaita luotettavan tiedon siirtoon. Tämän myötä haavanhoitoon erikoistuneet ammattilaiset voivat antaa tukea ja ohjeita hoitokodeissa työskenteleville työntekijöille.</p>
<p>Green, J., Jester, R., McKinley, R. & Pooler, A. 2014. Journal of Wound Care. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ihmisiltä, joilla on jalassaan krooninen laskimohaava.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaukseen tulivat mukaan artikkelit, jotka olivat julkaistu vuosina 1990-2013. Kriteerit täytäviä tutkimuksia oli 23 kappaletta.</p>	<p>Tutkimukset osoittavat, että krooniset laskimohaavat vaikuttavat kielteisesti potilaiden elämänlaatuun ja näiden vaikutuksiin ei kiinnitetä hoidon aikana tarpeeksi huomiota.</p>
<p>Kivekäs, E., Kuosmanen, P., Kinnunen, U-M., Kansanen, M. & Saranto, K. 2019. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Suomi.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia erikoissairaanhoiton potilaiden ajatuksia sähköisistä palveluista. Potilaat arvioivat palveluiden hyödyllisyyttä ja helppokäyttöisyyttä.</p>	<p>Kyselytutkimus, jossa tutkimusaineistona käytettiin vuonna 2017 erikoissairaanhoiton poliklinikoilla käyneiden potilailta tai saattajilta saatuja vastauksia.</p>	<p>Vastaajat olivat halukkaita käyttämään sähköisiä palveluita ja nämä lisäsivät halukkuutta seurata omaa terveyttä. Kanta-palvelut koettiin hyödylliseksi. Nuoret vastaajat hallitsivat tekniikan käyttöä paremmin, kun iäkkäämmät epäilivät enemmän omaa osaamistaan. Palvelujen mielikkyys lisää käyttöä.</p>

<p>Kosonen R-M. 2018. Itä-Suomen Yliopisto terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Suomi.</p>	<p>Pro gradu on osa isompaa hanketta, jonka tarkoituksena oli tukea lasten ja nuorten mielen-terveyspalveluiden parempaa saatavuutta ja laatua lisäämällä videoneuvottelut ja etäsovellukset ammattilaisten käyttöön.</p>	<p>Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella perusterveydenhuollon ammattilaisilta ja aineisto analysoitiin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelmaa. Kyselyn avoimet kysymykset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä.</p>	<p>Hoitohenkilökunnalla oli positiivinen asenne sähköisiä palveluita kohtaan. Palveluiden käyttöönotossa tärkeänä koettiin koulutus, toimiva välineistö ja tekninen tuki. Negatiivisina asioina sovellusten käyttöönotossa nousivat resurssipula, puutteellinen välineistö ja organisatiomuutokset.</p>
<p>Laakso, M., Honkasalo, M., Kiiski, J., Ala-Houhala, M., Haapasalo, H., Laine, H-J., Lukkaala, T., Lah-tela, J. & Kaarti-nen, I. 2017. Di-abetes Re-search and Clin-ical Practice. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksessa arvioitiin hoit-uudistusta sairaa-lapotilailla, joilla oli diabeet-tinen jalkahaavainfek-tio. Sama-lle tutkittiin moniammatillisen haavaosaston toteutusta yliopistollisessa sairaalassa.</p>	<p>Tutkimus oli retro-spektiivinen seu-rantatutkimus, johon osallistui 272 potilasta, joilla hoi-dettiin diabeettista jalkainfektiota.</p>	<p>Tuloksissa kävi ilmi, että moniammatillisella haavanhoitoryhmällä saatiin hyviä hoitotuloksia. Tutki-mus osoitti, että diabeettiset haavainfektiot ovat haasteellisia ja erikoisalojen yhteistyö haavakeskuksen ammattilaisten kanssa oli keskeinen tekijä parempiin tuloksiin.</p>
<p>Odeh, B., Kanyaali, R., Gebera, S.N. & Philip, N. 2014. British Journal of Nursing. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä sairaanhoitajien ajatuksia etäterveydenhuollon palveluista.</p>	<p>Laadullinen tutki-mus, joka toteutetiin puoli-strukturoidulla sähköpostahaastattelulla sairaanhoitajille. Haastattelussa selvitettiin kokemuksia palvelusta ja ajatuksia tämän tulevaisuudesta.</p>	<p>Sairaanhoitajat kokivat palvelun positiivisena. Etäterveydenhuollon estäviksi tekijöiksi nostettiin resurs-sien puute, johdon tuen puuttuminen, potilaiden valinta ja teknisen tuen puuttuminen. Kehityseh-dotuksiksi hoitajat nostivat lisäkouluttamisen, lisätyöntekijän ja laajen-netut potilaiden valin-takriteerit.</p>
<p>Sharma, U. & Clarke, M. 2014. BMC Health Services. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia etäterveydenhuollosta.</p>	<p>Laadullinen tutki-mus, jonka tutki-musaineisto kerät-tiin puolistrukturoidulla haastatte-luilla.</p>	<p>Hoitohenkilökunta nosti esiin haasteita, jotka vaikuttivat etäterveydenhuollon käyttöönotossa. Haasteiksi nousivat työmäärän lisääntyminen, muutos päivittäisessä työssä ja muutokset potilaan vuorovaikutuksessa. Haasteisiin pystytään vaikuttamaan esimerkiksi koulutuksella ja teknisen tuen lisäämisellä.</p>
<p>Stern, A., Mitsakakis, N., Paulden, M.,</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää etä-</p>	<p>Tutkimus tehtiin monimenetelmäl-</p>	<p>Haavanhoitoon erikoistunut hoitohenkilökunta ko-</p>

<p>Alibhai, S., Wong, J., Tomlingen, G., Brooker, A-S., Krahn, M. & Zwarenstein, M. 2014. BMC Health Services Research. Kanada.</p>	<p>palveluna toteutettavan moniammatillisen hoidon toteutumista ja kustannus-tehokkuutta painehaavojen hoidossa.</p>	<p>sesti ja tutkimusmenetelminä käytettiin havainnointia, haastattelua ja taloudellisen arvion tekoa.</p>	<p>ettiin terve- tulleiksi lisäresurssiksi. Nämä ovat mahdollistaneet kustannussäästöjä, kun toimintatapoja on muutettu. Haavanhoitoihin käytetty aika voi vaikuttaa haavojen paranemiseen.</p>
<p>Taylor, J., Coates, E., Brewster, G., Wessels, B. & Hawley, MS. 2014. Journal of Advanced Nursing. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia hoito-henkilö-kunnan hyväksyntää ja mahdollisia esteitä etälääketieteen käyttöön-otossa.</p>	<p>Teema-analyysillä tehty laadullinen tutkimus, jossa haastateltiin 84 ihmistä. Data kerättiin vuosien 2012-2013 aikana.</p>	<p>Vastaajien mielipiteet jakautuivat vastustamisesta innostukseen. Etälääketieteen käyttöönottoon vaikuttivat luotettava ja joustava teknologia, sekä kohdennetut riittävät resurssit. Henkilökohtaiset onnistumisen tunteet tele-tekniologian käytössä helpottivat oppimista ja lisäsivät sen käyttöä.</p>

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Taustatiedot

- Kuinka kauan olet tehnyt haavanhoidon etävastaanottoja?

Koulutus/perehdyttäminen:

- Minkälaista perehdytystä tai koulutusta sait etävastaanottojen pitämiseen liittyen?
- Minkälaista koulutusta ja perehdytystä olisit toivonut saavasi?

TAYS:

- Mitä terveysaseman henkilökunnan tulisi osata etävastaanoton aikana?
- Miten terveysasemalla tulisi valmistautua etävastaanottoon edeltävästi?

Teknologian käyttö

- Kuvaile teknologian käyttöä ja sen toimivuutta?
- Mikä sujui hyvin?
- Mitä haasteita oli teknologian käytössä?
- Saitko tarvittaessa tekniikkaan ja teknologiaan liittyvää apua/ohjausta? Miten ja keneltä?

Aikataulut ja resurssit

- Miten etävastaanoton aikataulut saatiin sovittua?
- Onko ilmaantunut aikatauluihin liittyviä haasteita ja kuinka näistä selvitty?
- Miten henkilökunnan resurssit ovat vaikuttaneet etävastaanottojen pitämiseen?

Hyödyt ja odotukset

- Miten koit haavanhoidon etävastaanoton ammattilaisen näkökulmasta?
- odotukset? hyödyt? haitat?
- Mitä jäit kaipaamaan ammattilaisen näkökulmasta?
- Miten etävastaanotot istuvat työnkuvaasi?

Odotukset:

- Miten etävastaanotto sujui mielestäsi?
- Voitko suositella etävastaanottoja kollegallesi ja miksi?

Terveysasema:

- Saitko jatko-ohjeistusta ja minkälaisena koit jatko-ohjeistuksen?

Yhteistyö:

- Miten yhteistyö sujui?
- Miten kehittäisit yhteistyötä?

Onko vielä jotain mitä haluaisit kertoa liittyen etävastaanottoihin?

Liite 3. Kutsu haastatteluun

KUTSU HAASTATTELUUN

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmaa (YAMK). Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan odotuksia ja kokemuksia haavanhoidon etävastaanotoista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa käyttää hoitohenkilökunnan perehdyttämiseen. Tavoitteena on myös kehittää yhteistyötä Tampereen kaupungin vastaanottoiminnan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Haavakeskuksen välillä. Tutkimukseen osallistuvat kohdeorganisaatiot ovat Tampereen kaupunki, TAYS Haavakeskus, Sastamala ja Hämeenkyrö.

Tutkimusaineisto kerätään yksilöhaastatteluina. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja perustuu kirjalliseen suostumukseesi. Suostumuksesi voit peruuttaa milloin tahansa. Haastattelut nauhoitetaan, jotta pystymme auki kirjoittamaan ja analysoimaan aineiston. Sinulta pyydetään suostumus myös haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelussa antamasi tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisena ja säilytetään tietoturvasääntöjen mukaisesti. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti joulukuussa 2019. Haastatteluaineistosta tai opinnäytetyön raportista ei ilmene tutkimukseen osallistuvien henkilötietoja tai muita tietoja, joista osallistujat voidaan tunnistaa. Haastattelut toteutetaan sinun kanssasi sovittuna ajankohtana huhtikuun 2019 aikana. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin tunti.

Olemme kiitollisia, mikäli päätät osallistua tutkimukseen. Tulemme ottamaan sinuun yhteyttä asian tiimoilta, jolloin annamme myös lisätietoa haastattelusta ja opinnäytetyöstä. Halutessasi voit ottaa yhteyttä meihin lisätietojen saamiseksi.

Ystävällisin terveisin, Anu Andrésen ja Marika Jokiranta

Yhteystiedot:

Anu Andrésen, p. 040 74 48088, anu.andresen@tuni.fi

Marika Jokiranta, p. 044 33 89035, marika.jokiranta@tuni.fi

Liite 4. Haastattelun suostumuslomake

SUOSTUMUSLOMAKE HAASTATTELUUN

Minua on pyydetty haastateltavaksi kertomaan kokemuksistani haavanhoidon etävastaanottoa tutkivaan opinnäytetyöhön (YAMK). Olen saanut kirjallisesti ja suullisesti tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Ymmärrän, että osallistumiseni haastatteluun on vapaaehtoista ja voin peruuttaa osallistumiseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli peruutan suostumukseni, niin minusta kerättyjä tietoja ei tulla tutkimuksessa käyttämään. Ymmärrän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Ymmärrän, että haastatteluaineistosta tai opinnäytetyön raportista ei ilmene henkilötietojani tai muita tietoja, joista minut voidaan tunnistaa. Henkilötietoni ilmenevät vain suostumuslomakkeessa ja ne jäävät ainoastaan opinnäytetyötä tekevien tietoon.

Allekirjoituksella vahvistan suostumukseni tutkimuksen tekemiseen ja haastattelun nauhoittamiseen.

Paikka ja aika

Paikka ja aika

Haastateltava

Suostumuksen vastaanottaja

Nimenselvennys

Nimenselvennys