

Mira Anttila & Netta Anttila

**ETÄVASTAANOTTO OSANA
SOMAATTISTA HOITOA**
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Terveystieteiden
Terveystieteiden
Terveystieteiden

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Mira Anttila & Netta Anttila	Terveystenhoitaja (AMK)	Joulukuu 2019
Opinnäytetyön nimi Etävastaanotto osana somaattista hoitoa – kuvaileva kirjallisuuskatsaus		41 sivua 5 liitesivua
Toimeksiantaja Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (Kymsote)		
Ohjaaja Liisa Korpivaara		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ja selvittää terveydenhuollon etävastaanoton tuomia hyötyjä ja haasteita asiakkaan, hoitohenkilöstön ja organisaation näkökulmista kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli myös se, miten hoitohenkilöstön osaaminen ja kouluttaminen on huomioitu etävastaanoton toteuttamisessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli julkaista selkeä ja kattava yhteenveto etävastaanoton hyödyistä ja haasteista palvelun käyttöönoton ja kehittämisen tueksi.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja aineistoa kerättiin seuraavista tietokannoista: Finna, Medic, CINAHL ja Google Scholar. Hakusanoiksi valikoituivat digitalisaatio, etäpalvelut, mobiililääkäri, perusterveydenhuolto, etälääkäri, etävastaanotto, kehittäminen, sähköiset terveystalvelut, video telehealth, telemedicine, videoconferencing ja health care. Eri hakukannoissa käytettiin eri hakusanoja, sillä jokaisesta tietokannasta ei löytynyt samoilla hakusanoilla sisäänottokriteeristön täyttäviä hakutuloksia, joten hakusanat sovellettiin tietokantojen mukaisesti. Aikarajaus oli 2004–2019. Sisäänottokriteeriksi muodostui, että tutkimukset vastaisivat tutkimuskysymyksiin hoitotieteen näkökulmasta, tutkimukset olisivat kokonaan luettavissa ilmaiseksi ja ne olisi kirjoitettu kielellä englanti tai suomi.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella etävastaanotolla on sekä monipuolisesti hyötyjä, mutta myös haasteita sekä asiakkaan, hoitohenkilöstön että organisaation näkökulmista. Etenkin kustannustehokkuus, hoitomahdollisuuksien ja hoidon tuloksellisuuden parantuminen sekä ikäihmisten kotona pärjäämisen tukeminen nousevat hyödyissä keskiöön. Haasteista keskeisimmät ovat tekniset ongelmat laitteiston käytössä ja etävastaanotolle soveltuvan asiakaskunnan rajaaminen. Tulosten yhteenvedossa tärkeään rooliin nousevat myös hoitohenkilöstön ja asiakkaiden asenteet etäteknologiaa kohtaan ja niiden vaikutus etävastaanoton käyttöönotolle.</p> <p>Etävastaanoton voidaan todeta olevan potentiaalinen ratkaisu osana perusterveydenhuollon palveluita. Etävastaanotto voi toimia kustannustehokkaana ratkaisuna terveydenhuollon digitalisoinnissa ja parantaa palveluiden saatavuutta, sikäli sen järjestäminen on perusteltua ja huolellisesti suunniteltua.</p>		
Asiasanat laadullinen tutkimus, etävastaanotto, hoitotyö, perusterveydenhuolto		

Authors	Degree	Time
Mira Anttila & Netta Anttila	Bachelor of Health Care	December 2019
Thesis title		41 pages 5 pages of appendices
Video telehealth in somatic care – Descriptive literature review		
Commissioned by		
Social and Health Services in Kymenlaakso (Kymsote)		
Supervisor		
Liisa Korpivaara		
Abstract		
<p>The objective of the thesis was to describe and resolve the benefits and challenges of medical remote reception from the perspective of the customer, medical personnel and organization's point of view via a literature review. One of the questions was how the knowledge and training of the personnel was considered in the process of making a remote reception. The aim of the thesis was to show a clear and comprehensive summary of the profits and challenges of a remote reception, to support the remote reception start up and further evolution.</p> <p>Used method was descriptive literature review. Data was collected from the following sources; Finna, Medic, CINAHL, and Google Scholar. Chosen search words were digitalisaatio, etäpalvelut, mobiililääkäri, perusterveydenhuolto, etälääkäri, etävastaanotto, kehittäminen, sähköiset terveystalvet, video telehealth, telemedicine, videoconferencing and health care. Different search words were used in different data sources, because the same search words in different data sources did not give material that would match the acceptance criteria. Time frame was 2004–2019. Criteria of acceptance were set in the way that researches answered the questions from the perspective of medical science, researches were available for free and were written in either English or Finnish.</p> <p>From the results of the literature review, remote reception has many diverse benefits, but also challenges from the perspective of client, professional and organization. Things like cost efficiency, improved nursing possibility and effectiveness and support of elderly person's home surviving are main advantages. Key challenges are technical difficulties when using devices and selecting suitable clients for remote reception. In summary an important role is played by the approach of professionals and clients towards the remote technology and impact on the startup of the remote reception.</p> <p>The remote reception can be stated as a potential solution as a part of the health care services. Remote reception can function as a cost-efficient solution in the health care digitalization and improve service availability, as far as the organizing is well grounded and well planned.</p>		
Keywords		
Qualitative research, telehealth, health care, health care services		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ETÄTERVEYSPALVELUT.....	7
2.1	Etäterveyspalvelut käsitteenä	7
2.2	eTerveiden kymmenen E:tä.....	8
2.3	Etäterveyspalveluiden historia Suomessa	9
2.4	Etäterveyspalvelut Suomessa ja muualla maailmassa	11
2.5	Etäpalveluita ohjaavat lait ja säädökset.....	11
2.6	Potilaan oikeudet	17
3	KOKEMUKSIA ETÄVASTAANOTOSTA.....	18
3.1	Hoitohenkilökunnan käyttökokemuksia.....	19
3.2	Asiakkaiden käyttökokemuksia	20
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	21
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	22
5.2	Alkuperäistutkimusten keruu ja valinta.....	23
5.3	Aineiston analyysi.....	25
5.4	Eettisyys ja luotettavuus	26
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	28
6.1	Etävastaanoton hyödyt	28
6.2	Etävastaanoton haasteet	30
6.3	Hoitohenkilöstön osaamisen huomiointi etävastaanoton käytössä	33
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimustaulukko	
	Liite 2. Taulukko kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksista	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2015 linjannut etänä toteutetun lääkärin vastaanottokäynnin olevan rinnastettavissa perinteiseen vastaanottokäyntiin (Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista 2015). Etävastaanotto ei ole vielä arkipäivää, mutta yleistyy jatkuvasti ympäri Suomen. Tällä hetkellä suurin osa etälääkäripalveluista toteutetaan pelkällä keskustelulla potilaan ja lääkärin välillä joko videon välityksellä tai puhelimitse. Tekniset tutkimusvälineet ja niiden käyttö lisääntyvät jatkuvasti palveluiden kehittyessä. (Keränen 2015.)

Olettamuksena on, että terveydenhuollon etäpalvelut parantavat palveluiden saatavuutta, etenkin kotona asuvien ikäihmisten kohdalla. Etälääketieteen avulla nopeutetaan konsultaatioita eri spesialistien välillä ja se poistaa maantieteelliset välimatkat (Di Cerbo ym. 2015). Myös lääkäripulaan monissa kunnissa etävastaanotto on ollut helpottava ratkaisu (Nyyssönen 2019).

Etälääkäri pystyy tietotekniikan avulla videovälitteisesti tutkimaan esimerkiksi potilaan keuhko- ja sydänääniä, tutkimaan korvat, silmät sekä ihomuutokset ja määräämään reseptejä. Esimerkiksi nuhakuume tai silmätulehdus ovat tyypillisiä vaivoja, joiden hoitaminen etäyhteydellä hoituu. Aivan kaikki vaivat eivät kuitenkaan ole etänä hoidettavissa, joten sairaanhoitajan on tehtävä potilaasta tarkka arvio ennen etäpalvelun valitsemista ja etälääkärin tulee olla kokenut tietääkseen, milloin potilas tarvitsee tavata kasvokkain. (Keränen 2015.)

Pääsääntöisesti asiakkaat ovat hyvin tyytyväisiä etävastaanottoihin, sillä ne säästävät aikaa ja vaivaa. Lähimmän lääkärin luo ei tarvitse matkustaa, vaan lääkäri ikään kuin saapuu asiakkaan luokse teknologian avulla. (Nyyssönen 2019.) Jonkin verran palvelu aiheuttaa vielä päänvaivaa, esimerkiksi teknisten ongelmien vuoksi. Yhteysongelmat ovat suurin murhe, ja sen takana on usein liian vahva palomuuuri potilasturvallisuuden varmistamiseksi. (Digi vie, sote vikisee -hanke 2018.)

Aiheen ympärille on muodostunut monia hankkeita, näistä esimerkkinä Digi vie, sote vikisee -niminen hanke. Kyseisen hankkeen tavoitteena on kehittää

henkilöstön valmiuksia teknologian käyttöönottoon ja kehittää toimintamalli osaamisen kehittämiseksi. Hanke pyrkii pitkällä tähtäimellä parantamaan, lisäämään ja laajentamaan digitaalisten palveluiden käyttöönoton edellytyksiä työprosesseissa sosiaali- ja terveysalalla. (Digi vie, sote vikisee -hanke 2018.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään terveydenhuollon etäpalveluiden etävastaanottoa osana somaattisten sairauksien seuranta ja hoitoa. Aihe on ajankohtainen, sillä viime vuosina sosiaali- ja terveystalveluiden digitalisoitumista on alettu kehittää vauhdilla (Kohonen & Arajärvi 2017). Tekijöiden mielenkiinto terveystalveluiden kehittämiseen, työkokemus ikäihmisten palveluissa sekä digitalisoitumisen ajankohtaisuus olivat tekijöitä, jotka saivat valitsemaan tämän aiheen. Tässä työssä käytetään etävastaanottoa kuvaamaan potilaan ja lääkärin tai hoitajan välistä vastaanottoa videoyhteyden avulla, jossa on mahdollisesti myös hoitohenkilöstön käytettävissä olevat etätutkimusinstrumentit potilaan tutkimiseen. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää, mitä hyötyjä ja haasteita etävastaanotolla on sekä miten hoitohenkilöstön osaaminen varmistetaan. Etälääkäripalvelu toimintamallina on käytössä monenlaisissa sosiaali- ja terveystalvan yksiköissä, kuten esimerkiksi psykiatriassa (Vuonovirta ym. 2009). Tässä opinnäytetyössä keskitytään palvelun käyttöön osana somaattisten sairauksien hoitoa.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. Kymsoten on järjestettävä kaikille maakunnan asukkaille yhdenvertaiset ja helposti saatavat sosiaali- ja terveystalvelut. Kymsote pyrkii parhaaseen asiakaskokemukseen, ennaltaehkäiseviin, laadukkaisiin ja kustannustehokkaisiin palveluihin (Kymsote 2019), joten opinnäytetyön aihe vastaa myös organisaation tarpeita ja tavoitteita.

2 ETÄTERVEYSPALVELUT

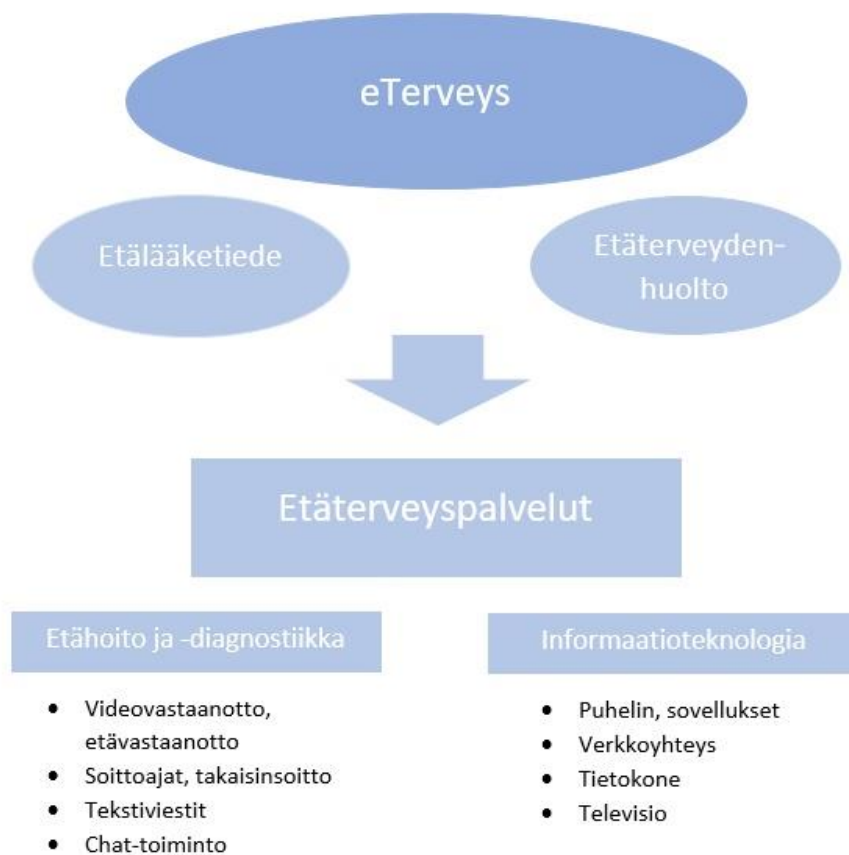
2.1 Etäterveyspalvelut käsitteenä

Etäteknologian kehittymisen seurauksena on otettu käyttöön palveluita kuvaava laajempi termi eTerveys (*eHealth*), joka toimii yläkäsitteenä muille terveydenhuollon verkostoissa toimiville etäpalveluille. Käsite on tullut käyttöön 2000-luvulla. Se kattaa mm. etäterveydenhuollon, etälääketieteen, etähoidon sekä alueelliset arkistojärjestelmät ja potilaskertomukset. Etäterveydenhuolto tarkoittaa terveyteen liittyvien tietojen ja terveyspalvelujen tuottamista informaatio- ja viestintäteknologian avulla kansainvälisesti. Käytetympi ja vanhempi käsite etälääketiede on käytössä varsinkin silloin, kun puhutaan kliinisten lääkäripalvelujen tuottamisesta, lääketieteellisistä koulutuksista ja konsultoinnista etäteknologian välityksellä. (Vuonovirta 2011, 20.) Anonyymisti toteutettu yleinen terveysneuvonta sähköisten palvelimien kautta ei kuulu etälääkäripalveluihin eikä näin ollen etälääketieteen suosituksen piiriin (Etälääketieteen suositus 2016). Yleisen suomalaisen asiansaston mukaan etäterveydenhuollosta tulisi käyttää termiä teleterveydenhuolto (Yleinen suomalainen asiansasto s.a.). Kuitenkin termi etäterveydenhuolto on paljon käytössä etäpalveluita käsittelevissä tutkimuksissa.

Valviran mukaan etäpalveluita ovat esimerkiksi videoyhteyden välityksellä jaettujen tietojen ja dokumenttien avulla tapahtuva asiakkaiden hoitaminen, ohjaaminen ja hoitoon liittyvien päätösten teko (Valvira 2015). Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirjassa etäpalvelut määritellään palveluksi, joka tuotetaan verkkoyhteyden avulla ja jossa asiakasta palvelee ihminen – erityisasiantuntija tai palveluneuvoja. Yksi etäpalvelujen tuottamisratkaisu on kuvayhteyksratkaisu, jossa tarjotaan reaaliaikainen kuvayhteys. (Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja 2015, 16–17.)

Terveydenhuollon etäpalveluista käytetään myös termiä etäterveyspalvelut, kun maantieteellisesti etäällä olevia potilaita hoidetaan etäviestinnän ja sensorteknologian välityksellä (Vuonovirta 2011, 20). Etäterveyspalveluita ovat esimerkiksi sairaanhoidon palveluiden tuottaminen videoyhteyden välityksellä.

Etäterveyspalveluilla tarkoitetaan siis potilaan tutkimisen, tarkkailun, seurannan, hoitamisen sekä hoitoon liittyvien päätösten tapahtumista terveydenhuollossa, esimerkiksi videon välityksellä verkossa tai älypuhelimella. Myös tietoja ja dokumentteja voidaan välittää sähköisesti etäpalveluiden avulla (Hyypiä 2016). Eri etäpalveluista käytetään hieman eri nimityksiä riippuen palvelun tuottajasta ja käyttötarkoituksesta (Tala 2017, 24). Kuvassa 1 on laatimamme ajatuskartta käsitteistöstä selventämään, mitä termejä eTerveys kattaa alleen ja mitkä palvelun osat kuuluvat mihinkin käsitteeseen.



Kuva 1. Ajatuskartta etäterveyspalveluista

2.2 eTerveiden kymmenen E:tä

eTerveiden erikoistunut kanadalainen terveysalan tutkija Gunther Eysenbach on määritellyt kymmenen käsitettä, "The 10 e's in e-health", joiden tulisi ohjata etäterveyspalveluita. Näiden lisäksi etäterveyspalveluiden tulisi olla helppokäyttöisiä, opettavaisia ja mielenkiintoisia. (Eysenbach 2001.)

Tehokkuus (*Efficiency*) on yksi etäterveyspalvelujen suurimmista lupauksista. Kustannustehokkuuden maksimoiseksi etäterveyspalveluita tulee käyttää vain tarpeeseen ja välttää esimerkiksi turhia diagnooseja. Etäterveyspalveluiden tulisi parantaa terveydenhuollon palveluiden laatua (*Enhancing quality of care*). Etäterveyspalveluiden tulisi olla näyttöön perustuvia (*Evidence based*), eikä niiden vaikuttavuutta ja tehokkuutta tulisi pitää olettamuksena, vaan ne on oltava todistettavissa tieteellisillä tutkimuksilla. Palveluiden tulisi olla asiakaskeskeisiä (*Empowerment of consumers and patients*). Asiakkaita tulisi kannustaa palvelun käyttöön (*Encouragement*) kohti sellaista yhteistyötä lääkärin kanssa, jossa päätökset tehdään yhdessä. Etäterveyspalvelut edellyttävät jatkuvaa lääketieteellistä koulutusta (*Education*) sekä tiedon vaihtamisen ja viestinnän mahdollistamista (*Enabling*) standardoidulla tavalla terveydenhuoltolaitosten välillä. Terveydenhuollon soveltamisalan laajentaminen sen perinteisten rajojen ulkopuolelle (*Extending*) niin maantieteellisessä merkityksessä kuin myös käsitteellisessä merkityksessä. Etäterveyspalvelut nostattavat myös uusia eettisiä kysymyksiä liittyen esimerkiksi potilaan suostumukseen, yksityisyyteen ja lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen (*Ethics*). Yksi sähköisten terveyspalveluiden lupauksista on oikeudenmukaisuus (*Equity*), mutta samaan aikaan se on myös huomattava uhka. Palvelut voivat syventää kuilua palveluun saajien välillä, jos verrataan ihmisiä, joilla on rahaa, tietoteknistä osaamista ja pääsy tietokoneisiin ja verkkoihin sekä asuvat kaupungissa, niihin, jotka ovat köyhempinä, asuvat maalla ja joilla ei ole osaamista tai pääsyä tietokoneisiin ja verkkoihin. Näin tapahtuu, elleivät poliittiset toimenpiteet takaa tasavertaista palveluiden saatavuutta kaikille. (Eysenbach 2001.)

2.3 Etäterveyspalveluiden historia Suomessa

Jo varhain keskiajalla toimi ensimmäinen julkisen terveydenhuollon valvontaverkko. Se perustui kirjekyyhkyjen käyttöön, jonka myötä etädiagnostiikka ja etähoito mahdollistuivat. Varsinainen telelääketiede, johon käytetään apuna teknologiaa, kehittyi vasta puhelimen ja lennättimen myötä 1840-luvulla. (Wootton & Craig 1999.) Nykyään erityisesti informaatioteknologia on telelääketieteen harjoittamisen keinona. Radiolla on ollut suuri merkitys etäpalvelui-

den tuottamisessa erityisesti merenkulussa. Televisiotekniikka mullisti telelääketieteen kehityksen 1950-luvulla. Television avulla saatiin mahdollisuus vuorovaikutteiseen konsultaatioon kahden ammattilaisen välillä. (Timonen 2004.)

Ensimmäinen telelääketieteellinen kokeilu tehtiin vuonna 1964 Yhdysvalloissa kahden psykiatrisen keskuksen välillä. Toinen kokeilu oli Loganin kansainvälisen lentokentän terveysaseman ja Massachusettin yleisen sairaalan välillä 1967. Tämä kokeilu tarjosi työterveyshuollon palveluita lentokentän henkilökunnalle ja ensiapua lentomatikustajille. Palvelu oli tarjolla vuosina 1968–1969. 1970-luvulla avaruusteknologia edistyi huomasti ja myös etälääkäripalveluiden tuottamista yritettiin satelliitin välityksellä. Tämä toimintamalli oli varsin suuri-kustanteinen, eikä sen vuoksi päässyt laajaan käyttöön. (Timonen 2004.)

Digitalisaatio eli tietokoneiden, matkapuhelinten ja videoneuvottelulaitteiden kehitys 1980-luvulla oli varsinainen läpimurto telelääketieteelle (Timonen 2004). Vuonna 1998 Amerikassa tehtiin 40 000 telekonsultaatiota, joista noin 70 % oli reaaliaikaisia. Jo vuonna 1997 tehtiin 250 000 etäkonsultaatiota röntgenkuvista. Euroopassa kehitys on ollut hitaampaa. Pohjoismaissa ja Englannissa on tehty eniten tutkimusta telelääketieteen saralla. (Wootton & Craig 1999.) Norjassa Tromssaan perustettiin kansallinen telelääketieteen keskus vuonna 1993. Jo vuonna 1996 eri sovellukset olivat jatkuvassa käytössä ihotaudeissa, korva-, nenä- ja kurkkutautien etäendoskopiaissa, patologiassa, radiologiassa ja psykiatriassa. (Timonen 2004.)

Suomessa Utsjoen terveyskeskuksen ja Helsingin välillä järjestettiin ensimmäinen videoneuvottelukokeilu psykiatriassa vuonna 1993. Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan ja Kuusamon terveyskeskuksen välillä rakennettiin jatkuvassa käytössä oleva yhteys vuonna 1994. Toiminta on laajentunut Oulussa myös kirurgian klinikalle sekä ortopedisten potilaiden telekonsultaatioihin vuonna 1996. Kokeiluja telelääketieteestä on tehty useilla paikkakunnilla ja erikoisaloilla. (Timonen 2004.)

2.4 Etäterveyspalvelut Suomessa ja muualla maailmassa

Tällä hetkellä etäterveyspalveluita käytännössä ovat mm. matkapuhelimen, tietokoneen, tablettitietokoneen ja televisiosovellusten kautta tapahtuva etähoito sekä esimerkiksi puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttö (Salminen 2016, 11). Pitkään käytössä olleet etäpalvelut julkisella puolella ovat takaisinsoitto, videoyhteys, chat-toiminto ja tekstiviestit (Keränen 2017, 25–32). Nettiyhteyden avulla toteutetulla etävastaanotolla voidaan hoitaa mm. allergiaan ja astmaan, ruuansulatusongelmiin, rokotuksiin, raskauden ehkäisyyn, verenpaineeseen, aikuistyyppin diabetekseen, migreeniin, ihomuutoksiin, mielialaan ja seksuaaliterveyteen liittyviä asioita. Etävastaanotolla ei suositella hoidettavaksi akuutteja vammoja, voimakasoisia infektioita, vaikeita kiputiloja, hengenahdistusta, rintakipuja tai pikkulapsia. (Hyypiä 2016.)

Pohjoismaista ainakin Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa on ollut jo keskimäärin vuodesta 2012 alkaen jonkinlaisia etäterveydenhuoltopalveluita ainakin kokeilussa haja-asutusalueiden perusterveydenhuollossa. (Telemedicine in the Scandinavian countries 2012.) Kervinen kirjoittaa tutkimuksessaan, että American Telemed Associationin mukaan (2015) vuonna 2012 Yhdysvalloissa yli puolet sairaaloista käyttivät jo jonkinlaista etäterveyspalvelua ja käytössä olevia etälääketieteen tietoverkkoja toimi yli 200 (Kervinen 2015).

2.5 Etäpalveluita ohjaavat lait ja säädökset

Etäpalveluille ei ole vielä nykyisessä lainsäädännössä kattavia säädöksiä. Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä ollaan uudistamassa. Tavoitteena uudistamisessa on myös uusien palvelun tuottamistapojen potilasturvallisuuden ja tietosuojan huomioon ottaminen. Suomen terveysministeriö tulee ottamaan oman linjauksensa huomioon lainsäädännön uudistamistyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista 2015.)

Terveydenhuollon etäpalveluja tarjottaessa tulee palveluntuottajan hakea yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukainen lupa, tai tehdä ilmoitus itsenäisestä ammatinharjoittamisesta. Suomen terveysministeriön näkökul-

masta etäpalvelut ovat pääsääntöisesti verrannollisia perinteisiin vastaanottokäynteihin palveluiden sisällön osalta. Toteutetun etävastaanottokäynnin tulee olla hyvän ja yleisesti hyväksytyyn terveydenhuollon käytännön mukainen. Terveydenhuollon ammattihenkilön, joka on palvelun tarjoaja, on huolellisesti arvioitava, onko kyseinen palvelutapahtuma sopiva etänä toteutettavaksi ja kyseiselle potilaalle soveltuva toimintamenetelmä. Palveluntarjoajan on tarpeen mukaan ohjattava potilas tavanomaiselle vastaanottokäynnille tai muuhun hoitopaikkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista 2015.)

Potilasturvallisuus, tietosuoja sekä näihin liittyvät lainsäädännöt tulee huomioida jokaisella palvelukäynnillä. Etäpalveluna toteutettu vastaanottokäynti tulee kirjata asianmukaisesti potilasasiakirjoihin. Etäpalvelujen tuottajalla on velvollisuus liittyä kansallisiin terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluihin. Palveluiden tuottajalla tulee olla laadittuna omavalvontasuunnitelmat yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain, sekä sosiaali- ja terveysministeriön asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista 2015.) Henkilökunnan tulee olla asianmukaisesti koulutettua ja palvelujen tarjoajalla tulee olla tarkoitukseen sopivat tilat ja laitteet (Valvira 2015a).

Etäpalveluna suoritettavat työterveyshuollon palvelut sairaanhoidon tai muun terveydenhuollon osalta ovat oikeuttaneet työterveyshuollon korvaukseen 1.3.2016 alkaen. Vuoden 2019 alusta alkaen Kansaneläkelaitos korvaa kustannukset, jotka syntyvät, kun työterveyshuollon ammattihenkilö tai asiantuntija antaa potilaalle neuvoja tai hoito-ohjeita puhelimesta, sähköpostissa tai chatissa. Aiemmin on korvattu vain edeltävään vastaanottokäyntiin liittyvät ohjeet ja neuvot. Korvaamisessa edellytetään, että työterveyshuollon asiantuntijoiden toiminta perustuu aina ammattihenkilön toteamaan tarpeeseen. (Kansaneläkelaitos 2018.)

Kansaneläkelaitokselta saa korvauksen ehkäisevän työterveyshuollon etäpalveluista, jotka toteutetaan lähtökohtaisesti teksti-, ääni-, kuva-, tai videovälitteisesti internetyhteyden avulla. Etäpalveluiksi katsotaan työterveyshuollon toimintasuunnitelman laadintaan ja tarkistamiseen liittyvät neuvottelut tai muu yhteydenpito, terveystarkastus, joka ei edellytä asiakkaan fyysistä tutkimista,

näytteenottoa tai testaamista, yksilön ohjaus ja neuvonta, ryhmän ohjaus ja neuvonta, erikoislääkärin konsultaatiot työkyvyn sekä hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseksi, työterveysneuvottelut, työsuojelutoimikunnan kokouksiin osallistuminen sekä työterveyshuollon toiminnan toteuttamiseen ja vaikutusten arviointiin liittyvä seuranta. Työterveyshuollon etäpalveluiden korvauksien saamisen edellytyksenä on, että niiden toteuttamisessa noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön, Työterveyslaitoksen ja Kelan laatimaa ohjetta 27.10.2016. Myös muiden korvaamisen edellytysten tulee täytyä. (Kansaneläkelaitos 2018.)

Samana päivänä saman terveydenhuollon ammattihenkilön tai asiantuntijan vastaanottokäynnistä korvataan vain yksi käynti. Poikkeuksellisessa tilanteessa tai erityisestä perustellusta syystä korvausta voi saada toisestakin käynnistä. Etäpalveluiden järjestämisestä tulee sopia kirjallisesti työterveyshuollon palveluntuottajan, työnantajan sekä työntekijöiden kesken. Asiakkaan kirjallinen tai suullinen suostumus palvelun käyttämiseksi tulee kirjata työterveyshuollon asiakirjoihin. Asiakkaalle tulee aina antaa mahdollisuus halutessaan mennä perinteiselle vastaanotolle. (Kansaneläkelaitos 2018.)

Etäpalveluiden korvaaminen edellyttää palvelun toimintatietojen ja kustannusten tietämistä. Palveluntuottajan tietojärjestelmässä ja hinnastossa on oltava etäpalveluille omat koodinsa, jotta tarvittavat tiedot saadaan selville. Kela voi pyytää työnantajalta tai yrittäjältä erittelyn etäpalveluista nähtäväksi. Korvaushakemukseen kirjataan työterveyshuollon etäpalvelut samoihin kohtiin kuin muiden vastaavien palvelujen toimintatiedot ja kustannukset. (Kansaneläkelaitos 2018.)

Valvira määrittää etäpalveluiden tarjoamiselle tietyt edellytykset. Etäpalvelun antajalla on oltava asianmukaiset tilat, laitteet sekä asianmukainen koulutus. Palvelun on oltava lääketieteellisesti asianmukaista potilasturvallisuus huomioiden. Salassapitoa, tietosuojaa sekä tietoturvaa koskevien säännösten vaatimukset on täyttyttävä. Palvelun antajalla on vastuu tietosuojasta, sekä tietoturvallisuudesta niin yhteyksien kuin siinä syntyvien henkilötietojen käsittelyn osalta. (Valvira 2015a.)

Etäpalveluun on oltava aina potilaan tietoinen suostumus. Terveystieteiden ammattihenkilön on arvioitava huolellisesti, sopiiko kyseinen palvelumalli asiakkaan tarpeisiin. Potilaan tunnistamisen on perustuttava luotettavaan menetelmään, ja tunnistamiseen käytetyn menetelmän on oltava todennettavissa jälkikäteen. Etäpalvelusta on laadittava asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot, ja potilasrekisteriä on ylläpidettävä säännösten ja määräysten mukaisesti. Potilaalle on aina tarvittaessa annettava mahdollisuus henkilökohtaiseen vastaanottokäyntiin. Etäpalvelujen tarjoajan on toimittava asianomaisten lainsäädäntöjen vaatimusten mukaisesti. Näitä lainsäädäntöjä on henkilötietolaissa (523/1999) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007.). (Valvira 2015a.)

Yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) säädetään, että etäpalveluiden tuottajalla tai itsenäisellä ammatinharjoittajalla tulee olla lupaviranomaisen myöntämä rekisteröinti tai lupa vastaanotto toimintaan. Lupa tai ilmoitus antaa ammattihenkilölle mahdollisuuden tuottaa terveydenhuollon palveluja etänä. Hakemusasiakirjojen lisäksi lupaviranomaiselle tulee toimittaa hakemuksesta riippuen etäpalvelun kuvaus, josta ilmenee palvelun toiminta-ajatus sekä pääperiaatteet, kenelle palvelu on suunnattu, potilaan tunnistamisessa käytettävä tunnistusmenetelmä sekä toimintaohje henkilökohtaiselle vastaanotolle pääsemiseksi. Valvira myöntää luvan etäpalvelun tuottajalle, joka toimii kahden tai useamman aluehallintoviraston toimialueella. Aluehallintovirasto myöntää luvan palvelujen tuottajalle, joka toimii yhdellä toimialueella. (Valvira 2015a.)

15.4.2016 hyväksytyssä Lääkäriliiton hallituksen suosituksessa on laadittu tarkempia ohjeita etälääkäritoimintaan liittyen. Lääkäreitä ohjaavat etiikan periaatteet, lainsäädännöt sekä viranomaisten antamat ohjeet. Etälääketieteeseen liittyy erityispiirteitä, joihin on haluttu Lääkäriliitossa kiinnittää tarkempaa huomiota. Etälääketieteeseen sisältyy terveydenhuollon palvelujen antaminen uuden teknologian keinoin, jolla potilaan tutkiminen, tarkkailu, hoito, diagnostiikka, dokumentointi sekä hoitoon liittyvä päätöksenteko hoituvat viestintäjärjestelmillä välitettynä. Uudella teknologialla tarkoitetaan esimerkiksi puhelimella, videovälitteisellä internetyhteydellä, suojatulla sähköpostiyhteydellä tai etämonitoroinnilla suoritettua potilaan tutkimista. Anonyymisti toteutettu ter-

veysneuvonta ei kuulu etäpalveluihin Lääkäriliiton linjauksen mukaan. Etäpalvelu mahdollistaa maantieteellisistä etäisyyksistä riippumattoman terveystalveluiden järjestämisen. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Etälääketieteen keinoja käytävällä lääkäreillä tulee olla asianmukainen lupa harjoittaa lääkäriammattia siinä maassa, jossa toimii, sekä hänen tulee olla pätevä lääketieteen alalla, jolla hän palvelua tarjoaa. Teknologian käyttö parantaa potilaiden diagnostiikkaa ja hoitoa sekä lisää mahdollisuuksia lääkäriammattin harjoittamiseen. Lääkärillä on oltava edellytykset oikeisiin ja perusteltuihin lääketieteellisiin ratkaisuihin. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Etälääkärikäynnin toteuttamiselle on aina oltava potilaan suostumus, ja käynti on suoritettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilas-lääkärisuhteen on oltava tavanomainen, yksilöllinen, luottamuksellinen ja kunnioittava. Etälääketieteessä potilaan ja lääkäriin on voitava luotettavasti tunnistaa toisensa. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Lääkäri ja hänen organisaationsa vastaavat tarjottujen etäpalveluiden laadusta, sekä potilasturvallisuudesta. Etäpalvelun käyttämisen edellytyksenä on tarvittavan välineistön ja ohjelmistojen riittävä laatu, toimintakunto sekä tietosuoja. Potilasta koskevia ratkaisuja voidaan tehdä vain silloin, kun lääkäri on arvioinut saamansa tiedot määrältään ja laadultaan riittäviksi ja potilasta pausta koskeviksi. Lääkäriin tulee varmistua siitä, että potilaan apuna on riittävästi koulutettua henkilökuntaa, potilas ymmärtää annetut ohjeet ja jatkohoito on turvattu. Etälääketieteessä käytetään vain sellaisia tiedonvälitys- ja tallentamistapoja, joiden salassapito ja tietosuoja täyttävät voimassaolevat säädökset. Lääkäriin tulee huolehtia potilasasiakirjojen asianmukaisesta laadimisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö säätää omissa asetuksissa velvoitteita potilasasiakirjoihin liittyen. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Lääkäriin havainnoista, suosituksista ja etälääketieteen keinoin annetuista palveluista sekä potilaan tunnistamisesta on siten tehtävä asianmukaiset merkinnät. Potilastietojen välittäminen lääkäriin tai muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle edellyttää laissa säädettyjä salassapitoon liittyviä periaatteita. Tietojen luovutuksen täytyy olla potilaan itsensä hyväksymä, hänen

pyynnöstään ja suostumuksellaan tehtyä. Välitettyjen tietojen on liityttävä ratkaistavaan ongelmaan. Potilastietojen luovuttamisesta täytyy tehdä lain edellyttämät asiakirjamerkinnät. (Etälääketieteen suositus 2016.)

Terveydenhuoltolaki asettaa omat raaminsa myös etäterveyspalveluiden toteuttamiselle. Lain 6. § määrää, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut oman kuntansa tai kuntayhtymänsä kielellä. Kaksikielisissä kunnissa palvelut on oltava saatavilla sekä suomeksi että ruotsiksi. Tällaisessa kunnassa tai kuntayhtymässä potilaalla on oltava mahdollisuus valita kieli, jolla häntä palvellaan. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolain 8. §:ssä on asetettu, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua terveydenhuoltoa. Potilaan hoidon on oltava yhteensovitettu kokonaisuus. Laissa säädetään myös potilastietorekisteristä sekä potilastietojen käsittelystä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat yhteisen potilastietorekisterin. Potilasta hoitava taho saa käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia toisen terveydenhuollon yksikön kirjaamia tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Yhteiseen potilastietorekisteriin liittyneiden toimintayksiköiden välinen potilastietojen käyttö ei edellytä potilaan suostumusta. Potilas voi kuitenkin kieltää tietojen jakamisen sekä peruuttaa kiellon koska tahansa. Kielto merkitään potilasasiakirjoihin. (Terveydenhuoltolaki 8. §.)

Terveydenhuollon palvelujen on oltava sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisia kuin asiakkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila edellyttävät. Tämä on säädetty terveydenhuoltolain 10. §:ssä. Kuntayhtymän on huolehdittava palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Terveydenhuoltopalvelut on järjestettävä lähellä asukkaita, paitsi jos niiden alueellinen keskittäminen on perusteltua palveluiden laadun turvaamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 10. §.)

Terveydenhuoltolain 24. §:ssä on asetettu säädökset sairaanhoidon järjestämisestä. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät lakipykälän mukaan mm. sairauksien tutkiminen, lääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman

mukaiset sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinällinen kuntoutus, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen, kärsimysten lieventäminen sekä terveysohjaus. Sairaanhoido toteutetaan potilaan tarpeen ja käytävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito toteutetaan tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle laaditaan tarvittaessa palvelusuunnitelma, jonka tekemisestä on määrätty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4a. §:ssä. (Terveydenhuoltolaki 24. §.)

2.6 Potilaan oikeudet

Potilaan itsemääräämisoikeus on kaikista johtavin periaate sosiaali- ja terveyshuollossa. Laki määrää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, hoitoon sitoutumisen ja suostumisen on oltava vapaaehtoista. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta osallistua häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaan hoitoon osallistuvien on kunnioitettava potilaan tekemää päätöstä. Potilaalle on annettava mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua häntä itseään koskevien palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Etäterveyspalveluita tarjottaessa asiakkaalle tulee painottaa, että hänellä on aina mahdollisuus valita myös tavanomainen henkilökohtainen vastaanottokäynti. (Valvira 2015b.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilaan tahtoa on kunnioitettava riippumatta siitä, onko potilas kykenevä päättämään omasta hoidostaan. Potilaan arvioidun edun mukaisesti toimitaan vain siinä tapauksessa, kun potilaan omaa tahtoa ei saada selville. Tällaisessa tilanteessa potilaan lähiomainen tai muu laillinen edustaja voi antaa lausuntonsa potilaan tahdosta. (Valvira 2015b.)

Kielilaissa säädetään, että pohjoismaisella potilaalla on oikeus tulkkaukseen tai käänösapuun tarvittaessa. Tulkattavia kieliä ovat suomi, islanti, norja, ruotsi ja tanska. Kielilaissa säädetään oikeudesta käyttää saamen kieltä. (Kielilaki 6.6.2003/423.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) määrää 11. §:ssä potilaan oikeudesta päättää potilastietojen luovutuksesta. Potilas voi suostua tai kieltää määräämiensä potilastietojen luovutuksen. Kielto voi olla palvelutapahtuma- tai palvelunantajakohtainen.

17. §:n perusteella potilaalle on annettava tiedot valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista, niiden toimintaperiaatteista sekä niihin liittyvistä potilaan oikeuksista. Tiedot on annettava ensimmäisen palvelutapahtuman yhteydessä tai sitä ennen. Myös muista potilaan kannalta merkityksellisistä tietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista on informoitava. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

3 KOKEMUKSIA ETÄVASTAANOTOSTA

Etäterveyspalvelut ovat madaltaneet potilaiden kynnystä ottaa yhteyttä lääkäreihin. Yksinään etäpalvelut eivät ole kestävä ratkaisu, vaan niiden on oltava osa palvelukokonaisuutta terveydenhuollossa. Etälääkärin on oltava kokenut, jotta osaa arvioida milloin etävastaanotto on riittävä osa hoitoa ja milloin potilas täytyy tavata kasvotusten. (Keränen 2017.) Etäterveydenhuollon eri sovellusten onnistuneen käyttöönoton keskeiset tekijät ovat soveltuvuus yksilön, organisaation ja prosessien näkökulmasta. Organisaation näkökulmasta erityisen merkittävää on etäterveyspalveluiden järjestäminen säännölliseksi prosessiksi, jossa on vakituiset työntekijät ja jossa teknologian toimivuudesta ja saatavuudesta on huolehdittu. (Vuonovirta 2011, 5.)

Käyttöönotossa havaittuja vaikeuksia ovat olleet videopuhelulaitteiden häiriötekijät ja tekniset ongelmat varsinkin alkuvaiheessa. Nämä ovat aiheuttaneet välillä palaverien ja etäkonsultaatioiden peruuntumisia. Teknisten ongelmien esiintyvyys on vaihdellut eri terveyskeskusten välillä. (Vuonovirta ym. 2009, 276.)

3.1 Hoitohenkilökunnan käyttökokemuksia

Hoitohenkilöstön kokemuksia sähköisten terveystalveluiden käyttönotosta on tutkittu selkeästi vähemmän kuin asiakkaiden kokemuksia palveluiden käytöstä, joita on kuitenkin selvitetty Suomessa jonkin verran (Karisalmi ym. 2018).

Terveyskeskustyöntekijöiden kokemukset etäterveyspalveluiden, etenkin videoyhteyden, käyttöönottamisesta ovat jakautuneet kahteen ryhmään, joita erottaa työntekijän oma asenne teknologiaa kohtaan. Laitteen käyttöön liittyvät kokemukset ovat siis pohjautuneet asenteisiin ja laitteen käytön harjoitteluun. Kun laitteistoa on käyttänyt useamman kerran, on sitä pidetty helppokäyttöisenä ja koettu, että käytön oppii nopeasti. Jos laitetta ei ole käyttänyt aikaisemmin, aiheuttaa se epäröivää suhtautumista. Vanhoissa tavoissa pitäytymisen, tietämättömyys ja laiskuuskin on noussut haastatteluissa esille työntekijälähtöisinä käyttöönottoa hidastavina tekijöinä. Hoitohenkilöstön iällä tai ammatilla ei ole ollut vaikutusta käyttöönoton sujuvuudelle. (Vuonovirta ym. 2009, 276–277.)

Vaikka tekniset ongelmat ovat toisinaan varjostaneet etäpalveluiden käyttönottoa, eivät ne ole olleet syynä käytön lopettamiseen kokonaan. Asiantuntijapalveluiden saatavuus, matkustamisen väheneminen, terveydenhuollon kehityksen mukana pysyminen ja tuen saaminen kollegoilta ovat tärkeitä etäterveyspalveluiden käyttönotossa. Myös aito tarve uuden teknologian käytölle on ollut merkittävä tekijä käyttönotossa etenkin psykiatrian palveluiden osalta. (Vuonovirta ym. 2009, 276–277.)

Hoitohenkilökunta kokee saaneensa liian vähän tietoa ja koulutusta etälääkäripalveluun liittyen. Positiiviset kokemukset tulivat hyvästä teknisestä tuesta sekä potilastietojen saatavuudesta. Vastuunjako hoitajan ja lääkärin välillä ei ole ollut käyttökokemusten mukaan epäselvä. Pääsääntöisesti hoitohenkilökunta ei ole kokenut etälääkäripalvelua toimivaksi tai asiakkaan kannalta laadukkaaksi ratkaisuksi vastaanoton toteuttamiseksi. (Pystynen 2017.)

3.2 Asiakkaiden käyttökokemuksia

Ihmisiltä odotetaan entistä aktiivisempaa roolia omaan hoitoonsa liittyen ja kansalaisten valmiudet käyttää sähköisenä tuotettuja palveluita ovat hyvät. Terveystieteiden sähköiset palvelut siis tukevat ihmisten omahoitoa. Vuonna 2014 on tehty kansallinen kysely, jonka mukaan kyseisten palveluiden käyttö on kuitenkin vielä ollut niukkaa. Juuri iäkkäiden ja kroonisesti sairaiden ajattelun tarvitsevan sähköisiä palvelumuotoja enemmän kuin muut asiakasryhmät, ja juuri heille palveluita tuotetaan. (Karisalmi ym. 2018.) Sähköisten terveyspalveluiden käyttö ja se, kuinka hyödyllisinä palvelu koetaan, vaihtelee ikäryhmittäin. Yli 50-vuotiaat käyttävät terveydenhuollon sähköisiä palveluita yleisemmin kuin alle 50-vuotiaat. Vaikka käyttö on vähäisempää alle 50-vuotiailla, he kokevat palvelut kuitenkin hyödyllisemmiksi kuin yli 50-vuotiaat. Eroja on havaittavissa myös kaupungissa ja maaseudulla asuvien välillä. Kaupungissa asuvat käyttävät terveydenhuollon sähköisiä palveluita enemmän kuin maaseudulla asuvat, ja he kokevat myös palvelut maaseudulla asuvia hyödyllisemmiksi. (Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana 2016.)

Vaaralan (2016) kyselytutkimuksessa käsitellään kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja kehittämistoiveita etähoidon palvelusta, jossa etähoitaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen sovittuna ajankohtana hoitosuunnitelman mukaisesti asiakkaalle annetun viestintälaitteen kautta. Palvelun avulla voidaan avustaa asukasta päivittäisissä toiminnoissa, joita on esimerkiksi lääkkeiden oton muistuttaminen, ruokailun seuraaminen ja yleisvoimien sekä mahdollisten oireiden seuraaminen. Tuloksista tulee ilmi, ettei asiakkailla ole juurikaan ollut ennakoluuloja etähoitoa kohtaan. Toisaalta toiset haastateltavista kertoivat, etteivät saaneet etukäteen tietoa etähoidon aloittamisesta. Monet asiakkaat eivät olleet itse valinneet etähoidon palvelua vaan käyttöönoton syyt ovat liittyneet hyvinvoinnin tukemiseen, esimerkiksi lääkkeiden ottamisen unohtelu, yksinasuminen tai sairaus. Haastateltavat kokivat saaneensa tarpeeksi ohjausta laitteiden käyttöönottoon, teknisiä ongelmia oli esiintynyt joillakin asiakkaista, mutta etäyhteyden kanssa ei juurikaan ollut esiintynyt ongelmia. Etähoitajien soittoaikat olivat osan mielestä toteutuneet hyvin, toiset taas kertoivat soittoaikojen venyneen jopa yhdellä tunnilla. Itse etähoitoon haastateltavat olivat olleet hyvinkin tyytyväisiä, mutta tyytymättömyyttä esiintyi kuitenkin palvelua kohtaan. Kokemusta ei ollut siitä, että etähoito olisi parantunut haastateltavien kotona

pärijäämistä. (Vaarala 2016.) Yleisesti ottaen asiakkaat kokevat etäpalvelun myönteisenä ja toimivana ratkaisuna. Kuitenkin ristiriitaisia vastauksia asiakkaat ovat antaneet sellaisiin kysymyksiin, joissa on selvitetty, haluaisivatko he mieluummin etänä toteutetun vai tavanomaisen lääkärikäynnin. (Pystynen 2017.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä käyttäen, mitä hyötyjä ja haasteita etävastaanotolla on ja miten hoitohenkilöstön osaaminen on varmistettu etävastaanoton käyttöönotossa. Työn tavoite on tutkimuskysymyksiin vastaten koostaa kattava, mutta tiivis tietopaketti kuvaamaan etävastaanoton hyötyjä ja haasteita. Näin ollen työtä voisi hyödyntää etävastaanoton käyttöönotossa ja kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä hyötyjä etävastaanotosta on?
2. Mitä haasteita etävastaanoton toteuttamisella on?
3. Miten hoitohenkilöstön osaaminen ja kouluttaminen on huomioitu etävastaanoton toteuttamisessa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi aiheen valitsemisella ja rajaamisella. Aiheeseen päädyttiin sen ajankohtaisuuden ja kiinnostavuuden johdantelemana. Opinnäytetyön tekijät kävivät työharjoittelun merkeissä etävastaanottokoulutuksen keväällä 2018 Haminassa, joka oli suunnattu kotihoidon sairaanhoitajille. Koulutuksessa esiteltiin käyttöönotettava lääkärin etävastaanotto, jossa hoitaja on asiakkaan mukana vastaanotolla auttaen asiakasta asioimaan lääkärin kanssa ja avustamalla lääkäriä etäinstrumentteja käyttäen. Koulutuksessa ohjattiin ja harjoiteltiin videovastaanoton ja instrumenttien käyttöä. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Kymenlaakson Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa.

Aiheen valinnan jälkeen tutkimusmenetelmän päättäminen vei oman aikansa työn rakentamisesta, mutta päädyttiin kuitenkin käyttämään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta menetelmänä sen kattavuuden ja laajuuden vuoksi. Aiheen ja tutkimuskysymyksiensä rajaaminen sekä työn sisältö muovautuivat matkan varrella kohti valmista työtä yhdessä ohjaavan opettajan ja työelämän ohjaajien kanssa. Tyypillistä kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle on tutkimuskysymyksen muotoutuminen ja tarkentuminen alkuperäisestä tutkimuskysymyksestä lähteiden prosessoinnin ja tutkimushaun aikana (Stolt ym. 2015). Opinnäytetyötä tehtiin niin yhdessä kuin erikseenkin, ja tekijät tapasivat säännöllisesti, jotta työtehtävät saatiin jaettuun tasaisesti ja työ koottua ajallaan.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on vakiintunut hoito- ja terveystieteellisiin tutkimuksiin tutkimusmenetelmäksi. Siinä valittua tutkimusaineistoa ja tuloksia käsitellään kuvailevasti, pyritään ymmärtämään ilmiötä aineistolähtöisesti. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella pyritään hakemaan vastauksia tutkimuskysymyksiin ilmiöstä. (Kangasniemi ym. 2013, 293–294.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jakautuu kahteen päätyyppiin, jotka ovat narratiivinen ja integroitu katsaus. Integroitu katsaus on tarkemmin rajattu ja jäsennellympi kuin narratiivinen katsaus, joka tunnetaan myös nimellä traditionaalinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivinen katsaus on kuvailevin keinoin tehty tiivistelmä, jonka aiheena on jatkotutkimusideoita herättävä kiinnostava aihe tai ilmiö. (Stolt ym. 2015, 110.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu narratiivisena katsauksena.

Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan hahmottaa neljä tärkeintä toisistaan erottuvaa työvaihetta. Näistä neljästä vaiheesta muodostuu menetelmän kokonaisuus. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin tutkimuskysymykset, jotka ovat työn keskeinen ja työtä ohjaava osa. Tutkimuskysymykset tyypillisesti kohdistuvat käsitteellisiin ja laajoihin tai abstrakteihin teemoihin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymystä voi tarkastella eri tasoista ja näkökulmista, ja se on yleensä kysymyksen muodossa. Luotettavan tutkimuksen tutkimuskysymys on kuitenkin tarpeeksi rajattu ja yksityiskohtainen, jotta ilmiötä voidaan tarkastella tarkasti ja syvemmin. (Kangasniemi ym. 2013, 293–295.)

Seuraavaksi valittavana on tutkimusaineisto. Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa, ja tarkoitus onkin löytää mahdollisimman relevantti aineisto tutkimuskysymykseen vastaamiseksi. Työ sisältää kuvauksen aineiston rajaamisen kriteereistä. Aineiston riittävyttä tutkimusmenetelmässä määrää tutkimuskysymyksen tarkkuus. Valinta voidaan jakaa implisiittiseen ja eksplisiittiseen valintaan. Aineisto haetaan molemmissa tieteellisesti relevanteista lähteistä ja tietojärjestelmistä. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Kolmannessa vaiheessa kuvaillaan tutkittava ilmiö ja löydetty sekä rajattu aineisto. Tätä voisi pitää työn ydinvaiheena. Tässä työn vaiheessa aineiston sisältöä analysoidaan ja tutkitaan kriittisesti. Näistä pyritään luomaan jäsenneily kokonaisuus. Menetelmän analyysi ei siteeraa, raportoi, referoi tai tiivistä alkuperäistä aineistoa. Sisällön esittelemisen sijaan tarkoituksena on luoda vahvuuksien ja heikkouksien analysointia ja aineiston sisäistä vertailua sekä tehdä laajempia päätelmiä aineistosta. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.) Menetelmän tuloksena voidaan luoda erilainen tai kokonaan uusi näkökulma ilmiöstä (Kangasniemi ym. 2013, 293).

Viimeinen vaihe on tutkimuksen tulosten käsittely ja tarkastelu sekä pohdinta. Pohdinta koostuu sekä sisällöllisestä että menetelmällisestä pohdinnasta, mutta myös tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnista. Menetelmän väljyyden takia tutkijan raportoinnin eettisyys ja valinnat korostuvat työn jokaisessa vaiheessa. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

5.2 Alkuperäistutkimusten keruu ja valinta

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaan liittyvä prosessi voidaan tehdä joko eksplisiittisesti tai implisiittisesti. Ne eroavat toisistaan systemaattisuudellaan ja raportointitavoillaan. Molemmissa tavoissa tutkimusaineisto haetaan tieteellisesti relevanteista lähteistä. Implisiittisessä aineistonvalintaprosessissa aineiston valinnan perusteet ja lähdekritiikki sisällytetään aineiston käsittelyyn esittelemällä valinnan perusteita suhteessa tutkimuskysymyksiin. Eksplisiittisessä aineistonvalintaprosessissa käytetään sähköisiä tietokantoja ja manuaalisia hakuja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tapaan. Aineiston

valinnassa hyödynnetään myös kieli- ja aikarajauksia. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty eksplisiittistä aineiston valintamenetelmää. Ennen tutkimushaun aloittamista kävimme läpi, mitkä ovat keskeisimpiä käsitteitä, jotka aiheeseen kuuluvat. Keskeisimmiksi käsitteiksi muodostuivat etä-vastaanotto, etäterveydenhuolto, perusterveydenhuolto, hoitotyö sekä digitalisaatio. Näiden käsitteiden pohjalta muotoilimme hakusanat, joilla tiedonhakua tehtiin, käyttäen apuna myös Yleistä suomalaista asiasanastoa.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessia aloitettiin huhtikuussa 2019 ja saatiin kesäkuussa valmiiksi. Apua saatiin hakuprosessin aloittamiseen, luotettavien tietokantojen löytämiseen sekä hakusanojen muotoiluun ja rajaamiseen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Kouvolan kampuksen kirjaston informaattikolta. Haussa käytettiin Finna-, Medic- ja CINAHL-tietokantoja sekä Google Scholaria. Tietokantahaun lisäksi tehtiin manuaalista kirjallisuushakua Googlen kautta. Osumien määrä vaihteli suuresti tietokannoista ja hakusanoista riippuen. Hakusanoilla löytyneistä tutkimuksista valittiin otsikon ja tiivistelmän osuvuuden perusteella ne, jotka luettiin kokonaan. Haku rajattiin vuosille 2004–2019. Työssä käytettiin laajaa aikarajasta tutkitun ja soveltuvan teoriatiedon vähyiden vuoksi. Etäterveyspalvelut ja siihen liittyvät käsitteet vaikuttavat olevan vielä hyvin uusia ja laajoja, mikä hankaloitti tutkimustiedon löytymistä. Osa lähteistä löytyikin tutustumalla eri tutkimusartikkelien, väitöskirjojen ja opinnäytetöiden lähteisiin.

Ennen tiedonhaun aloittamista tulee määritellä poissulkemis- ja sisäänottokriteerit, jotka määrittelevät ne aineistot, jotka eivät valikoidu mukaan tutkimukseen. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja muihin mukaan otettavalle aineistolle asetettuihin edellytyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.) Tutkimuksia valitessa niitä verrattiin ennalta määriteltyihin sisäänotto- ja poissulkemiskriteereihin. Mukaan valikoituivat ne tutkimukset, jotka täyttivät sisäänottokriteeristön. Sisäänottokriteerit ovat esillä taulukossa 2. Tämän opinnäytetyön aiheeseen ja tutkimuskysymyksiin vastaavia vieraskielisiä tutkimuksia oli haasteellista löytää niistä tietokannoista ja niillä hakusanoilla, jotka työssä on esitelty, ja useista löydettyistä oli luettavissa vain tiivistelmä. Tämän

takia suurin osa valituista lähteistä ovat suomenkielisiä. Taulukossa 1 esitellään, mistä tietokannasta ja millä hakusanalla valitut tutkimukset löytyivät. Tutkimustaulukko liitteenä 1.

Taulukko 1. Aineiston haku ja valitut tutkimukset

TIETOKANTA	HAKUSANA	OSUMAT	LUETUT	VALITUT
Finna	digitalisaatio AND etäpalvelut	69	4	1 Hantunen
	mobiililääkäri	72	1	1 Lepistö
	perusterveydenhuolto AND etälääkäri	37	2	1 Timonen
	etävastaanotto AND kehittäminen	55	6	2 Pystynen, Tala
CINAHL	video AND telehealth 2004–2019	47	5	2 Sevean, Goodwin
Medic	telemedicine AND videoconferencing AND health care	7	3	1 Vuonovirta
Google Scholar	sähköiset terveystalut AND etävastaanotto	114	5	2 Konttinen, Alatalo

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKEMISKRITEERIT
Kokonaan luettavissa oleva ilmainen teksti.	Maksullinen teksti tai pelkkä tiivistelmä.
Teksti kielellä suomi tai englanti.	Muu vieras kieli.
Tieteellinen tutkimus tai artikkeli, joka kuvaa alkuperäistutkimuksen tuloksia.	Julkaisu, joka ei täytä tieteellisen tutkimuksen kriteerejä.
Tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin.	Teksti ei liity opinnäytetyömme aiheeseen.
Tutkimukset vuosilta 2004–2019.	Vanhempi, ennen vuotta 2004 tehty tutkimus.
Hoitotieteen näkökulma.	Muu, kuin hoitotieteellinen näkökulma.

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto on analysoitu sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Sisällönanalyysimenetelmässä tulokset esitellään tiivistetysti tekemällä havaintoja ja kuvailemalla tutkittavaa ilmiötä sanallisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 112; Tuomi &

Sarajärvi 2009, 103–106). Sisällönanalyysin tarkoitus on selkeyttää, tiivistää ja yhtenäistää tutkittua aineistoa ja kerättyjä tuloksia sekä antaa näistä tarkkaa tietoa. Menetelmän avulla pyritään myös lisäämään tutkimuksen informaatioarvoa. Tutkijat ja tutkimuskysymykset ohjaavat sitä, millainen tutkimuksen sisällönanalyysistä tulee. Menetelmän toteuttamiselle ei ole olemassa yhtä tiettyä oikeaa tapaa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–24, 36–37; Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–108.)

Sisällönanalyysistä voidaan erotella kuusi työvaihetta, jotka ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulosten tulkinta sekä luotettavuuden arviointi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–24). Analyysiyksikkö on sana tai lause, jonka lähtökohtana toimivat tutkimuskysymykset. Pelkistämisessä tutkijat etsivät aineistosta vastauksia tutkimuskysymyksiin ja kuvaavat tutkittavia ilmiötä luotettavasti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 36, 109–110.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi eteni tutkimuskysymysten muotoilun jälkeen aiheeseen liittyvään tutkimusaineistoon tutustumiseen. Valitusta aineistosta poimittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia pelkistettyjä fraaseja, jotka ryhmiteltiin ja luokiteltiin tutkimuskysymysten alle taulukkoon. Näiden vaiheiden jälkeen tulokset kirjoitettiin auki.

5.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettiset kysymykset pohjautuvat tiedonhankinnalle ja tutkijan vastuulle tulosten soveltamista koskevista sekä tutkittavan suojalle perustuvista normeista. Tutkijat ovat itse vastuussa tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista yhteiskunnalle ja itselleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173; Vehviläinen-Julkunen 2006, 26.) Tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus tehtiin noudattaen eettisiä periaatteita huomioimalla tiedonhankinnassa kaikki relevantit tutkimukset ja merkitsemällä lähdeviitteet asianmukaisesti. Työ on kirjoitettu alkuperäisiä tutkimuksia kunnioittaen eli tutkimustietoa on sovellettu vääristämättä alkuperäisten tutkimusten tietoja.

Hyväksytyjen analyysimenetelmien käyttö sekä raportoinnin tarkkuus ja avoimuus korostuvat hyvässä tieteellisessä käytännössä (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6). Tutkimustietoa etsiessä toimittiin lähdekriittisesti, niin valittujen julkaisujen kuin käytettyjen hakukantojenkin osalta. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen aineistojen erilaisuus toi haastetta analyysin tekemiselle. Valituista aineistoista osa jäi myös alkuun asetetun aikarajauksen ulkopuolelle löydettyjen tutkimusten vähyyden vuoksi.

Pietarinen (2002) on kehittänyt tutkijoille eettisten vaatimuksien listan avuksi tutkimuksen eettiselle pohdinnalle. Lista koostuu kahdeksasta osa-alueesta, jotka ovat ihmisarvon kunnioittaminen, rehellisyyden vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, älyllisen kiinnostuksen vaatimus, vaaran eliminoiminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, kollegiaalinen arvostus ja ammatinharjoituksen edistäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Työn tekijät ovat olleet aiheesta kiinnostuneita ja siihen paneutuneita. Työ on kirjoitettu rehellisesti ja tarkasti, eettisiä periaatteita noudattaen.

Huolellisesti tehty tutkimussuunnitelma rajaa kirjallisuuskatsauksen riittävän tarkalle alueelle ja ohjaa työtä eteenpäin jokaisessa vaiheessa. Tutkimuskysymysten huolellinen muotoilu ohjaa vastausten saamista. Luotettavuuden lisäämiseksi tulee kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit kuvata täsmällisesti ja tarkasti. Tutkimusten valintakriteerien tarkkuudella ja täsmällisyydellä ehkäistään systemaattisia virheitä. Asiantuntijalta saatu apu parantaa myös tutkimuksen tulosten luotettavuutta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47–49.)

Luotettavuutta on mietitty alun alkaen läpi työn ja sitä lisääviksi tekijöiksi voidaan mukaan lukea opinnäytetyön kaksi tekijää, tutkimuskysymysten huolellinen muotoilu, aineiston rajaaminen tarkoin mietityillä ja esitellyillä mukaanotto-kriteereillä sekä tutkimuksen aiheelle validin tutkimusmenetelmän käyttö. Asiantuntijan apua saatiin työn alkuvaiheessa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikolta luotettavien hakukantojen ja hakusanojen valitsemiseen. Luotettavuutta lisää myös opinnäytetyöprosessin ja kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden tarkka ja rehellinen kuvaaminen. Luotettavuutta vähentäviä tekijöitä ovat kansainvälisten ja kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän eroavaisuus ja terminologian vaihtelevuus ja mahdollinen ristiriitaisuus.

Opinnäytetyö on tekijöilleen ensimmäinen, minkä voidaan myös todeta osaltaan laskevan luotettavuutta.

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen tulokset käsitellään tässä luvussa. Tutkimuskysymyksiä ja niiden vastauksia on tarkasteltu asiakkaan, hoitohenkilöstön ja yhteiskunnan näkökulmista mahdollisimman laajan kokonaiskuvan rakentamiseksi. Tuloksia on kerätty kymmenestä eri tutkimuksesta, joiden julkaisuvuodet ja tutkimusmenetelmät vaihtelevat. Suurin osa valituista tutkimuksista on suomalaisia, mutta tarkasteluun valikoituivat myös kaksi ulkomaalaista tutkimusta: yksi kanadalainen ja toinen australialainen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset on esitelty alaotsikoiden tutkimuskysymysten mukaisesti, jotta vastaukset tutkimuskysymyksiin olisi mahdollisimman helposti luettavissa tutkimuksesta. Liitteessä 2 taulukko tutkimuskohtaisista tuloksista.

6.1 Etävastaanoton hyödyt

Etäterveyspalvelut on mahdollista tarjota laajallakin alueella, mikä vähentää matkakustannuksia sekä matkustamiseen käytettyä aikaa ja vaivaa niin hoitohenkilöstöltä kuin asiakkailtakin. Näin toteutettuna käyntinä asiakas saa tarvitsemansa avun nopeammin. (Konttinen ym. 2018, 38–40; Sevean ym. 2008; Vuonovirta 2011, 60.) Viive diagnoosin saamiseksi vähenee, minkä seurauksena tarvittava hoito pystytään aloittamaan nopeammin. Kotihoidon asiakkaiden kotona pärjäämisen aika voi pidentyä etäterveyspalveluiden myötä. (Lepistö 2016, 74.) Etäterveyspalvelut saattavat olla maaseudulla asumista helpottava tekijä (Vuonovirta 2011, 61).

Etävastaanoton positiivisina vaikutuksina pidetään hoitomahdollisuuksien ja hoidon tulosten paranemista sekä potilaiden mahdollisuutta saada enemmän tukea hoitoonsa (Vuonovirta 2011, 59–60). Tähän mennessä asiakkaat ovatkin olleet suhteellisen tyytyväisiä etäterveyspalveluihin. He ovat kokeneet palvelun hyväksi ja toimivaksi ratkaisuksi. (Pystynen 2017, 30–32.) Palvelu on

koettu myös asiakaslähtöisenä: hoitoon liittyvien päätösten teko tapahtui palvelun avulla yhteistyössä potilaan kanssa. (Goodwin ym. 2017). Hoitoprosessin selkiintyminen, tiedonvälityksen parantuminen hoitoprosessin aikana ja hoitoon pääsyn nopeutuminen vaikuttavat hoidon tulosten paranemiseen (Vuonovirta 2011, 60). Hoitajan läsnäolo asiakkaan kanssa lääkärin etävastaanotolla maksimoi asiakkaan saaman tuen hoitoonsa. Hoitaja voi tällöin tarvittaessa toimia myös asiakkaan puolestapuhujana. Tämä on koettu merkittäväksi eduksi videovälitteisessä etävastaanotossa sen lisäksi, että se mahdollistaa palveluiden saamisen asiakkaan omalla kotipaikkakunnalla. (Sevean ym. 2008.)

Lääkäreiden mielestä 94 % potilaista soveltuu tällaisen palvelun käyttäjiksi (Alatalo 2017, 38–40), erityisesti kroonisten pitkäaikaissairaiden, kuten diabeetikkojen, hoidossa etävastaanotto voisi olla erityisen kustannustehokas. Diabetespotilaiden hoitamisessa etävastaanotolla ajatellaan olevan myönteistä vaikutusta etenkin lääkitykseen ja hoitotasapainoon. (Timonen 2004, 58–59; Vuonovirta 2011, 60–62.) Etävastaanoton on myös koettu helpottaneen potilaiden seuranta hoitoprosessin aikana ja tuoneen jatkuvuutta hoitoon (Goodwin ym. 2017).

Lepistön (2016) tutkimuksessa esimerkkipalveluna on mTerveys -järjestelmä. Palvelua käyttämällä esimerkiksi hoitajien kirjaamisaika saattaa huomattavasti vähentyä. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan työhyvinvointi kasvaa palvelun myötä, kun keskittyminen ennaltaehkäiseviin sekä hoidollisiin tehtäviin on mahdollista ja työstä tulee enemmän hoitajien koulutusta vastaavaa. Reaaliaikainen konsultaatio mahdollistaa myös tavanomaisten terveyskeskuskäyntien vähenemisen. (Lepistö 2016, 74.) Hoitohenkilökunta on kokenut, että vastuunjako hoitajien ja lääkärin välillä on ollut selvää etävastaanotoilla. Lisäksi hyvä tekninen tuki ja potilastietojen saatavuus ovat kokemusten perusteella etäterveyspalveluiden hyviä puolia. (Pystynen 2017, 45.) Videoneuvottelujärjestelmää voisi hyödyntää myös ammattilaisten lääketieteellisten koulutusten järjestämisessä (Goodwin ym. 2017).

Yhteiskunnalliset hyödyt liittyvät hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden matkustuskustannusten vähenemiseen. Myös erikoissairaanhoidon tarpeen vähene-

minen ja maaseudulla asumisen helpottuminen etävastaanoton tuloksina nähdään yhteiskunnan kustannusten kannalta säästäväksi tekijäksi. Etävastaanoton käyttö tarjoaa mahdollista ratkaisua yhteiskunnallisten kustannuksien säästämiseen ja palveluiden tarpeeseen. (Vuonovirta 2011, 57, 61.) Etävastaanotosta voitaisiin saada nopea, helppo, käytännöllinen, hyödyllinen ja kustannustehokas palvelu terveysasemille, varsinkin niillä alueilla, joissa terveyspalveluihin pääsy on rajallinen ja välimatkat ovat pitkiä. (Tala 2017, 63). Sevean (2008) tuo tutkimuksessaan ilmi, että etävastaanotto on yhtä vaikuttava palvelumuoto perinteisen potilasvastaanottoon verrattuna ja kustannuksia on mahdollista vähentää etäteknologian keinoin ainakin 10 %. (Sevean ym. 2008.) Etävastaanotolla palvelumuotona koetaan olevan enemmän hyviä kuin huonoja puolia, ja asiakkailla on valmiuksia käyttää palvelua (Tala 2017, 63–64). Etävastaanoton hyödyt on koottu tiivistetysti taulukkoon 3.

Taulukko 3. Etävastaanoton hyödyt tiivistetysti.

Matkakustannukset vähenevät, avun saanti nopeutuu (Konttinen ym. 2018, 38–40; Sevean ym. 2008; Vuonovirta 2011, 60).
Diagnoosin saanti nopeutuu, täsmähoito voidaan aloittaa nopeammin (Lepistö 2016, 74).
Kotona pärjäämisen aika voi pidentyä (Lepistö 2016, 74).
Mahdollisuus parantaa hoitomahdollisuuksia ja hoidon tuloksellisuutta (Vuonovirta 2011, 59–60).
Asiakaslähtöisyys, yhteistyö potilaan kanssa (Goodwin ym. 2017).
Hoitoprosessi selkiytyy, tiedonvälitys parantuu (Vuonovirta 2011, 60).
Asiakas saa maksimaalisen tuen, kun hoitaja on läsnä käynnillä (Sevean ym. 2008).
Kustannustehokkuus erityisesti pitkäaikaissairaiden, esim. diabeetikoiden hoidossa (Timonen 2004, 58–59; Vuonovirta 2011, 60–62).
Potilaiden seuranta ja hoidon jatkuvuus paranevat (Goodwin ym. 2017).
Hoitohenkilöstön työhyvinvointi kasvaa, kun työaikaa voidaan käyttää kirjaamisen sijaan koulutusta vastaaviin työtehtäviin (Lepistö 2016, 74).
Terveyskeskuskäyntejä voidaan vähentää (Lepistö 2016, 74).

6.2 Etävastaanoton haasteet

Konttisen mukaan etäterveyspalveluille soveltuvat potilaat ovat harvassa (Konttinen ym. 2018, 54). Monet asiakkaat valitsisivat mieluummin tavanomaisen vastaanottokäynnin videovälitteisen vastaanoton sijaan (Pystynen 2017,

45). Talan (2017) kyselytutkimuksen mukaan yli puolet haluaisivat käydä mieluummin perinteisellä vastaanotolla etävastaanoton sijaan. Vastaajien negatiiviseen asennoitumiseen on tutkimuksessa arveltu vaikuttavan vastaajien korkea ikä ja kokemattomuus teknologian käytössä. 47 % koki tämänkaltaisen teknologian kuuluvan myöhempään tulevaisuuteen. (Tala 2017, 41–42.) Asiakkaiden mielestä etävastaanotolla onnistui huonoiten ruoansulatusoireisten, tuki- ja liikuntaelinoireisten sekä iho-oireisten asiakkaiden käynnit. Videokuva ei ollut aina riittävän tarkka tai värit riittävän syviä esimerkiksi ihomuutosten arviointia varten. Somaattinen tutkiminen vie enemmän aikaa laitteistolla kuin tavanomaisella vastaanotolla henkilökohtaisesti tehtyinä tutkimuksina. Vastaanottokäynti saattaa olla kankea, sillä hoitajan tai lääkärin on vaikeampaa tulkita potilaan ilmeitä ja eleitä videovälitteisesti. Myöskään vastaanoton päättäminen ei aina ole kovin luontevaa. (Timonen 2004, 63–64.) Vuonovirran (2011) tutkimuksen mukaan etävastaanotto ei sovellu sellaisille aloille, joissa käsin tehtävällä tutkimuksella on suuri merkitys. Myös potilaan huono kuulo ja monisairaus ovat esteenä etävastaanoton toteuttamiselle. (Vuonovirta 2011, 62.) Eritäin haastavien asiakkaiden kanssa yhteyden luominen videoneuvottelujärjestelmän kautta on koettu vaikeammaksi kuin kasvotusten (Hantunen ym. 2018, 56).

Hoitajatkaan eivät kokeneet palvelua hyväksi tai asiakkaan kannalta laadukkaaksi tavaksi toteuttaa vastaanotto (Pystynen 2017, 45). Monilla hoitajilla on valmiiksi negatiivinen asenne etäterveyspalveluihin tai puutteelliset taidot laitteiden ja palveluiden hallinnassa (Konttinen ym. 2018, 54). Pystynen (2017) mukaan henkilökunnan tiedonsaanti ja koulutus etäterveyspalveluista on ollut tähän asti puutteellista (Pystynen 2017, 45). Hoitohenkilökunta on myös kokenut, että yhteinen aika vastaanoton järjestämiseksi lääkärin ja hoitajan kesken on haasteellista (Konttinen ym. 2018, 38–40). Laitteiston käyttö ja epäily sen luotettavuudesta saattaa heikentää hoitohenkilökunnan työhyvinvointia ja työssä jaksamista (Lepistö 2016, 74). Hoitohenkilökunta on kokenut etävastaanoton järjestämisen raskaammaksi työksi kuin perinteisen kasvokkain tapahtuvan potilasvastaanoton. Myös etävastaanotolla toimivan lääkärin ammatillinen pätevyys vaikuttaa vastaanoton onnistuneeseen kokemukseen (Vuonovirta 2011, 62).

Neljässä tutkimuksessa nousi esiin tekniset ongelmat videoneuvotteluyhteyksissä, laitteiden päivittämisen hankaluus sekä niiden toimivuuden epävarmuus (Alatalo 2017, 38–40; Konttinen ym. 2018, 38–40; Pystynen 2017, 30–32; Vuonovirta 2011, 57). Laitteiston asentaminen käyttökuntoon sekä sopivaksi säätäminen on tarvinnut useamman asiantuntijan osaamista (Timonen 2004, 73). Lääkäreiden mielestä laitteistoista on puuttunut tutkimuksia tai tutkimustyökaluja (Alatalo 2017, 38–40).

Etäterveyspalveluiden alkuinvestoinnit voivat olla suuria ja palveluiden aloitus vaatii lisäresursseja (Lepistö 2016, 74). Timosen mukaan etävastaanottokäynnille tulee hintaa 99,80 € /käynti, kun taas tavallisen vastaanottokäynnin hinta on 77,70 € /käynti (Timonen 2004, 82–84). Sevean (2008) painottaa tutkimuksessaan sitä, että palvelut on luotava todellisen tarpeen mukaan ja rakennettava asiakaslähtöisiksi. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus valita perinteisen vastaanoton ja etävastaanoton välillä, eikä palvelua tulisi ottaa käyttöön kevyin perustein ohjaamalla asiakkaat väkisin etäpalveluiden piiriin. (Sevean ym. 2008.)

Yhdeksi haasteista nousi etävastaanottona toteutetun hoidon ja diagnostiikan luotettavuus. Lepistön (2016) mukaan etäterveyspalveluiden ohjelmistot vaativat pitkäaikaista seuranta-ollakseen tuloksiltaan luotettavia (Lepistö 2016, 74). Goodwin (2017) kyselytutkimukseen vastanneista 57 % koki diagnosoinnin luotettavaksi (Goodwin ym. 2017). Hantunen (2018) tuo tutkimuksessaan ilmi videoneuvottelujärjestelmien luotettavuuden haasteet. Tuloksissa luotettavuus sai huonoimman arvosanan kyselyyn vastanneilta. (Hantunen ym. 2018.) Etävastaanoton haasteet on koottu tiivistetysti taulukkoon 4.

Taulukko 4. Etävastaanoton haasteet tiivistetysti.

Etävastaanottoon soveltuvia potilaita saattaa olla vaikea tunnistaa (Konttinen ym. 2018, 54).
Asiakkaat valitsevat mieluummin tavanomaisen vastaanottokäynnin (Pystynen 2017, 45).
Negatiivisiin asenteisiin vaikuttaa henkilön ikä, sekä kokemattomuus teknologian käytöstä (Tala 2017, 41–42).
Asiakkaiden mielestä huonoiten etävastaanotolle soveltuvat ruoansulatus-, iho- ja liikunta-elinoireiden hoito (Timonen 2004, 63–64).
Laitteiston käytössä oli koettu ongelmia, mm. Kuvan laadun, värien, sekä somaattisen tutkimisen hitauden osalta. Videovälitteinen vastaanotto koettiin myös hieman kankeaksi ja epäluontevaksi. (Timonen 2004, 63–64.)
Potilaan huono kuulo tai monisairaus ovat esteenä etävastaanottokäynnin toteuttamiselle (Vuonovirta 2011, 62).
Henkilökunnan koulutus sekä tiedonsaanti etäterveyspalveluista on ollut vielä puutteellista (Pystynen 2017, 45).
Yhteisen ajan löytyminen hoitajalle ja lääkärille koettu haasteellisena (Konttinen ym. 2018, 38–40).
Laitteiston käyttö ja epäily niiden luotettavuudesta saattaa laskea hoitohenkilöstön työhyvinvointia (Lepistö 2016, 74).
Lääkäreiden mielestä laitteistosta on puuttunut oleellisia työkaluja (Alatalo 2017, 38–40).
Alkuinvestoinnit voivat olla suuria ja vaatia lisäresursseja (Lepistö 2016, 74).
Hoidon ja diagnostiikan luotettavuutta ei voida todeta (Lepistö 2016, 74; Hantunen ym. 2018).

6.3 Hoitohenkilöstön osaamisen huomiointi etävastaanoton käytössä

Henkilökunnan pitkä työkokemus edesauttaa potilaan tarpeen arviointia etävastaanottokäynnillä. Hoitajan ja lääkärin laitetus tuntemus helpottaa vastaanottokäynnin toteutusta. (Konttinen ym. 2018, 38–40.) Laitteistoon onkin syytä perehdyttää heti alussa riittävästi (Lepistö 2016, 74). Osaamisen ylläpitäminen lääketieteellisen koulutuksien avulla, jotka usein vaativat matkustamista pitkiäkin etäisyyksiä, voi olla haaste etäterveydenhuollon ammattilaisille (Goodwin ym. 2017). Etäteknologian avulla voidaan parantaa hoitohenkilöstön koulutusmahdollisuuksia ja etäkoulutukseen on oltu tyytyväisiä sen vuoksi, ettei koulutuksiin ole tarvinnut lähteä matkustamaan kauas vaan koulutus on ollut mahdollista järjestää oman terveysaseman neuvotteluhuoneessa. (Vuonovirta 2011, 60.)

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön alkuvaiheessa teoriaan tutustuessa ilmeni etäterveyspalveluiden olevan laaja käsite, joka näyttäisi jakautuvan moneen alatermiin. Käsitteille ei vielä nykyisin näytä olevan yhtenäistä merkitystä. Samoja termejä näkyy käytettävän eri lähteissä ja niiden määritelmässä näyttää olevan toisinaan pientä eroa. Tämän seikan takia käsitteistä muodostettiin ajatuskartta, jossa on liitetty eri termit toisiinsa eri lähteistä hankittujen tietojen ja määritelmien yhteenvedon perusteella. Ajatuskartta antoi selkeämpää kuvaa käsitteistön laajuudesta ja siitä, mitä palveluita eri käsitteet kätkevät alleen. Työn aikana pohdittiin etäterveyspalveluiden rakennetta ja yleisesti sitä, minkälaisia vaikutuksia etävastaanotolla on yhteiskunnalle.

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, minkälaisia hyötyjä ja haasteita etävastaanoton käyttämisestä terveydenhuollossa on. Lisäksi tutkittiin, miten hoitohenkilökunnan osaaminen ja koulutus on varmistettu. Näihin haettiin vastauksia kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin aiheeseen liittyvien aikaisempien tutkimusten tuloksia tarkastellen asiakkaan, työntekijän ja yhteiskunnan näkökulmista. Työ alkoi aiheeseen ja siihen liittyvään ajankohtaiseen uutisointiin perehtymisellä. Merkittävää oli huomata, että aiheesta on monenlaisia tutkimuksia, jokainen hieman eri asioihin perehtyviä ja erilaisista lähtökohdista tehtyjä. Tämä varmasti selittää osaltaan tämän opinnäytetyön tulosten ristiriitaisuuksia.

Monista tutkimuksista nousi esiin samat haasteet, joita olivat palveluntarpeen arvioinnin hankaluus ja potilaan sairauden hoitomahdollisuuksien selvittäminen. Tutkimusten yhtenäinen linja piti siinä, että muistisairaiden, mielenterveydellisten ja hengityselimellisten sairauksien tai oireiden hoito oli tutkimusten mukaan sopimattomia hoidettaviksi sellaiselle etävastaanotolle, jossa ei ole käytössä etätutkimusinstrumentteja. Sen sijaan tulokset antavat positiivista näyttöä monien pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, hoitamisesta etävastaanotolla lääkityksen ja hoitotasapainon osalta (Timonen 2004; Vuonovirta 2011). Etävastaanotosta, jossa on käytössä etätutkimusinstrumentit, kuten etätetoskooppi ja -pulssioksimetri, ei löytynyt sopivaa tutkittua aineistoa tähän kirjallisuuskatsaukseen.

Tulosten yhtenäinen linja kustannussäästöistä puhuu etävastaanoton puolesta kustannustehokkaana ratkaisuna yhdessä vuonna 2021 voimaantulevan sote-uudistuksen kanssa. Sote-uudistus tarvitaan, kun väestö ikääntyy ja työikäisten määrä väestössä vähenee, mikä tietää vuosi vuodelta vähemmän verotuloja. (Maakunta- ja sote-uudistuksen aikataulu s.a.)

Neljässä tutkimuksessa oltiin lähestulkoon yhtä mieltä siitä, että etäterveyspalvelut mahdollistavat resurssien paremman hyödyntämisen, sekä huomattavat kustannussäästöt varsinkin asiakkaiden matkustamisesta aiheutuvista kuluista (Lepistö 2016; Tala 2017; Konttinen ym. 2018; Goodwin 2017). Timosen (2004) tutkimuksessa oli mielenkiintoiset laskelmat päinvastaisesta tuloksesta. Hänen tutkimuksessaan etävastaanotto tulisi kalliimmaksi kuin tavanomainen vastaanotto. Lepistön (2016) tutkimuksessa todettiin, että palvelun aloittamiseksi kustannukset kasvavat suuriksi, mutta palvelu maksaa itsensä takaisin ajan kanssa ja tulee pitkällä aikavälillä edullisemmaksi. Huomioonotettavaa on kuitenkin se, että Timosen (2004) ja Lepistön (2016) tutkimuksien välillä on kahdeksan vuoden aikaero. Jos mietitään vuoden 2004 nettiyhteyksiä ja teknologisten laitteiden saatavuutta ja sitä, miten tottuneita ihmiset ovat olleet käyttämään älylaitteita, voi tämä osaltaan selittää tutkimusten ristiriitaisia tuloksia kustannusten suhteen. Tästä yhteenvetona voidaankin ajatella väestön teknologiasuuntautumisen kasvaneen, laitteiden tulleen edullisemmiksi sekä nettiyhteyksien parantuneen.

Merkittäväksi muodostui myös kyselytutkimukseen vastanneiden henkilöiden asennoituminen teknologiaa kohtaan. Kielteisesti suhtautuva työntekijä tulee tarvitsemaan enemmän kannustamista, ohjaamista ja seuranta etäterveydenhuollon palveluiden käyttöönotossa kuin teknologiaan positiivisesti suhtautuva työntekijä (Vuonovirta 2011, 71). Hantunen (2018, 57) tuo esille tutkimuksessaan johdon ja kollegoiden tuen työntekijöiden teknologian hyväksymiselle (Hantunen 2018, 57). Henkilökunnan kouluttamisesta itse etävastaanoton käyttöön ja osaamisen varmistamisesta ei juurikaan löytynyt yhtä selkeää vastausta. Lepistö (2016) toteaa tärkeäksi henkilökunnan kouluttamisen laitteiston käyttöön. Vaikka sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelma ei itsessään pitäisi sisällään etäteknologian osaamista, on työsopimuslain (26.1.2001/55)

mukaan työnantaja velvollinen huolehtimaan työntekijän suoriutumisesta työstään yrityksen toimintaa, tehtävää työtä tai työmenetelmiä muutettaessa tai kehittäessä. (Työsopimuslaki 26.1.2001/55).

Tutkimusten perusteella selkeää rajausta tai kriteeristöä etävastaanoton toteuttamiselle ei ole vielä kehitetty. On jokseenkin epäselvää, miten palvelulle sopivat käyttäjät määräytyvät ja minkälaisia sairauksia tai oireita etäpalveluilla voitaisiin hoitaa ja tutkia. Tulevaisuudessa on varmasti tarpeen luoda selkeät ohjeet ja kriteerit etävastaanotolle soveltuvasta potilaasta.

Valituista tutkimuksista ei voi tehdä päätelmiä hoidon laadun tai diagnostiikan luotettavuudesta. Lepistö (2016) mainitsi tutkimuksessaan, että mobiiliteknologiset laitteet vaativat pitkäaikaista seurantaa, jotta luotettavuutta voitaisiin mitata. Hantusen (2018, 57) tutkimuksessa tuli ilmi, että luotettavuus sai huonomman keskiarvon oletettavasti käytetyn järjestelmän vuoksi. Hoidon laatua sekä diagnostiikan luotettavuutta olisi syytä tutkia laajemmin, jotta siitä saataisiin tärkeää lisätietoa etäterveyspalveluiden kehittämistä ajatellen.

Opinnäytetyön tekeminen oli noin vuoden mittainen prosessi. Joulukuussa 2018 aihe varmistui ja aiheeseen perehtyminen sekä työn tarkempi suunnittelu alkoi. Työn tekeminen aikataulutettiin välitavoitteiden kautta ja laaditussa aikataulussa suunnitelmallisesti pysyttiin. Opinnäytetyö oli opettavainen kokonaisuus tiedonhakuprosessien, uuden tiedon keräämisen sekä yhteenvedon kannalta.

LÄHTEET

- Alatalo, S. 2017. Videovälitteinen lääkärin vastaanotto työterveyshuollossa. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Insinööri. Ylemmän ammattikorkeakoulun opin-
näytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201701291740> [viitattu 29.8.2019].
- Benschoter, R. A., Wittson, C. L., & Ingham, C. G. 1965. Teaching and consultation by television: *I. Closed-circuit collaboration 1965*, 3, 99–100.
- Di Cerbo, A., Morales-Medina, J., Palmieri, B. & Iannitti, T. 2015. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Prefer Adherence* 9, 65–75. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298290/> [viitattu 22.5.2019].
- Etälääketieteen suositus. 2016. Lääkäriliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suosituksset/etalaaketieteen-suositus/> [viitattu 16.4.2019].
- Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja. 2015. Valtiovarainministeriön julkaisu 44/2015. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://vm.fi/documents/10623/360844/Etapalvelujen+kayttoonoton+kasikirja/6644b47c-3b1f-4d80-9629-12d0e0a2b394/Etapalvelujen+kayttoonoton+kasikirja.pdf> [viitattu 1.6.2019].
- Eysenbach, G. 2001. What is e-health? *Journal of Medical Internet Research* 2, 20.
- Goodwin, S., McQuick, M., & Reeve, C. 2017. The impact of video telehealth consultations on professional development and patient care. *The Australian Journal of Rural Health* 25, 185–186. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 20.8.2019].
- Hantunen, T. & Janhunen, P. 2018. Sote-alan videoneuvottelujärjestelmien käytettävyys ja käyttöönotto. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-344-107-1> [viitattu 1.1.2019].
- Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hyypiä, M.-L. 2016. Etälääkäripalvelut - Käytännön lääkärin näkökulma. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tampere.fi/tiedos-tot/m/DLPzpdeB9/M_L__Hyypia_Etalaakaripalvelut.pdf [viitattu 20.2.2019].
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikkanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4, 291–301. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf> [viitattu 1.2.2019].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansaneläkelaitos, 2018. Työterveyshuollon etäpalveluiden ja puhelujen korvaaminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kela.fi/tyoterveyshuollon-etapalvelujen-korvaaminen> [viitattu 11.4.2019].

Karisalmi, N., Kaipio, J. & Kujala, S. 2018. Hoitohenkilökunnan rooli potilaiden motivoinnissa ja ohjaamisessa terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttöön. Vertaisarvioitu artikkeli. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 10, 2–3.

Kervinen, E. 2015. Vanhusten palvelutalo videolääkäripalvelun käyttöympäristönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma. Insinööri. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016060111228> [viitattu 21.10.2019].

Keränen, T. 2017. Etävastaanoitoille tarvitaan kokeneita lääkäreitä. Potilaan lääkärilehti. Suomen lääkäriliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty: 7.8.2017. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/etavastaanoitoille-tarvitaan-kokeneita-laakareita-16475/> [viitattu 5.12.2018].

Kielilaki 6.6.2003/423.

Konttinen, J. & Linervo, N. 2018. Etävastaanoton kehittäminen Pohjois-Karjalan Vaarakunnissa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201804184947> [viitattu 29.8.2019].

Korhonen K., Arajärvi M. 2017. Sosiaaliala digitaalisessa murroksessa. AMK-lehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://uasjournal.fi/tyoelama/sosiaaliala-digitaalisessa-murroksessa/> [viitattu: 15.11.2019].

Kuusisto, H., Kröger, V., Knuth, P., Eloranta, S., Tiitola, P., Ranta, S. & Saranto, K. 2016. Etähoidon riskit ja potilasturvallisuus. *Suomen lääkärilehti* 36, 2199–2203. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 1.2.2019].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kymsote s.a. Tietoa Kymsotesta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/fi/tietoa-kymsotesta> [viitattu 30.9.2019].

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 1, 37–45.

Laitinen, M. 2018. Digi vie, sote vikisee. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-344-090-6> [viitattu 1.2.2019].

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

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

Lehti, J. 2015. Telepsychiatry services in Finland. *Psychiatria Fennica* 46, 120–124. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.psykiatriantutkimus-saatio.fi/uploads/files/PF_2015/PF2015_ART9_Lehti.pdf [viitattu 1.10.2019].

Lehti, J. 2016. Prescriptions in telepsychiatry. *Psychiatria Fennica* 47, 149–154. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.psykiatriantutkimus-saatio.fi/uploads/files/ART8_2016.pdf [viitattu 19.4.2019].

Lepistö, P. 2016. Mobiiteknologia terveydenhuollossa – Tyrnävän kunnan kotihoito. Oulun yliopisto. Taloustiede. Pro gradu tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201605121724> [viitattu 1.10.2019].

Maakunta- ja sote-uudistuksen aikataulu, s.a. Valtioneuvosto. Maakunta- ja sote-uudistus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/aikataulu> [viitattu 15.8.2019].

Murphy, R. L. Jr. & Bird, K. 2015. Telediagnosis: a new community health resource. Observations on the feasibility of telediagnosis based on 1000 patient transactions. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [viitattu 1.10.2019].

Nyysönen, T. 2019. Pikkukuntien lääkäripulaa helpotetaan teknologian avulla – potilas voi olla 100 kilometrin päässä lääkäristä. YLE uutiset. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.2.2019. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-10654908> [viitattu 14.5.2019].

Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51, 46–57.

Pystynen, A. 2017. Etälääkäripalveluiden kehittäminen kotihoidossa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologia. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/137638/Pystynen_Anne.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu 1.2.2019].

Rasmussen, T. 2012. Telemedicine in the Scandinavian countries. Finpro Scandinavia. Kööpenhamina. PDF-dokumentti. Päivitetty: 20.4.2012. Saatavissa: <https://www.slideshare.net/FinproRy/telemedicine-terhi-rasmussen> [viitattu 21.10.2019].

Salminen, A.-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J.-H. 2016. Etäkuntoutus. Kansaneläkelaitos. Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Etakuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f6981df> [viitattu 9.5.2019].

Sevean, P., Dampier, S., Spadoni, M., Strickland, S. & Pilatzke, S. 2008. Patients and families experiences with video telehealth in rural/remote communities in Northern Canada. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2573–2579.

Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. 2016. Tuloksia Uudistuvat sosiaali- ja terveystyöpalvelut -väestötutkimuksesta. Terveystyö ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. PDF-dokumentti. Päivitetty 8.6.2016. Saatavissa: <https://www.slideshare.net/THLfi/sosiaalipalvelut-vestn-ja-asiakkaiden-arvioimana> [viitattu 30.9.2019].

Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: 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 [viitattu 11.4.2019].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku.

Tala, E. 2017. Etävastaanoton toimintamallin kehittäminen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologia. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017090814935> [viitattu 1.6.2019].

Tarkiainen, T. 2016. Documtec Oy:n tekniset toimintaedellytykset etälääkäripalvelu ratkaisuihin. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologia. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016112116624> [viitattu 1.2.2019].

Terveystyölahti 30.12.2010/1326.

Timonen, O. 2004. Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:isbn:9514274075> [viitattu 16.4.2019].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 11.9.2019].

Työsopimuslaki 26.1.2001/55.

Vaarala, R. 2016. Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja kehittämistoiveita Palvelukeskus Helsingin etähoidosta. Metropolia. Terveystenhoitaja. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016113018330> [viitattu 1.10.2019].

Valvira. 2015a. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.12.2015. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut [viitattu 11.4.2019].

Valvira. 2015b. Potilaan itsemääräämisoikeus. WWW-dokumentti. Päivitetty 2.6.2015. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-aseanja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus> [viitattu 21.5.2019].

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26–34.

Vuonovirta, T. 2011. Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514297175> [viitattu 21.5.2019].

Vuonovirta, T., Kanste, O., Timonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Timonen, O., Ylitalo, K. & Taanila, A. 2009. Terveyskeskustyöntekijöiden kokemuksia etäterveydenhuollon käyttöönotosta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 272–284.

Wootton, R., Craig, J. & Patterson, V. 1999. Introduction to telemedicine. *Royal Society of Medicine Press* 46, 36.

Tutkimustaulukko.

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusotos
Alatalo Suvi: Videovälitteinen lääkärin vastaanotto työterveyshuollossa, opinnäytetyö. YAMK. (2017).	Videovälitteisen vastaanottotoiminnan soveltuvuuden selvittäminen työterveyshuollossa.	Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen tutkimus.	Eri paikkakuntien työterveyden asiakkaat.
Goodwin Samuel, McQuick Michelle & Reeve Carole: The impact of video telehealth consultations on professional development and patient care. (2017).	Tarkoitus selvittää hoitohenkilöstön tyytyväisyyttä videovälitteisestä etävastaanotosta.	Tyytyväisyyskysely Likert Scale-lomakkeella.	Tennant Creek-sairaalan hoitohenkilöstö, 14 kyselyyn vastaajaa.
Hantunen Timo & Janhunen Petri: Sote-alan videoneuvottelujärjestelmien käytettävyys ja käyttöönotto. (2018).	Lisätiedon tarve etävastaanoton käyttöönottamisesta palvelun leviämisen mahdollistamiseksi.	Tutkimuksessa testattiin kolmea etäneuvottelujärjestelmää (Arctic Communicator, VideoVisit ja DNA Meeting Space) käytettävyydestä osallistujien kokemaa järjestelmien käytettävyyttä ja kuormittavuutta.	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja opettajia. Opiskelijoita oli 12 kpl ja opettajia 9 kpl.
Konttinen Jonna & Linervo Miina: Etävastaanoton kehittäminen Pohjois-Karjalan Vaarakunnissa, opinnäytetyö. YAMK. (2018).	Etävastaanoton toimintamallin luominen Vaarakuntien terveysasemille.	Kehittämistyö, kartointus terveydenhuollon ammattilaisilta, learning cafe.	Palvelua käyttäneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset.
Lepistö Pertti: Mobiiliteknologia terveydenhuollossa – Tyrnävän kunnan kotihoito, pro gradu. (2016).	Mobiiliteknologian hyötyjen ja haittojen, sekä taloudellisten hyötyjen selvittäminen.	Kustannushyötyanalyysi.	Tyrnävän kunnan kotihoidon asiakkaat.
Pystynen Anne: Etälääkäripalveluiden kehittäminen kotihoidossa, opinnäytetyö. YAMK. (2017).	Palvelun toimivaksi saattaminen, yhtä hyväksi kuin perinteinen vastaanotto. Käyttökokemusten selvitys.	Kvalitatiivinen vaihtoehtokysymyksistä koostuva kyselytutkimus.	Tampereen kotihoito.

Sevean Pat, Dampier Sally, Spadoni Michelle, Strickland Shane & Pilatzke Susan: Patients and families experiences with video telehealth in rural/remote communities in Northern Canada. (2008).	Asiakkaiden kokemusten selvittäminen videovälitteisen vastaanoton käyttämisestä terveydenhuollon ratkaisuna Pohjois-Kanadan maaseudulla.	Videoitu haastattelu. Tulokset analysoitu sisällönanalyysin teemoittelun avulla.	Vapaaehtoiset asiakkaat, jotka vähintään vuoden ajan ovat palvelua käyttäneet.
Tala Elina: Etävastaanoton toimintamallin kehittäminen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan, opinnäytetyö. YAMK. (2017).	Selvittää olisiko kiinnostusta videovastaanottoon hoitajan kanssa ohjanta- ja neuvontatilanteissa ja mitä asiakkaat vastaanotolta toivoisivat.	Asiakaskysely.	Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan asiakkaat. 93 jaettua lomaketta joista 92 palautui täytettynä.
Timonen Olavi: Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa, väitöskirja. (2004).	Palveluiden tuottaminen etätöyönä. Käyttöön liittyvän tekniikan ja vastaanottotapah-tuman kulun kuvaaminen.	Potilastyytyväisyyskysely, teknisten ongelmien päiväkirja, vastaanoton onnistumisen arviointi, vastaanoton uusintakäyntien tarpeen selvitys.	Puolangan terveyskeskus.
Vuonovirta Tiina: Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa, väitöskirja. (2011).	Etäterveydenhuollon käyttöönoton kuvaaminen. Tarkoituksena selvittää miksi osa sovelluksista jäi käyttöön ja osan käyttö lopetettiin jo kokeiluvaiheessa.	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelut ja täydentävä dokumenttiaineisto.	Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon henkilökuntaa, osaa haasteltiin kahteen kertaan, yhteensä 55 haastattelua.

Taulukko kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksista.

Tutkimus	Hyödyt	Haasteet	Miten hoitohenkilöstön osaaminen on varmistettu?
Alatalo Suvi: Videovälitteinen lääkärin vastaanotto työterveys-huollossa, opinnäytetyö. YAMK. (2017).	1) Lääkärien mielestä 94% potilaista soveltuu etävastaanoton asiakkaiksi.	1) Lääkärien mielestä suurimpia haasteita olivat tekniset ongelmat, puuttuvat tutkimukset tai tutkimustyökalut.	-
Goodwin Samuel, McQuick Michelle & Reeve Carole: The impact of video telehealth consultations on professional development and patient care. (2017).	1) 86% koki hoidon hyvänä. 2) Potilaiden matkustuskustannukset ja taakka vähenivät. 3) Potilaiden seuranta ja hoidon jatkuvuus paranivat. 4) Tuottavuus lisääntyi. 5) Palvelu koettiin asiakaslähtöisenä: hoitoon liittyvien päätösten teko tapahtui palvelun avulla yhteistyössä potilaan kanssa. 6) Videoneuvottelujärjestelmää voisi hyödyntää ammattilaisten lääketieteellisten koulutusten järjestämisessä. 7) 57% vastaajista koki diagnosoinnin luotettavaksi.	1) 57 %:lla oli teknisiä vaikeuksia. 2) 71 %:lla oli logistisia vaikeuksia.	1) Osaamisen ylläpitäminen jatkuvan lääketieteellisen koulutuksen avulla, jotka usein vaativat matkustamista pitkiäkin etäisyyksiä, voi olla haaste etäterveydenhuollon ammattilaisille.
Hantunen Timo & Janhunen Petri: Sote-alan videoneuvottelujärjestelmien käytettävyys ja käyttöönotto. (2018).	1) Käytettävyys sai hyvät arvostelut. 2) Palvelun käyttöaikeus koettiin positiivisena.	1) Erittäin haastavien asiakkaiden kanssa yhteyden luominen vaikeampaa kuin kasvotusten. 2) Luotettavuus sai huonoimman keskiarvon.	-
Konttinen Jonna & Linervo Miina: Etävastaanoton kehittäminen Pohjois-Karjalan Vaarakunnissa, opinnäytetyö. YAMK. (2018).	1) Resurssien hyödyntäminen ja mahdolliset kustannussäästöt. 2) Asiakkaan matkustamisen ja matkakustannusten väheneminen. 3) Palvelun tarjottavuus laajalla alueella. 4) Avun saannin nopeutuminen.	1) Henkilökunnan negatiivinen asenne. 2) Puutteelliset taidot laitteiden ja palveluiden hallinnassa. 3) Palveluun soveltuvat potilaat harvassa. 4) Yhteinen aika vastaanoton järjestämiseksi lääkärin ja hoitajan kesken.	1) Pitkä kokemus hoitotyöstä edesauttaa osaamista palvelun tarpeen arvioinnissa. 2) Laitetuntemus helpottaa vastaanoton toteutusta.

	<p>5) Asiakkaiden tyytyväisyys.</p> <p>6) Mahdollisuus hyödyntää nykuteknologiaa työssä.</p>	<p>5) Yhteyskatkot, laitteiden päivitys ja toimivuus.</p>	
<p>Lepistö Pertti: Mobiiliteknologia terveydenhuollossa – Tyrnävän kunnan kotihoito, pro gradu. (2016).</p>	<p>1) mTerveys-järjestelmä on paras toiminnan tehostamiseen.</p> <p>2) Palvelua käyttämällä hoitajien käyttämä kirjausaika vähenee.</p> <p>3) Reaaliaikainen konsultaatio vähentää terveyskeskuskäyntejä.</p> <p>4) Viive diagnoosin saamiselle vähenee, tarvittava hoito voidaan aloittaa aiemmin.</p> <p>5) Kotihoidon asiakkaiden hyvinvointi paranee ja heidän kotonaan selviämisen aika pitenee.</p> <p>6) Ennaltaehkäisevään hoitotyöhön on mahdollista panostaa enemmän.</p> <p>7) Hoitajien työhyvinvointi kasvaa, kun työstä tulee enemmän koulutusta vastaavaa.</p>	<p>1) Alkuinvestoinnit voivat olla suuria.</p> <p>2) Aloitus vaatii lisäresursseja.</p> <p>3) Laitteiston käyttö ja sen luotettavuus voi heikentää hoitohenkilökunnan hyvinvointia.</p> <p>4) Ohjelmisto vaatii pitkäaikaista seuranta-ollakseen tuloksiltaan luotettava.</p>	<p>1) Laitteistoon on syytä perehdyttää heti alussa riittävästi.</p>
<p>Pystynen Anne: Etälääkäripalveluiden kehittäminen kotihoidossa, opinnäytetyö. YAMK. (2017).</p>	<p>1) Asiakkaat kokivat palvelun toimivaksi ja hyväksi ratkaisuksi.</p> <p>2) Vastuunjako hoitajien ja lääkärin välillä selvä.</p> <p>3) Hyvä tekninen tuki ja potilastietojen saatavuus.</p>	<p>1) Asiakkaat valitsivat mieluummin tavanomaisen vastaanottokäynnin.</p> <p>2) Henkilökunnan tiedonsaanti ja koulutus puutteellisia.</p> <p>3) Yhteysongelmia.</p> <p>4) Hoitajat eivät kokeneet palvelua hyväksi tai asiakkaan kannalta laadukkaaksi tavaksi toimia.</p>	-
<p>Sevean Pat, Dampier Sally, Spadoni Michelle, Strickland Shane & Pilatzke Susan: Patients and families experiences with video telehealth in rural/remote communities in Northern Canada. (2008).</p>	<p>1) Matkustus- ja matkustuskustannuksien väheneminen.</p> <p>2) Tutut hoitajat mukana.</p> <p>3) Hoitaja vastaanotolla mukana asiakkaan "puolestapuhujana".</p>	<p>1) Teleterveys-palvelut on luotava todellisen tarpeen mukaan, ei luoda palveluita, joihin asiakkaat tarpeettomasti ohjataan.</p>	<p>1) Poliittisten päättäjien tulee ottaa huomioon teknologian kasvava rooli hoitohenkilöstön koulutuksessa.</p>

<p>Tala Elina: Etävastaanoton toimintamallin kehittäminen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan, opinnäytetyö. YAMK. (2017).</p>	<p>1) Etävastaan-otosta voitaisiin saada käytännöllinen, nopea, helppo, hyödyllinen ja kustannustehokas palvelu terveysasemalle.</p>	<p>1) Yli puolet halusivat käydä perinteisellä vastaanotolla (korkea ikä, kokemattomuus).</p>	<p>-</p>
<p>Timonen Olavi: Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa, väitöskirja. (2004).</p>	<p>1) Kroonisten pitkäaikaissairaiden hoidossa etävastaanotto voisi olla kustannustehokas, esim. diabeetikoiden hoidossa.</p>	<p>1) Aina videokuva ei ole ollut tarpeeksi tarkka tai värit riittävän syviä, esim. Ihomuutosten arviointiin. 2) Laitteiston asentaminen ja sopivaksi säätäminen on tarvinnut useamman asiantuntijan osaamista. 3) Vastaanotto saattaa olla kankea, potilaan eleiden ja ilmeiden tulkitseminen vaikeampaa. 4) Somaattinen tutkiminen vei enemmän aikaa laitteistolla. 5) Vastaanoton päättäminen ei ole yhtä luontevaa. 6) Huonoiten etävastaanotolla onnistuivat asiakkaiden mielestä ruoansulatusoireisten, tuki- ja liikuntaelinoireisten sekä iho-oireisten potilaiden käynnit. 7) Etävastaanotokäynnin hinta 99.80 €, tavallisen vastaanottokäynnin hinta 77,70 €.</p>	<p>-</p>
<p>Vuonovirta Tiina: Etäterveydenhuollon käyttöön-otto terveydenhuollon verkostoissa, väitöskirja. (2011).</p>	<p>1) Hoitomahdollisuuksien ja hoidon tulosten paraneminen. 2) Potilaiden saama tuki. 3) Hoitoon pääsyn nopeutuminen. 4) Potilaiden matkustamisen väheneminen, yhteiskunnan kustannuksien säästö. 5) Saattaa olla maaseudulla asumista helpottava tekijä.</p>	<p>1) Tekniset ongelmat. 2) Etävastaanotto koetaan perinteistä vastaanottoa raskaammaksi. 3) Ei sovi aloille, joissa käsin tehtävällä tutkimuksella suuri merkitys.</p>	<p>-</p>

