



Etävastaanotto kroonisen haa- van hoidossa

Katja Iso-Markku

OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2022

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

ISO-MARKKU, KATJA:
Etävastaanotto kroonisen haavan hoidossa

Opinnäytetyö 106 sivua, joista liitteitä 17 sivua
Huhtikuu 2022

Terveydenhuollon etävastaanottojen määrä on noussut viime vuosina. Koronapandemia lisäsi tarvetta etäterveydenhuollon palveluille. Etävastaanoton mahdollistavaa teknologiaa, kuten tietokoneita, älypuhelimia ja erilaisia digitaalisia sovelluksia on käytössä terveydenhuollon arjessa. Kuitenkin reaaliaikaiset, videovälitteiset, ammattilaisten ja asiakkaan väliset vastaanotot ovat vielä harvinaisia sosiaali- ja terveysalalla.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on halu kehittää asiakaslähtöisiä palveluita, digitalisuus huomioiden. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää etävastaanotto toimintaa kroonisen haavan hoidossa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli yhdessä kotihoidon ja sairaalan haavavastaanoton hoitajien kanssa suunnitella toimintaprosessi asiakkaan haavan vaativan seurantakäynnin toteuttamiseksi etävastaanoton avulla.

Kotihoidon ja haavavastaanoton hoitajia haastateltiin teemahaastattelun (n=2) ja puolistrukturoidun haastattelun (n=2) avulla tarkoituksena selvittää hoitoprosessin nykytila. Haastatteluiden lisäksi järjestettiin kolme työpajaa, joissa kotihoidon ja vastaanoton hoitajat (n=3–6) saivat yhdessä pohtia miten etävastaanottoa tulisi kehittää. Teemahaastatteluaineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Puolistrukturoitu haastatteluaineisto ja työpajojen tuotokset käytettiin sellaisenaan kuvailemaan etävastaanoton kehittämistä ja hoidon järjestämisen nykytilaa.

Etävastaanoton kehittäminen nähtiin tärkeänä ja sen koettiin antavan arvoa asiakkaalle sekä lisäämään hoitajien osaamista sekä keskinäistä yhteistyötä. Etävastaanoton kehittämisessä nähtiin tärkeänä henkilöstö- ja ajallisten resurssien sekä tilojen ja tarvikkeiden mahdollistaminen. Myös koulutus nähtiin tärkeänä. Opinnäytetyössä tuotettiin etävastaanoton toimintamalli, jota voidaan hyödyntää etävastaanoton käyttöönottoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää asiakkaan näkemyksiä ja tarpeita etävastaanoton kehittämisessä.

Asiasanat: etävastaanotto, krooninen haava, kotihoito, erikoissairaanhoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Well-Being Technology

ISO-MARKKU, KATJA:
Remote Consultation in Chronic Wound Care

Master's thesis 106 pages, appendices 17 pages
April 2022

The aim was to develop remote consultation of chronic wounds in the Hospital District of South Ostrobothnia. The purpose was to design the process of a wound follow-up by remote consultation with co-operation of home care and hospital nurses.

The data were collected by interviewing both home care and hospital nurses. Two kinds of interview methods (thematic interview and semi-structured interview) were used to gather information of present state of chronic wound care. Along the interviews three workshops were held. The material from thematic interviews were analyzed through content analysis. The material from structured interviews and workshops were used to describe present state of organization of wound care and development of remote consultation.

Development of remote consultation was seen as important. Remote consultation was seen as to give value to customer and increase nurses' expertise and co-operation. Important factors of developing remote consultation were resources and training. In this study an operational model of remote consultation of chronic wound follow-up was built, which can be used in the initialization of remote consultation systems. For further study it would be interesting to find out customers' opinions and needs for remote consultation.

Key words: remote consultation, chronic wound, home care service, specialized medical care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	HAAVAN HOITO JA ETÄVASTAANOTOT ETELÄ-POHJANMAALLA .	8
	2.1 Hoidon järjestäminen haavavastaanotolla.....	8
	2.1.1 Etävastaanotot Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.....	10
3	ETÄVASTAANOTTO KROONISEN HAAVAN HOIDOSSA	13
	3.1 Tiedonhaun prosessi.....	13
	3.2 Kroonisten haavojen hoito kotihoidossa	16
	3.3 Keskeiset määräykset etähoitoon liittyen	19
	3.4 Terveydenhuollon etäpalvelut	20
	3.4.1 Telelääketieteen käyttö eri ympäristöissä	21
	3.4.2 Telelääketieteen vaikutukset haavojen paranemiseen	22
	3.4.3 Potilaiden tyytyväisyys.....	23
	3.4.4 Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja asenteet	24
	3.4.5 Hoitohenkilökunnan parantunut viestintä.....	25
	3.5 Kustannussäästöt.....	26
	3.5.1 Telelääketieteen haasteet ja niihin varautuminen.....	26
4	OPINNÄYTEYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	29
5	OPINNÄYTEYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT	30
	5.1 Toimintatutkimus	30
	5.2 Osallistava suunnittelu	32
	5.3 Hoitajien haastattelut.....	33
	5.3.1 Toimintaympäristön havainnointi	35
	5.3.2 Haavahoitoyksiköiden benchmark	36
	5.3.3 Työpajatyöskentely.....	37
	5.4 Opinnäyteyön tekijän rooli kehittämistehtävässä	38
	5.5 Aineiston keruun ja kehittämistoimenpiteiden aikataulu	38
	5.6 Aineiston analysointi	39
	5.7 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
6	TULOKSET	42
	6.1 Haavan etävastaanoton kehittäminen hoitajien näkökulmasta.....	42
	6.1.1 Hoitajien kokemukset haavan hoidon nykytilasta	43
	6.1.2 Hoitohenkilökunnan asenteet etävastaanottoa kohtaan	45
	6.1.3 Etävastaanoton odotetut vaikutukset.....	45
	6.1.4 Huomioitavia asioita etävastaanoton käyttöönotossa	46
	6.2 Näkemyksiä etävastaanoton kehittämisestä	47

6.2.1	Näkemyksiä hyvästä etävastaanotosta	48
6.2.2	Onnistuneen etävastaanoton mahdollistaminen	48
6.2.3	Eri roolien vastuut ja tehtävät	49
6.2.4	Etävastaanotolle soveltuva asiakas.....	51
6.2.5	Onnistunut etävastaanoton käyttöönotto	52
6.3	Etävastaanoton käyttö haavanhoidossa Suomessa.....	53
6.3.1	Etävastaanoton kokeilu Etelä-Pohjanmaalla	55
6.4	Asiakkaan kroonisen haavan hoidon kulku nykytilanteessa	57
6.5	Etävastaanoton asiakkaan tarina	63
6.6	Etävastaanoton uuden toimintamallin kuvaaminen kroonisen haavan hoidossa.....	66
6.6.1	Toimintamallin arviointi	71
7	POHDINTA	72
7.1	Tulosten tarkastelu.....	72
7.2	Eettisyys opinnäytetyössä.....	75
7.3	Luotettavuus opinnäytetyössä.....	78
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	83
	LÄHTEET.....	85
	LIITTEET	90
	Liite 1. Tiedonhaun keskeiset käsitteet ja hakutermit.....	90
	Liite 2. Teoreettisen tiedon hakukriteerit	91
	Liite 3. Teemahaastattelun runko hoitajien haastatteluun	92
	Liite 4. Puolistrukturoidun haastattelun runko	93
	Liite 5. Tiedote tutkimukseen osallistujalle	94
	Liite 6. Suostumuslomake haastateltavalle	95
	Liite 7. Kysymysrunko mallin toimivuuden arvioimiselle.....	96
	Liite 8. Opinnäytetöprosessin eteneminen	97
	Liite 9. Asiakkaan haavan hoitopolku.....	98
	Liite 10. Hoitajien näkemyksiä nykytilan kehittämisestä 1 (4).....	99
	Liite 11. Hoitajien näkemyksiä hoitohenkilökunnan asenteista	103
	Liite 12. Hoitajien näkemyksiä etävastaanoton käyttöönotosta 1(2).....	104
	Liite 13. Hoitajien näkemyksiä etävastaanoton vaikutuksista.....	106

1 JOHDANTO

Etäpalveluin tarjottava terveydenhoito on yksi tämän ajan trendeistä. Etäpalvelut tehostavat terveydenhuollon toimintaa sekä lisäävät asiakkaan ja ammattilaisen tyytyväisyyttä sekä ammattilaisen osaamista (Foong, Kyaw, Upton & Tudor Car 2020, 1270, 1273, 1276). Etäpalveluista on hyötyä erityisesti ikäihmisille, joilla on toimintakykynsä vuoksi haasteellista käyttää tavanomaisia avoterveydenhuollon palveluita (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021).

Etävastaanottojen määrä terveydenhuollossa on kasvanut enenevässä määrin, koronapandemian tuodessa lisäpiikkinsä kysynnässä. Etävastaanotot terveydenhuollossa ei ole sinänsä uusi asia. Etävastaanottoja on ollut käytössä erityisesti psykiatrisessa hoidossa ja yksityisellä terveydenhuollon sektorilla. Näistä mainittakoon Mielenterveystalo.fi nettiterapiat ja Terveystalon etävastaanotto. (Mielenterveystalo.fi 2022; Terveystalo 2022.) TAYS Haavakeskus on ottanut etävastaanotot mukaan haavan seurantaan ja konsultaatioon jo vuonna 2016 (Andrésen & Jokiranta 2019, 9). Kuitenkaan etävastaanottojen käyttö haavanhoidossa ei ole kovin yleistä, vaikka tarvetta sille selkeästi olisi. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2021–2025 pyrkii vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin kehittämällä asiakaslähtöisiä palveluita digitalisaatio huomioiden. Palvelut pyritään järjestämään niin, että ne ovat kaikille alueen asukkaille saavutettavissa. Asiakkaan palvelut järjestetään saumattomasti yli organisaatorajojen ja palveluketjut ovat yhtenäiset. Alueen henkilöstön ammattitaitoon ja hyvinvointiin panostetaan. Sairaanhoitopiirin palvelut ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2021–2025.)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää asiakkaan tarpeisiin etäpalvelutoimintaa tämän haavan hoidossa. Kotihoidon piirissä on asiakkaita, joille kotoa lähteminen sairaalaan voi olla haasteellista alentuneen toimintakyvyn ja mahdollisten kipujen vuoksi. Etäpalvelun avulla on mahdollista tuoda asiakkaan tarvitsevat palvelut hänelle kotiin, tämä edistää palvelujen saatavuutta. Etävastaanottotilanteessa mukana olevien kotihoidon sekä poliklinikan hoitajien ammattitaito ja asiakasym-

määritys voivat lisäksi vahvistua (Foong ym. 2020, 1276). Tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaan haavan hoitopolun nykytila ja kehittämiskohteet. Tarkoituksena on lisäksi yhdessä kotihoidon ja poliklinikan hoitajien kanssa luoda toimintamalli etävastaanottotoiminnalle kotihoidon asiakkaan pitkäaikaisen haavan hoidossa. Tulosten avulla pyritään kehittämään kotihoidon asiakkaan tarvitsemia palveluita etäteknologian avulla ottamalla hoitoon osallistuvat hoitajat mukaan kehittämiseen.

2 HAAVAN HOITO JA ETÄVASTAANOTOT ETELÄ-POHJANMAALLA

Kehittämistehtävän keskiössä on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva keskussairaala ja alueen kotihoito. Sairaanhoitopiiriin kuuluu 18 kuntaa, joista osa on yhdistynyt omiksi yhteistoiminta-alueikseen sosiaali- ja terveystalvelujen osalta. Asukasmäärä yhteensä on noin 200 000 asukasta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2022.)

2.1 Hoidon järjestäminen haavavastaanotolla

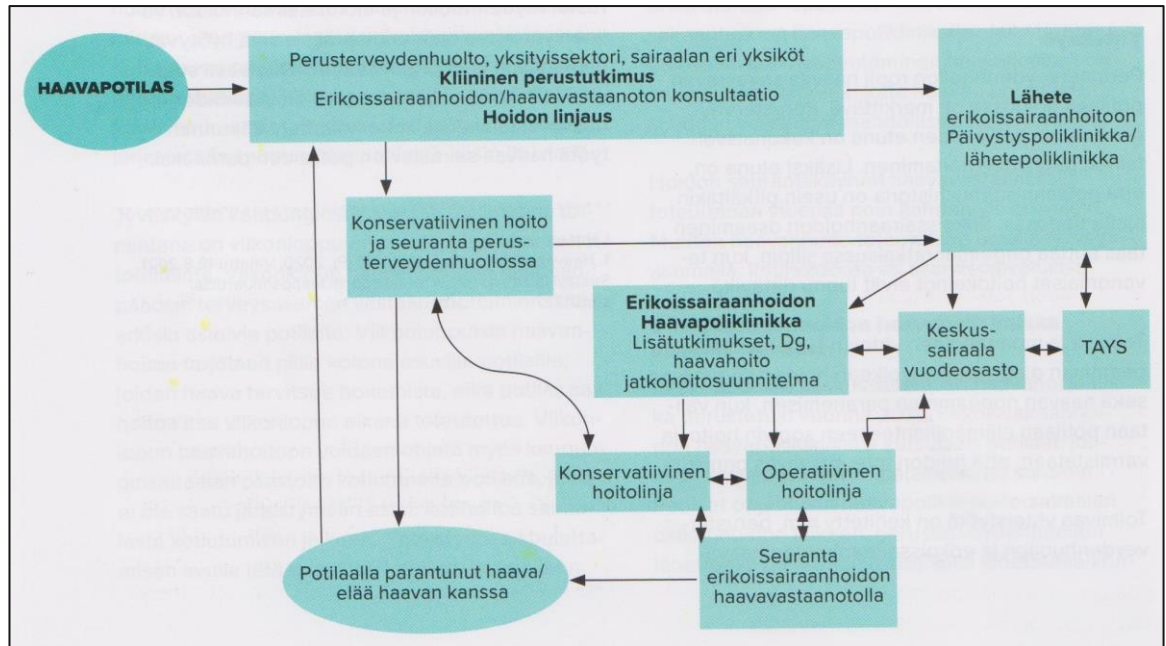
Asiakkaan haavatilanne voi vaatia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä, jonka vuoksi asiakkaan tulee lähetteellä hakeutua sairaalaan vastaanotolle. Asiakkaan haavanhoidon kulku Etelä-Pohjanmaalla on kuvattuna kuviossa 1. Potilas saapuu ensikäynnille haavavastaanotolle yleensä joko perusterveydenhuollon lääkärin lähetteellä, keskussairaalan sisäisellä lähetteellä tai konsultaationa tai jatkohoitoon jostakin muusta sairaalasta erityisesti yliopistosairaalaista. Ensikäynti on haavasta riippuen joko plastiikkakirurgian tai verisuonikirurgian haavavastaanotolla, jossa vastaanottajana toimivat erikois- tai erikoistuva lääkäri yhdessä haavan asiantuntijahoitajan ja tämän sairaanhoitajatyöparin kanssa. Haavapotilaita käy vastaanotolla 3–5 päivittäin ja yhdelle potilaalle varattu vastaanottoaika on tavallisesti 45–90 minuuttia. Haavapotilaiden ensikäyn-tejä on keskimäärin 160 vuodessa, kaiken kaikkiaan potilasmäärän ollessa noin 1500. (Kalliovalkama & Peltonen 2021, 17.)

Erikoissairaanhoidon haavavastaanoton tarkoituksena on tarjota potilaalle erikoissairaanhoidoa vaativia hoitotoimenpiteitä ja tehdä potilaalle kokonaisvaltaisen suunnitelman haavan paranemisen edistämiseksi tarvittavan moniammatillisen tiimin yhteistyössä. Jatkohoitosuunnitelman mukaan potilas ohjataan seurantaikäynneille joko lääkäri–hoitajavastaanotolle tai haavan asiantuntijahoitajan vastaanotolle. Pääsääntöisesti lääkärivastaanotto tulee kyseeseen, mikäli potilaalle tarvitaan leikkausarvio, hoitosuunnitelman tarkistus, lääkärin suorittama hoitotoimenpide tai muu lääkärin arvio. (Kalliovalkama & Peltonen 2021, 17.)

Haavavastaanotolla on jonkin verran olemassa olevaa etävastaanottotoimintaa. Haavavastaanotto toimii jokaisena arkipäivänä ja aamuisin on varattu tietty aika puhelinvastaanotolle. Puhelinvastaanoton tukena toimii takaisinsoitto- ja vastaa-japalvelut sekä potilastietojärjestelmä, johon saa haavan valokuvia liitettyä kuva-arkistoon. Täten etäkonsultaatioissa saadaan sekä reaaliaikaista informaatiota esimerkiksi kotihoidon hoitajalta puhelimen välityksellä että tuoretta kuva- ja tekstidokumenttia potilastietojärjestelmän kautta. (Kalliovalkama & Peltonen 2021, 17.)

Haasteena on ollut erityisesti yksityisen terveydenhuollon yksiköt, jotka käyttävät eri potilastietojärjestelmää. Mikäli konsultoivassa yksikössä ei ole samaa potilastietojärjestelmää käytössä, voivat he välittää valokuvia haavasta sille erikseen varatun sähköpostiosoitteen kautta. Konsultaatioiden lisäksi potilaalle voidaan varata suunnitellusti etävastaanottoaika, mikä korvaa fyysisen seurantakäynnin poliklinikalla. Tuolloin asiakkaan hoidosta vastaavaa perusterveydenhuollon ammattilaista ohjataan ottamaan haavasta valokuvat ennen puhelinvastaanottoa. Kirjallinen dokumentaatio poliklinikalla tehdään potilastietojärjestelmään, samoin kuin fyysisen vastaanoton yhteydessä. (Kalliovalkama & Peltonen 2021, 17.)

Vastaanotolla hoidosta ja ohjeista kirjataan hoitotyön yhteenveto mikä annetaan potilaalle vielä paperisena mukaan. Tämä on koettu tärkeäksi hoidon jatkuvuuden kannalta, sillä informaatio ei sähköisesti kulje saumattomasti. Tiedonkulku ja potilastietojärjestelmien eroavaisuudet koetaankin haasteena erikoissairaanhoidon haavavastaanotolla. Muita haasteita koetaan tuovan hoitohenkilöstön riittämättömyys, puutteellinen osaaminen ja taloustilanne. Myös perusterveydenhuollon puolelta haasteellisena ajatellaan hoitajien haavanhoidon osaamisen ja haavaa sairastavan potilaan hoitotyön organisointi. Saman sairaanhoitopiirin joillakin yhteistoiminta-alueilla on käytössä haavanhoidon asiantuntijahoitaja ja/ tai oma haavavastaanotto. Tavoitteena onkin selkiyttää haavapotilaan hoidon prosessia sekä sen organisointia ja hoitoketjuja. Etävastaanoton kehittäminen on osa tulevaisuuden suunnitelmaa. (Kalliovalkama & Peltonen 2021, 17–19.)



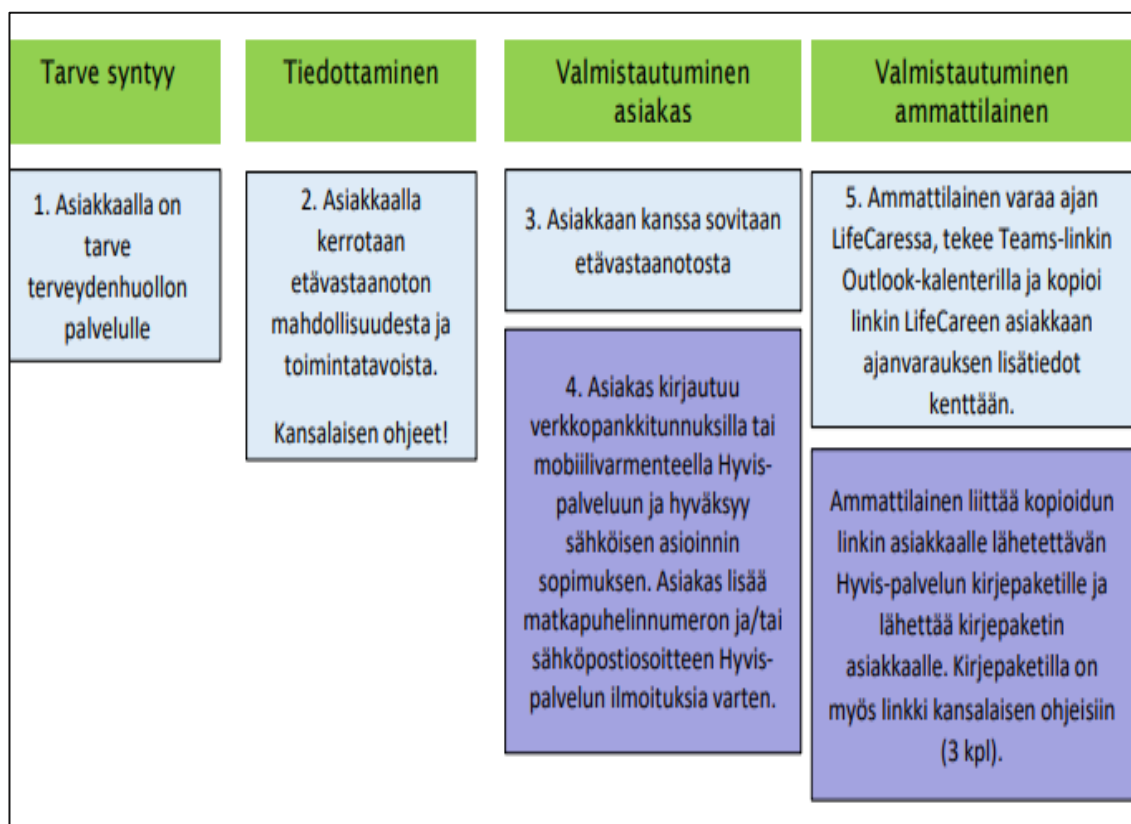
KUVIO 1. Haavaa sairastavan asiakkaan hoitopolku Etelä-Pohjanmaalla Kalliovalkaman ja Peltosen (2021, 16) mukaan

2.1.1 Etävastaanotot Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on vuoden 2021 aikana otettu käyttöön etävastaanottopalveluita muutamissa yksiköissä. Etävastaanottoja järjestetään pääsääntöisesti asiakkaan ja hoitoyksikön ammattilaisen välillä, mutta mahdollista on myös toteuttaa etäyhteyttä ammattilaisten välisessä neuvottelussa sekä verkostopalaverissa, jossa saman yhteyden äärellä on sekä ammattilaisia että asiakas. Etävastaanotot toteutetaan Microsoftin Teams-sovelluksen kautta sähköistä asiointialustaa apuna käyttäen. Etävastaanottoon tarvittava linkki toimitetaan asiakkaalle sähköisen asiointialustan kautta. Asiakas tunnistautuu sähköiseen asiointipalveluun vahvan tunnistautumisen esimerkiksi verkkopankkitunnuksien avulla. Etävastaanottojen käyttöönotossa on otettu huomioon tietosuojaja tietoturva-vaatimukset sekä ammattilaisten osaaminen ja koulutus. (Teams-etävastaanotto EPSHP:n toimintamalli 2021.)

Etävastaanoton järjestämisessä on tärkeää toteuttaa vastaanotto yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ja tämän suostumuksella. Asiakkaalla tulee olla aina mahdollisuus fyysiseen vastaanottoon tämän halutessa. Ammattilainen antaa

asiakkaalle etävastaanoton ohjeistuksen ymmärrettävällä tavalla. Ammattilainen huolehtii ajan varaamisesta ja etävastaanoton teknisistä valmisteluista (kuvio 2).



KUVIO 2. Etävastaanoton valmistautumisen prosessi (Teams-etävastaanotto EPSHP:n toimintamalli 2021)

Ennen etävastaanoton alkua asiakas saa vastaanottolinkin sähköisen asiointin palveluun ja tästä ilmoituksen sähköpostiin. Asiakas tutustuu annettuihin etävastaanoton ohjeisiin. Sovittuna ajankohtana asiakas avaa vastaanottolinkin sähköisen asiointin palvelun kautta. Sähköiseen asiointipalveluun kirjautuminen vaatii vahvan tunnistautumisen verkkopankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. Ammattilainen avaa linkin omasta puolestaan ja etävastaanotto käynnistyy. Etävastaanoton käynnistymisen jälkeen ammattilainen varmistaa asiakkaan henkilöllisyyden kuvallisen henkilöllisyystodistuksen perusteella. Vastaanoton jälkeen ammattilainen dokumentoi käynnin fyysisen vastaanoton tapaan potilastietojärjestelmään (kuvio 3).



KUVIO 3. Etävastaanoton prosessi vastaanoton käynnistymisen yhteydessä (Teams-etävastaanotto EPSHP:n toimintamalli 2021)

3 ETÄVASTAANOTTO KROONISEN HAAVAN HOIDOSSA

Etävastaanotto kroonisten haavojen hoidossa on opinnäytetyön keskeinen tutkittava ilmiö. Ilmiön tutkiminen vaatii perehtymistä kirjallisuuteen ja siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Kirjallisuuskatsauksen avulla opinnäytetyössä pyritään kuvailemaan tutkittavan ilmiön taustaa sekä toimimaan perustana uusille tutkimustuloksille.

3.1 Tiedonhaun prosessi

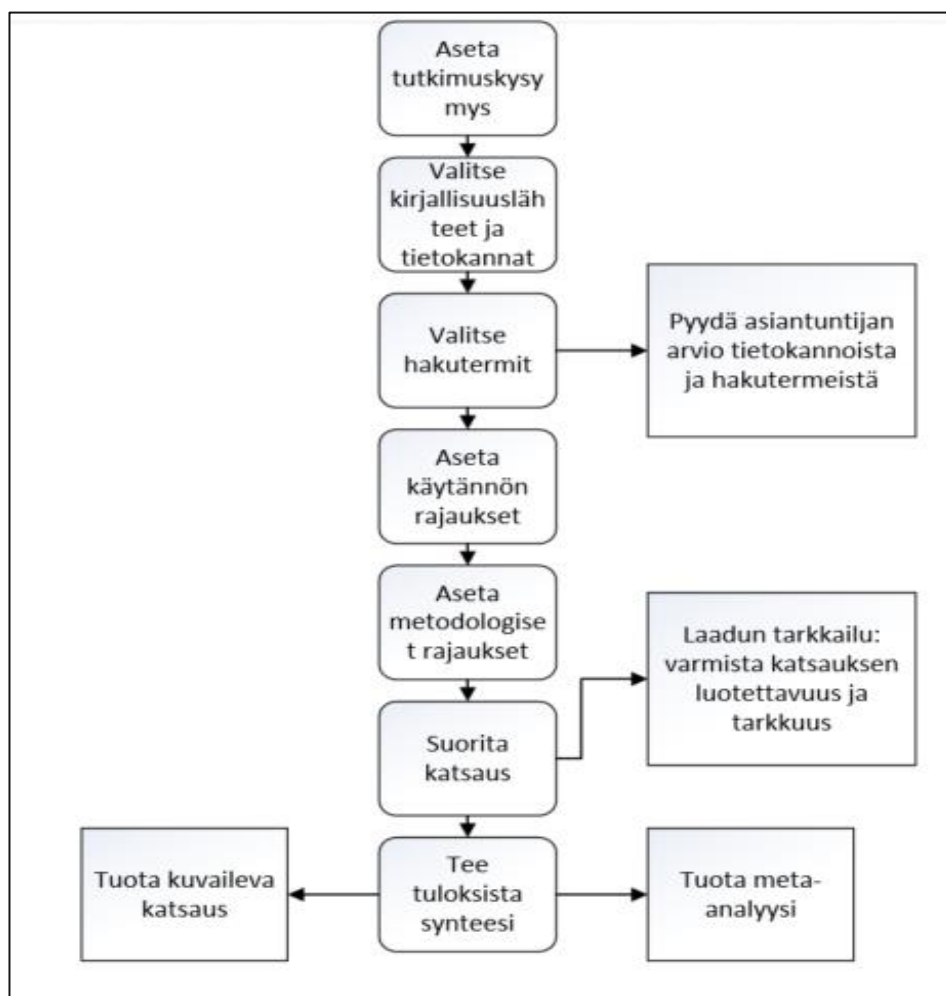
Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat telelääketiede (johon rinnastetaan etävastaanotto ja etäkonsultaatio), krooninen haava, haavanhoito ja kotihoito. Keskeisistä käsitteistä muodostettiin hakutermejä, joiden avulla tehtiin systemaattinen kirjallisuushaku. Kirjallisuushaun tarkoituksena oli selvittää mitä etävastaanoton käytöstä kroonisen haavan hoidossa tiedetään ja miten aihetta on tutkittu.

Kirjallisuuskatsauksen menetelmä opinnäytetyössä on kuvaileva ja integratiivinen. Integroiva katsaus eroaa systemaattisesta katsauksesta siten, että se ei ole yhtä valikoiva eikä menetelmä ole tutkimusainestoa yhtä tarkasti seulova kuin systemaattinen katsaus. Se myös tuottaa huomattavasti laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta systemaattiseen katsaukseen verrattuna. Integroivassa katsauksessa käytetyt kirjallisuustyypit näkökulmineen ovat vaihtelevammat ja laajemmat kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Toisaalta integroiva katsaus eroaa myös toisesta kirjallisuuskatsauksen tyypistä: narratiivisesta katsauksesta. Integroivassa katsauksessa korostuu enemmän kriittinen tarkastelu, mikä ei ole niin merkityksellistä narratiivisessa katsauksessa. (Salmi-
nen 2011, 8)

Integroiva katsaus soveltuu tutkittavan ilmiön mahdollisimman monipuoliseen kuvaamiseen. Sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Salmi-
nen (2011, 8) kuvaa integroivan kirjallisuuskatsauksen etenemistä Cooperin (1989) mukaan seuraavasti: katsauksen tekeminen aloitetaan tutkimusongelman

asettelulla, mitä seuraavat aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011, 8)

Opinnäytetyössä tutkimuksen perustaksi ja tutkittavan ilmiön kuvaamista varten suoritettiin systemaattinen kirjallisuushaku. Kirjallisuushaun prosessi on kuvattu kuviossa 4, mikä noudatti Finkin (2010, 4–5) mallia.



KUVIO 4. Tiedonhaun prosessi Finkin (2010) malliin pohjautuen

Tiedonhakua suunniteltaessa tutkimuskysymykseksi muodostui ”mitä vaikutuksia etävastaanotolla on kotihoidon asiakkaan kroonisen haavan hoitoprosessissa?” Aiheen keskeiset käsitteet hahmoteltiin hyödyntämällä PICO- mallia. Kirjallisuushaussa kuitenkin hyödynnettiin vain P ja I- käsitteitä, mikä ajatellaan yleensä riittäväksi (Isojärvi 2017) tiedonhaussa. PICO- mallin mukaiset käsitteet nähtävissä kuvassa 1. Tiedonhaussa käytettiin Tampereen korkeakoulujen informaattikkoa. Liitteessä 1 on kuvattuna käsitteet systemaattista kirjallisuushakua varten.

P: kotihoidon asiakas, jolla krooninen haava
I: haavan hoito etäyhteyden avulla
C: haavan hoito kasvotusten tapahtuvassa hoitotilanteessa
O: haavan paraneminen tai paranemisen edistyminen

KUVA 1. Käsitteiden määrittely PICO-mallin mukaan

Seuraavana Flinkin (2010, 4–5) mallin mukaan vaiheena tiedonhaun prosessissa on kirjallisuuslähteiden ja tietokantojen valinta. Tietokannoiksi valikoituituvat: Andor, Finna, Cinahl, Media ja Medline. Hakusanoina käytettiin kansainvälisessä aineistohaussa sanoja: wound, ulcer, chronic wounds, leg ulcer, venous ulcer, pressure ulcer, foot ulcer, diabetic foot sekä telemedicine ja home care. Kotimaisia aineistoja haettiin sanoilla: haava, etähoito ja telelääketiede. Sanojen eri yhdistelmiä ja synonyymejä käytettiin sekä katkaisumerkkejä käytettiin, jotta saataisiin mukaan riittävän kattava hakutulos. Toisaalta myös rajauksia käytettiin poisulkien tutkimuskysymystä vastaamaton aineisto ja muu epätarkoituksen mukainen aineisto. Kiinnostuksen kohteina oli luotettava ja tuore aineisto, minkä vuoksi rajauksena käytettiin viimeistä 10 vuotta eli vuoden 2011–2021 aineistot otettiin mukaan katsaukseen. Andorissa käytettiin aikarajauksia 2016–2021, sillä muuten tulos olisi ollut liian laaja. Aineiston laadukkuuden vuoksi katsaukseen haluttiin vain vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Myös katsaustutkimukset otettiin mukaan hakuun. Tässä katsauksessa haluttiin tarkastella ainoastaan aikuisväestöön kohdistuvaa tutkimusta, joten lapset ja nuoret rajattiin ulos.

Osa artikkeleista hylättiin katsauksesta heti otsikon perusteella, jos tästä kävi ilmi artikkelin sopimattomuus katsaukseen. Toinen osa hylättiin tiivistelmän perusteella ja kolmas osa sisällön perusteella. Tässä katsauksessa haluttiin tarkastella sellaisen telelääketieteen käyttöä mihin tarvittava teknologia on jo hoitoyksiköiden tavanomaisessa käytössä. Eli katsaukseen valittiin tutkimusartikkeleita, joissa telelääketiede käsitti puhelimen, tietokoneen, videolinkin ja potilastietojärjestelmän käyttöä. Erilaiset 3D- kameroita ja erillisiä tietokoneohjelmia ja sovelluksia hyödyntävät telelääketiedeartikkelit hylättiin tästä katsauksesta. Tiedonlähteet, hakusanat, rajaukset sekä haun tulokset ja niiden arviointi on kuvattu tiivistetysti liitteessä 2.

Systemaattisen kirjallisuushaun perusteella muodostettiin tiivistelmä kriittisen seulan läpi kulkeneista tutkimusartikkeleista. Tämä tiivistelmä tutkitusta tiedosta toimii pohjana ilmiön kuvaamiselle, tutkimustehtävien ja haastattelurunkojen rakentamiselle sekä peilinä opinnäytetyön tuottamille uusille tuloksille.

Tutkittava ilmiö, etäpalvelut haavanhoidossa terveydenhuollossa, on alati muuttuva ja riippuvainen monista tekijöistä kuten hallituksen tavoitteista ja organisaatioiden resursseista. Tämän vuoksi käsitystä tutkittavasta ilmiöstä haluttiin laajentaa tiedonhakua laajentamalla. Tiedonhakua tehtiin systemaattisen haun lisäksi etsimällä lähteitä lumipallon kasvatus -menetelmällä sekä internetin hakukonetta, Googlea, apuna käyttäen. Googlehaun hakusanoina käytettiin pitkälti samoja hakusanoja kuin systemaattisessa haussa. Tuloksena hakukoneen kautta tehdyssä haussa oli uutisia ja artikkeleita etävastaanoton käytöstä haavojen hoidossa. Lumipallon kasvatus on tiedonhaun menetelmä, jossa käytetään hyväksi aineiston kuten artikkelin lähdeluetteloa. Lähdeluettelosta etsitään kiinnostavia lähteitä, ja siten etsitään alkuperäiset lähteet mukaan aineistoon. (Tiedonhaun työkaluja 2021.) Lumipallon kasvatuksen kautta oli mahdollista löytää muutamia artikkeleita, jotka olivat alkuperäisen aikaikkunan ulkopuolella, mutta edelleen valideja opinnäytetyöhön. Muutamia artikkeleita etsittiin myös Haava -lehden kautta, sillä mukaan haluttiin Suomen terveydenhuollon kontekstissa olevaa tietoa haavanhoidon järjestämisen käytännöistä.

3.2 Kroonisten haavojen hoito kotihoidossa

Krooniset eli pitkäaikaiset haavat ovat yhä suurempi ongelma yhteiskunnassamme. Krooniset haavat aiheuttavat suuria kustannuksia terveydenhuollossa. Suurin osa kustannuksista aiheutuu sairaalan hoitajaksoista, poliklinikkakäynneistä sekä kotihoidosta. Kroonisilla haavoilla on myös moninaisia haittoja yksilölle. Krooninen haava vaikuttaa asiakkaan elämänlaatuun. Krooniset haavat aiheutuvat tai pitkittyvät aina jostakin taustalla vaikuttavasta syystä kuten sairaudesta. Suurin osa kroonisista haavoista on joko laskimoperäisiä (32–51 %) tai valtimoperäisiä (11–27 %) tai sekä laskimo- että valtimoperäisiä (13–26 %) myös diabetes liittyy usein kroonisen haavan esiintyvyyteen (18–27 %). Usein haavoja

esiintyykin monisairailta ikäihmisillä. Kroonisten haavojen määrän on ennustettu jopa kasvavan väestön ikääntymisen, diabeteksen sekä ylipainon lisääntymisen myötä, mikä puolestaan tuo lisähaasteita terveydenhuollolle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 12–14, 26, 2; Krooninen alaraajahaava 2021.)

Kroonisen haavan hoito on keskittynyt avoterveydenhuoltoon. Avoterveydenhuollossa tuleekin suorittaa tarvittavat kliiniset tutkimukset sekä kartoittaa esitiedot huomioiden asiakkaan sairaudet, lääkitykset sekä toimintakyky ja ravitsemustila. Hoidon aloitus tulee suunnitella perusterveydenhuollossa odottamatta erikoissairaanhoidon lääkärin kannanottoa, mikäli asiakkaalla ei esiinny hoidon vasta-aiheita. Esimerkkinä laskimoperäisen säärihaavan oleellisena hoitona voidaan pitää alaraajojen turvotuksen hoitoa lääkinnällisin tukisukin, mikäli asiakkaalla ei ole kriittistä valtimokierron häiriötä (ABI yli 0,5). (Krooninen alaraajahaava 2021.)

Kroonisen haavan hoitamisessa on oleellista taustalla vaikuttavien sairauksien hoidon lisäksi itse haavan ja sen aiheuttamien oireiden hoito. Haavan paikallishoito tulee suunnitella optimaaliseksi hoidon kokonaistavoite huomioiden. Haavan paikallishoidolla pyritään esimerkiksi parantamaan haava, vähentää haavakipua sekä hallitsemaan haavaeritystä ja estämään haavan tulehtuminen. (Krooninen alaraajahaava 2021.)

Kroonisen haavan optimaalinen hoito vaatii hoitosuunnitelmaa, jossa hoidon tavoitteet ja toimenpiteet suunnitellaan yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Onnistunut hoito vaatii lisäksi asiakkaan yhteistyökykyä ja myöntyvyyttä hoitoon. Huono hoitomyöntyvyys vaikuttaa haavan paranemiseen negatiivisesti. Haavaa tulee seurata ja arvioida säännöllisesti ammattilaisen toimesta. Vaikka kroonisen haavan hoitaminen on keskittynyt perusterveydenhuoltoon, on joissakin tilanteissa tarpeen erikoissairaanhoidon kannanotto hoitoon, erityisesti vaikeahoitoisten haavojen diagnosointi ja hoito (Kavola & Laine 2020). Haavan ollessa syvä tai tulehtunut, voi kyseeseen tulla haavakudoksen puhdistus- tai poistoleikkaus ja mahdollisesti ihonsiirreleikkaus. Haavan onnistunut hoitaminen vaatiikin usein moniammatillista näkökulmaa, jolloin hoitoon osallistuu esimerkiksi eri erikoisalo-

jen lääkäreitä, fysio- ja toimintaterapeutteja sekä ravitsemustyöntekijöitä ja sosiaalityöntekijöitä. (Krooninen alaraajahaava 2021.) Moniammatillinen työryhmä ja hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä auttaakin tehostamaan hoitoa asiakkaan hyvä hoito huomioiden (Kavola & Laine 2020).

Krooninen haava esiintyy usein iäkkäällä henkilöllä, jolla on yksi tai useampi haavan syntyä edesauttava sairaus. Asiakkaan toimintakyky saattaa olla alentunut ja hänen avuntarpeensa suuri. Siten asiakas monesti tarvitsee usein toistuvaa ja jatkuvaa hoidollista apua ja seurantaa eikä siten kykene jatkuvasti asioimaan terveysasemalla. Kuitenkin toimintakyky on riittävä kotona asumiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

Kotihoito on kotipalvelun ja kotisairaanhoidon muodostama kokonaisuus. Kotipalvelulla tarkoitetaan jokapäiväiseen elämiseen liittyvien toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalvelua annetaan toimintakykyä alentavan syyn vuoksi. Kotisairaanhoido on ihmisen kotona tai rinnastettavassa asuinpaikassa tapahtuvaa terveyden- ja/ tai sairaudenhoitoa. Kotihoidon palvelut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuoltolakeihin. Suuri osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä ihmisiä, jolloin kotihoidon järjestäminen perustuu myös vanhuspalvelulakiin. (Kuntaliitto 2021.)

Kansallisena tavoitteena on ikäihmisen kotona asuminen mahdollisimman pitkään tarvittaessa kotiin annettavien palveluiden avulla. Suurin osa iäkkäistä asuukin ilman kotihoidon palveluja ja vain 16 % 75 vuotta täyttäneistä oli säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä on kuitenkin kasvanut. Kotihoidon henkilökunnasta suurin osa (74 %) oli lähi- tai perushoitajia ja 12 % sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia vuonna 2021. Kotihoidon palveluntarve on kasvanut, mutta hoitohenkilökunnan määrä ei ole kasvanut samassa suhteessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Osana Sosiaali- ja terveysministeriön Hyvinvoinnin tekoäly ja robotiikka ohjelmaa sekä Ikäohjelmaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta syntyikin KATI- eli Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille ohjelma, jossa tavoitteena on tukea ikäihmisten kotona asumista teknologian avulla. Tavoitteena on myös lisätä kotihoidon henki-

löstön työtyytyväisyyttä sekä vähentää kuormitusta ja terveydenhuollon kustannuksia. KATI-ohjelmassa tavoitteena on teknologioiden yhteinen kehittäminen ja kokeileminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

3.3 Keskeiset määräykset etähoitoon liittyen

Valviran määritelmän mukaan terveydenhuollon etäpalvelut tarkoittavat verkon kautta videovälitteisesti tapahtuvaa hoitoa, seurantaa, diagnostiikkaa, tutkimista, tarkkailua tai hoitoon liittyviä päätöksiä tai suosituksia. Palvelu voi myös perustua älypuhelimella välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin. (Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut 2022.)

Valvira on antanut ohjeistuksen terveydenhuollon etäpalveluita tarjoaville toimintayksiköille. Ohjeen mukaan etäpalvelun antajalla on vastuu huomioida tietoturvan ja tietosuojan edellyttämät vaatimuksen niin etäyhteyksien luomisessa kuin henkilötietojen käsittelyssäkin. Palvelunantajalla on oltava asianmukaiset tilat ja välineet sekä riittävä koulutus etäpalveluiden tarjoamiseen. Etäpalvelussa on huomioitava potilasturvallisuus ja etäpalvelun tulee olla lääketieteellisesti asianmukaista. (Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut 2022.)

Etäpalveluiden järjestämisessä tulee olla potilaan tai asiakkaan suostumus palvelun käyttämiselle. Ammattilaisen tehtävänä puolestaan on arvioida yksilöllisesti, soveltuuko asiakas etäpalvelulle ja soveltuuko käytettävä palvelu etämenetelmin toteutettavaksi. Vastaanottajan on tunnistauduttava luotettavan menetelmän kautta. Tapahtumasta on tehtävä asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot ja potilasrekisteriä on pidettävä yllä. Asiakkaalle tai potilaalle on varattava mahdollisuus henkilökohtaiseen vastaanottoon tai tarjottava vastaanottoa muussa hoitopaikassa. (Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut 2022.)

Etäpalvelun järjestäjän tulee noudattaa terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyssä annetussa laissa (784/2021) määritellyt vaatimukset. Lain julkisen hallinnon

tiedonhallinnasta (906/2019) mukaan salassa pidettävän tiedon siirron on tapahduttava yleisessä verkossa siten, että tiedonsiirtoyhteys tai -tapa on salattu tai suojattu. Lain mukaan vastaanottaja tulee varmistaa tai tunnistaa riittävän tietoturvasuojalla tavalla ennen salassa pidettävien tietojen käsittelyä. Lain digitaalisten palvelujen tarjoamisesta (306/2019) mukaan digitaalisia palveluita tarjottaessa vahvaa sähköistä tunnistautumista on käytettävä, mikäli palvelun kautta on mahdollista saada salassa pidettäviä tietosisältöjä nähtäväksi ja käytettäväksi. Ainoastaan painavasta perustellusta syystä muuta tietoturvasuojaa voidaan käyttää.

3.4 Terveydenhuollon etäpalvelut

Telelääketiede on hoitoalan ammattilaisten tarjoamaa terveyspalveluiden lähettämistä informaatio- ja viestintälaitteiden välityksellä. Kyseisen menetelmän avulla voidaan diagnosoida, hoitaa, konsultoida ja myös opettaa ja välittää lääketieteellistä tietoa. (World Health Organisation 1998, 10.) Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan etäpalveluilla tarkoitetaan *”terveydenhuollon palveluiden antamista telelääketieteen keinoin, jossa potilaan tutkiminen, tarkkailu, hoitaminen, diagnostiikka, hoitoon liittyvä päätöksenteko ja suositukset, perustuvat televiestintäjärjestelmillä välitettyyn tietoon ja dokumentteihin. Palvelut toteutetaan esimerkiksi videovälitteisen Internet- yhteyden ja tai (kuva)puhelimien kautta”*. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Euroopan yhteisön komission mukaan telelääketiede on *”terveyspalvelujen tarjoamista tieto- ja viestintäteknologian avulla tilanteissa, joissa terveysalan ammattilainen ja potilas sijaitsevat eri paikoissa. Se edellyttää lääketieteellisten tietojen turvallista siirtoa teksti-, ääni- tai kuvatiedostoina tai muussa tarvittavassa muodossa sairauksien ehkäisemiseksi, diagnoosien tekemiseksi ja potilaiden seurannan varmistamiseksi”*. (Euroopan yhteisöjen komissio 2008, 3.)

3.4.1 Telelääketieteen käyttö eri ympäristöissä

Eräässä tutkimuksessa tarkasteltiin telelääketieteen käyttöä kahdessa organisaatiossa. Sairaalan avohoidon poliklinikalla oli resursoitu kaksi hoitajaa etäyhteyden avulla tapahtuvaan vastaanottoon. Toinen hoitajista huolehti telelääketiedetekniikasta ja toinen dokumentoi vastaanoton tapahtumia. Tilat vastaanotolla oli riittävän suuret telelääketiedeteknologian käytölle ja haavojen hoidolle. Valaistus haavojen hoidolle oli hyvä. Haavan hoitoon tarvittavat välineet olivat helposti saatavilla. Hoitajilla oli hyvät istuimet ja hyvä työergonomia. Vastaanottoaika varattiin pääsääntöisesti 60 minuuttia haavapotilaalle, joka oli uusintakäynnillä eikä tiedossa ollut mitään erityisen aikaa vievää. Uudelle haavapotilaalle varattiin aikaa 90 minuuttia. (Kolltveit ym. 1138–1139.)

Kotihoidossa hoitajalla oli kiire. Aikaa haavanhoitoon asiakkaan luona oli 20–25 minuuttia. Tapausesimerkissä hoitaja pakkasi osan tarvittavista hoitovälineistä mukaan laukkuun toimistolla ja osa välineistä oli asiakkaan kotona. Hoitajalla ei ollut käytettävissä tarkoituksenmukaista tuolia ja istuikin siten lattialla haavan hoidon ajan. Valaistus oli huono ja tila oli ahdas. Telelääketieteen käytön koettiin tarvitsevan enemmän tilaa ja parempaa valaistusta. Hoitajat kokivat, että aikaa ei ollut riittävästi haavan hoitoon ja muiden asioiden kuten ravitsemuksen huomiointiin. Hoitaja pystyi huonosti varautumaan mahdollisiin haavan muutoksiin vähäisen ajan ja haavavälineiden rajallisen saatavuuden vuoksi. Hoitaja ei välttämättä voinut tehdä dokumentaatiota asiakkaan luona, jolloin hänen täytyi muistaa dokumentoitavat asiat jopa työpäivän loppuun saakka. Tuolloin hän pääsi toimistolle tietokoneen ääreen. (Kollveit ym. 2018, 1138–1141.)

Lisäksi kotihoidon hoitaja joutui usein tekemään päätöksiä yksin, sillä valtaosa käynneistä tehtiin yksin ilman ulkopuolista tukea. Lisäksi kotihoidon hoitajat kokivat, että asiakkaan kotona toimiminen on muutenkin tungettelevaa, joten esimerkiksi ruokavaliosta kyseleminen koettiin jopa asiakasta loukkaavana. (Kollveit ym. 2018, 1140–1141.)

3.4.2 Telelääketieteen vaikutukset haavojen paranemiseen

Tutkimuksissa telelääketieteen käyttö koettiin hyödylliseksi haavanhoidossa tai vähintäänkin samanarvoiseksi tavanomaiseen hoitoon verrattuna (Le Goff-Pronost ym. 2018, 570). Telelääketiede edisti ja nopeutti haavojen paranemista, vähensi amputaatioiden määrää. (Manuel 2012, 107; Zarchi ym. 2015, 896; Tchero ym. 2017, 276–279; Le Goff-Pronost ym. 2018, 570–571; Ratliff, Shifflett, Howell & Kennedy 2020, 446–448.) Toisaalta telelääketieteellä ei ollut vaikutusta määrällisesti haavojen paranemiseen tai haavoista johtuvan kuoleman määrään verrattuna tavanomaiseen hoitoon (Tchero ym. 2017, 276–279; Le Goff-Pronost ym. 2018, 570; Smith-Strøm ym. 2018, 99.).

Tulokset eivät ole täysin yksimielisiä telelääketieteen vaikutuksista haavojen paranemiseen. Kuitenkin tutkimustulokset osoittavat, että telelääketieteen käyttäminen kroonisten haavojen hoidossa on vähintäänkin samanarvoista kasvokkain tapahtuvan tavanomaiseen hoidon kanssa, ellei jopa tehokkaampaa (Stern ym. 2014, 7–10; Tchero ym. 2017, 279; Smith-Strøm ym. 2018, 99–100). Eräässä tutkimuksessa todettiin jopa merkittävästi alhaisempi alaraaja-amputaatioiden määrä diabeettisten haavojen hoidossa verrokkiryhmään verrattuna (Smith-Strøm ym. 2018, 99). Eräässä katsaustutkimuksessa todettiin, että telelääketieteen avulla hoidetut haavat paranivat verrokkiryhmien haavoja hitaammin. Tämän ajateltiin kuitenkin johtuvan siitä, että telelääketiederyhmässä oli muita ryhmiä hankalampia haavoja. (Chanussot-Deprez ym. 2013, 79.)

Myös kuolleisuus oli korkeampi tutkimusryhmässä, jossa haavoja hoidettiin telelääketieteen avulla. Kuolemat eivät kuitenkaan liittyneet haavakomplikaatioihin vaan muihin tekijöihin eivätkä siten ollut seurausta telelääketiedemenetelmästä. (Le Goff-Pronost ym. 2018, 570.). Myös eräässä katsauksessa todettiin lisääntynyt kuolemien määrä telelääketiederyhmässä, mutta tutkimuksissa ei löytynyt ilmiölle selittävää syytä (Tchero ym. 2017, 276).

Yhdessä tutkimuksessa tarkasteltiin telelääketieteen käyttöä matkapuhelimen avulla diabeettisten haavojen arvioinnissa. Tutkimuksessa ilmeni, että pelkästään

haavan valokuvaus ei ole riittävä menetelmä haavojen diagnosointiin. Suosituk-
sena tutkimuksen pohjalta oli, että mahdollisimman paljon muuta informaatiota
tarvittaisiin haavan valokuvan lisäksi diagnoosin tekemiseen. (Netten ym. 2017,
5–6, 8.)

Kaikkiin tilanteisiin telelääketiede ei haavanhoidossa sovellu. Hoitohenkilökunta
kokee, että telelääketiede ei sovellu menetelmäksi akuuteissa tapauksissa. Lää-
kärit kokivat, että telelääketiede on oiva lisäapu hoidossa, mutta tämän ei tulisi
olla ainoa menetelmä. (Foong ym. 2020, 1277–1278)

3.4.3 Potilaiden tyytyväisyys

Tutkimusten mukaan potilaat ovat tyytyväisiä tai jopa erittäin tyytyväisiä telelää-
ketieteen avulla tapahtuvaan haavansa hoitoon (Tchero ym. 2017, 279; Foong
ym. 2020, 1270, 1273). Tutkimuksissa ei tullut selkeästi ilmi sitä, onko potilaat
tyytyväisempiä telelääketieteen avulla toteutettuun hoitoon verrattuna tavan-
omaiseen hoitoon. Yhden tutkimuksen mukaan potilaan kokemassa tyytyväisyy-
dessä ei ollut eroa hoidon toteutuksen välillä (Smith-Storm ym. 2018, 99). Lisäksi
diabeettisten haavojen hoidossa telelääketieteellä ei ollut merkittävästi vaikutusta
potilaan itse ilmoittamaan terveyteen, hyvinvointiin eikä elämänlaatuun verrat-
tuna tavanomaiseen hoitoon (Iversen ym. 2020, 4). Kuitenkin eräässä tutkimuk-
sessa telelääketieteen avulla toteutettu hoito parantaa elämänlaatua säilyttä-
mällä haavanhoidon laatu verrattuna tavanomaiseen hoitoon (Chanussot-Deprez
& Contreras-Ruiz 2013, 78).

Potilaat kokivat, että haavan valokuvaus vahvisti kirjallista dokumentaatiota ja si-
ten kokivat varmuutta hoitoansa kohtaan. He myös kokivat, että haava-asiantun-
tijat huomaisivat paremmin teksti- ja kuvadokumenteista, mikäli haava oli me-
nossa huonompaan suuntaan. Potilaat myös kokivat, että kuvien ottamisella ko-
tihoidon hoitajien haavaosaaminen lisääntyi. (Smith-Strøm ym. 2016, 62–63.)

Tutkimustulokset osoittavat, että telelääketiede auttaa hoitajaa toteuttamaan po-
tilaan hoitoa kokonaisvaltaisemmin ja yksilöllisemmin. Telelääketiede vähentää

potilaan eriarvoisuutta, mahdollistaa hoidon saavutettavuuden (sellaisille potilaille, joille tavanomainen hoito ei olisi mahdollista esimerkiksi terveydentilan vuoksi). Matkustukseen ja sairaalassa odottamiseen kuluva aika vähenee ja hoidon joustavuus lisääntyy. (Aghdam, Vodovnik & Hameed 2019, 4.)

Korona- pandemian aikana terveydenhuollon etäpalveluiden merkitys on korostunut. Telelääketiede tarjosi avun haavanhoidossa pitkäaikaishoidon laitoksissa asuville ihmisille pandemia-aikana. Potilaat myös kokivat arvostusta saadessaan osallistua haavansa seurantakäynneille telelääketieteen avulla. (Ratliff ym. 2020, 445–446.)

3.4.4 Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja asenteet

Telelääketieteen avulla toteutettu hoito lisää hoitohenkilökunnan haavatietämystä ja osaamista, parantaa ammatillista itsetuntoa ja työtyytyväisyyttä (Kolltveit ym. 2016, 3–4; Foong ym. 2020, 1276). Se myös rakentaa pätevoitynyttä verkostoa ja lisää asiantuntemusta (Aghdam ym. 2019, 4). Hoitohenkilökunnan kokema heidän dokumentointinsa parani. Myös itsetunto diabeettisten haavojen hoitoon lisääntyi. Potilas nähtiin aiempaa enemmän kokonaisvaltaisesti, mikä nähtiin tärkeänä asiana haavan hoidossa. (Kolltveit ym. 2016, 4–5; Kolltveit 2018, 1141–1142.) Lisäksi kotihoidon hoitajat kokivat telelääketieteen käytön lisänneet heidän arviointikykyään ja siten auttoi heitä ennaltaehkäisemään haavoja paremmin (Kolltveit ym. 2018, 1141–1141).

Hoitajat kokivat, että telelääketieteen käytöllä haavan hoidossa oli positiivinen vaikutus hoidon laatuun (aiempaa parempi hoidon saavutettavuus), ammatilliseen autonomiaan, ammatilliseen kehittymiseen (konsultaatio lisäsi hoitajien tietoa haavanhoidosta) sekä vähäisempään ammatilliseen eristäytymiseen. Telelääketiede tarjosi siis myös kollegiaalista tukea hoitajille. Hoitajat kokivat telelääketieteen käytön kohentavan omaa rooliaan ja se nähtiin olevan yhteydessä lisääntyneeseen työtyytyväisyyteen. (Gagnon, Breton, Courcy, Quirion, Côté & Paré 2014, 596–598.)

Hoitohenkilökunnan asenteet olivat pääosin positiivisia telelääketieteen menetelmiä kohtaan haavanhoidossa. Telelääketieteen tekniikka oli helppo oppia ja käyttää. Mikäli teknisiä ongelmia ilmeni, niin apua oli saatavilla nopeasti ja helposti. Positiivisena asiana koettiin, että hoitohenkilökunnan palautteita järjestelmästä kuunneltiin ja muutoksia näiden pohjalta tehtiin. (Kolltveit ym. 2016, 5.)

Telelääketieteen käyttö koetaan hyödylliseksi hoitohenkilökunnan keskuudessa haavojen hoidossa (Kolltveit ym. 2016, 5–6). Lääkärit kokevat telelääketieteen olevan hyödyllinen apuväline heidän työssään. Haavoista otetut kuvat on todettu olevan riittävän tarkkoja, jotta haava-asiantuntijat voivat antaa hoitosuosituksia näiden kuvien perusteella. Haavan erilaiset kudokset ovat hyvin tunnistettavissa valokuvista. (Cganussot-Debrez ym. 2013, 78–79.)

3.4.5 Hoitohenkilökunnan parantunut viestintä

Telelääketieteen käyttö paransi hoitohenkilökunnan välistä viestintää ja yhteistyötä yli organisaation rajojen (Kolltveit ym. 2016, 5–6; Smith-Strøm ym. 2016, 63; Foong ym. 2020, 1276). Viestintä eri organisaatioiden välillä koettiin suoraviivaisemmaksi. Yhteydenottojen määrä lisääntyi ja se tehosti kommunikaatiota. Telelääketiede tutustutti eri organisaatioiden hoitajia toisiinsa ja siten madallutti kynnystä yhteydenottoihin. Perusterveydenhuollon hoitajat kokivat, että oli helpottavaa olla yhteydessä sairaalan haava-asiantuntijaan ja siten ei tarvinnut ottaa yhteyttä hoitavaan yleislääkəriin hoidon vuoksi. (Kolltveit ym. 2016, 5–6.)

Telelääketieteen avulla tiedon jakaminen ja itse konsultaatioprosessi koettiin paremmaksi. Telelääketieteen koettiin vähentävän turhia puhelinsoittoja ja siten sujuvoittavan työrytmiä. (Foong ym. 2020, 1276.) Toisaalta erään tutkimuksen mukaan telelääketieteen avulla toteutetulla hoidolla ei ollut eroavaisuutta konsultaatioiden määrään verrattuna tavanomaiseen hoitoon (Smith-Strøm ym. 2018, 99) ja toisessa tutkimuksessa konsultaatioiden määrä jopa lisääntyi (Le Goff-Pronost ym. 2018, 571).

3.5 Kustannussäästöt

Telelääketiede haavanhoidossa vähensi kustannuksia (matkustamisen kustannukset, sairaalan haavatarvikkeet, vähemmän sairaalapäiviä, vähemmän hakeutumista sairaalan päivystykseen). Tutkimuksen mukaan telelääketiede oli kustannustehokkaampaa (Le Goff-Pronost ym. 2018, 571) ja koettiin tehokkaammaksi (Chanussot-Debrez ym. 2013, 79). Se myös vähensi tarpeettomia käyntejä sairaalassa ja sillä saattoi olla vaikutusta lääkäripulaan. Telelääketieteen käyttö myös lisäsi tuottavuutta, paransi ergonomiaa, vähensi hoitoon ja diagnoosiin kuluva aikaa, tehosti ajankäyttöä ja vähensi henkilökunnan ylityitä. (Aghoam ym. 2019, 2.) Yhden tutkimuksen mukaan sairaalaan joutuminen haavojen vuoksi vähentyi (Ratliff ym. 2020, 445–446) ja toisen tutkimuksen mukaan taas ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Stern ym. 2014, 8) telelääketieteen käytön ja tavanomaisen hoidon välillä. Telelääketieteen käyttö vähensi suoria kustannuksia haavanhoidossa (Stern ym. 2014, 10).

On todettu, että haavanhoito voidaan toteuttaa kustannustehokkaammin, mikäli haavanhoidossa on mukana haavoihin erikoistunut taho. Tässä tutkimuksessa haavoihin erikoistunut vastaanotto tuotti palveluita kasvokkain tapahtuvan vastaanoton lisäksi etävastaanottoa telelääketieteen menetelmin potilaille, joilla oli hankaluuksia osallistua fyysisesti sairaalan vastaanotolle. (Brain, Tulleners, Lee, Cheng, Graves & Pacella 2019, 2, 7–9.)

Kotihoidossa voidaan saavuttaa merkittäviä hyötyjä telelääketieteen avulla: haavat saattavat parantua nopeammin ja paremmin, kotihoidon käynnit voivat vähentyä ja potilaan sairaalaan joutuminen haavakomplikaatioiden vuoksi voi vähentyä. Lisäksi voidaan saavuttaa kustannustehokkuus haavanhoidossa ja henkilöstön käytön tehostuminen. (Chanussot-Debrez ym. 2013, 80.)

3.5.1 Telelääketieteen haasteet ja niihin varautuminen

Hoitajat kokivat, että telelääketieteen käytössä he kuluttavat liikaa aikaa dokumentointiin diabeettisten haavojen hoidossa (heidän tuli tehdä dokumentaatio

kahteen eri järjestelmään). Lisäksi hoitajat kokivat, että muut kollegat ajattelivat negatiivisesti heidän dokumentointiin kuluttamastaan ajasta. He kokivat, että jopa esimiehet eivät katsoneet hyvällä tätä dokumentaatioon kulutettua aikaa, sillä se oli pois muusta työstä. (Kolltveit ym. 2016, 5.)

Telelääketieteen käytännön toteutuksessa ilmeni haasteita ja negatiivisia vaikutuksia. Tutkimuksen mukaan telelääketiede on haastavampaa toteuttaa kotihoidossa kuin avohoidon poliklinikalla, sillä esimerkiksi henkilöstöresursointi ja fyysiset tilat telelääketieteen käytölle ja haavanhoidolle eroavat näissä yksiköissä (Kolltveit ym. 2018, 1140–1141). Hoitohenkilökunta kokeekin, ettei telelääketiede sovellu käyttöön tilanteissa, joissa on fyysisiä rajoitteita kuten huono valaistus, haava kameran ulottumattomissa, vähäinen tila ja epätarkoituksenmukainen asento (Foong ym. 2020, 1277).

Tarkastellessa telelääketieteen käyttöä moniammatillisen tiimin toiminnassa todettiin, että esteinä telelääketieteen laajalle käytölle on IT- infrastruktuurin saataavuus ja laadukkuus, menetelmän hyväksymisen puute sekä lisenssit ja kustannukset (Anhdam ym. 2019, 2). Lisäksi telelääketieteen menetelmien käytössä saattaa esiintyä teknisiä ongelmia (Kolltveit ym. 2016, 5).

Muita negatiiviseksi koettuja asioita oli se, että telelääketieteen käytön koettiin lisäävän hoitajien vastuuta. Lisäksi hoitaja saattoi kokea ammattitaitonsa laskua, kun kasvokkain tapahtuva kontakti potilaan kanssa vähenee. Hoitohenkilökunta myös koki potilaan mahdollisesti olevan tyytymätön, kun tämä ei pääse tapamaan lääkäriä kasvokkain. Telelääketieteen kautta kotona tapahtuvan vastaanoton koettiin aiheuttavan hoitajalle tunteen tunkeutumisesta yksilön alueelle. (Foong ym. 2020, 1276–1277.)

Tutkijat tekivät havaintoja katsauksen tutkimusmateriaalin pohjalta liittyen telelääketieteen käyttöön haavanhoidossa. Telelääketieteen menetelmää käyttöönotettaessa johtajien tulee olla sitoutuneita menetelmän käyttöönottoon, jotta käyttöönotto onnistuisi. Hoidon jatkuvuuden tukemiseksi tarvitaan yhtenäisiä hoitolin-

joja telelääketieteen menetelmien käyttöön. Henkilökunnan tulee olla myös asianmukaisesti koulutettu siten, että hoidon jatkuvuus ei ole riippuvainen vain muutamista ihmisistä. (Foong ym. 2020, 1277–1278.)

Telelääketieteen menetelmiä käyttöönotettaessa tulee varautua henkilöstön kouluttamiseen. Hoitajat kokivat tarvitsevansa riittävästi koulutusta telelääketieteen menetelmien käyttöön diabeettisten haavojen hoidossa. Mikäli telelääketieteen käytön harjoittelu ei ollut systemaattista, saattoi se johtaa hoitohenkilökunnan turhautumiseen ja jopa irtisanoutumisaikomuksiin. (Foong ym. 2020, 1277.)

Teknologian käyttäjäkeskeisen suunnittelun (User-Centered Design, UCD) avulla voidaan ottaa huomioon mahdollisten loppukäyttäjien tarpeet ja vaatimukset. Käyttäjien mukaanotto jo alkuvaiheessa teknologian suunnitteluun voi lisätä käyttäjien hyväksyntää muutosta kohtaan ja siten sujuvoittaa itse teknologian käyttöönottoa. (Aghdam ym. 2019, 2.) Lisäksi telelääketieteen hyödyt edellyttävät telelääketieteen menetelmien tehokasta käyttöä (Smith-Strøm ym. 2016, 63). Telelääketieteen käytön koettiin lisäävän hoitajien dokumentointia, mikä koettiin usealla tavalla negatiiviseksi. Laaja tiedonkerääminen potilaasta ensimmäistä konsultaatiokertaa varten koetaan telelääketieteen negatiivisena vaikutuksena, sillä sen koettiin lisäävän hoitajan työmäärää. (Gagnon ym. 2014, 597.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda toimintamalli kotihoidon ja erikoissairaanhoidon yhteisen asiakkaan kroonisen haavan etähoitoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon ja erikoissairaanhoidon yhteisen asiakkaan hoitopolku kroonisen haavan hoidossa ja selvittää hoidon nykytila. Lisäksi tarkoituksena on yhteistyössä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon hoitajien kanssa määritellä etävastaanoton kulku, vaadittavat resurssit sekä tehtävät.

Tutkimustehtävät

1. Miten hoitajat kokevat asiakkaan kroonisen haavan hoitopolun toteutuvan nykytilanteessa?
2. Miten hoitajat kehittäisivät etävastaanottoa osana kroonisen haavan jatko-hoitoa?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat etävastaanoton käyttöönottoon ja käytön jatkamiseen hoitajien näkökulmasta?
4. Millainen toimintamalli voidaan kehittää haavan etävastaanottoprosessiin hyödyntäen hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä sekä olemassa olevaa etävastaanoton toimintamallia?

5 OPINNÄYTEYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT

Opinnäyteyön aineisto kerättiin kehittämistutkimuksen tapaan usealla eri menetelmällä, joiden tarkoitus on tukea toinen toistaan. Kehittämistehtävän keskeiseksi päämenetelmäksi valittiin toimintatutkimus, minkä luonteeseen kuuluu usean eri menetelmän käyttö ja käytännön toimijoiden osallistaminen (Ojasalo ym. 2015, 58–59).

5.1 Toimintatutkimus

Tämä kehittämistehtävä on lähestymistavaltaan toimintatutkimus, jossa tuetaan muutosta. Tavoitteena on ratkaista käytännön ongelma ja samalla tuottaa ymmärrystä ja uutta tietoa ilmiöstä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 58).

Toimintatutkimuksessa tutkija on mukana muutoksessa ja tutkijan tulee löytää keinot ongelman poistamiseen ja mittarit muutoksen toteamiseen. Tämän tutkimuksen pääpiirteisiin kuuluu myös uuden suorituksen testaaminen ja arviointi. (Kananen 2012, 37–38.)

Toimintatutkimuksen prosessi Kanasen (2012, 39) mukaan:

SUUNNITTELU → TOIMINTA → ARVIOINTI → SEURANTA → sykli alkaa alusta

Kanasen (2012, 40) mukaan toimintatutkimuksen edellytyksiä ovat toiminnan muutos, yhteistoiminta, tutkimus sekä tutkijan mukana olo muutoksessa. Toimintatutkimuksessa otetaan käytännössä toimivat ihmiset mukaan tutkimukseen ja kehittämiseen. (Ojasalo ym. 2015, 58). Opinnäytetyössä toimintatutkimus otettiin lähestymistavaksi sen vuoksi, että nämä käytännössä toimivat tutkittavat ihmiset osaavat parhaiten toimintansa ja ovat siinä asiantuntijoita ja siten ovat parhaita kehittämään omaa toimintaansa. Tämä myös edistää muutoksen hyväksymistä. Tutkija tuo kehittämisongelmaan mukanaan ulkopuolista näkemystä sekä tutkittua tietoa. (Ojasalo ym. 2015, 59.)

Toimintatutkimuksessa aineistoa kerätään useiden eri menetelmien avulla, jotta ilmiöstä saataisiin mahdollisimman kattavasti selvyys, ongelma saadaan määriteltyä ja ongelma ratkaistua (Kananen 2012, 45–51). Myös Ojansalon ym. (2015, 104) mukaan kehittämistehtävässä on suositeltavaa käyttää monenlaisia menetelmiä.

Tässä kehittämistehtävässä asiakas haluttiin kuvata, jotta saadaan yhteinen käsitys tyypillisen kotihoidon piirissä asuvan asiakkaan tarpeista ja tunteista. Tavoitteena oli asiakasprofiilin avulla tuoda esille kehittämisen keskiössä olevaa asiakasta ja siten kohdentaa kehittäminen asiakkaan tarpeisiin vastaten. Asiakasprofiili muodostettiin ideointityöpajojen, haastatteluiden ja tutkijan oman kokemuksen perusteella. Asiakasprofiili yhdistettiin tarinaan, jossa kuvattiin asiakkaan näkökulmasta haavan hoitopolku, missä yhtenä osana oli etävastaanoton menetelmät käytössä. Kyseessä oli siis kuvitteellinen asiakstarina, jossa tavoitteilana oli asiakkaan tyytyväinen etävastaanotolla tapahtuvaan hoitoonsa.

Hoitoketjun erilaiset hoitokäytänteet sekä hoito-organisaatioiden toimintaa voidaan selvittää hoitoketjujen kuvaamisella (Juutilainen & Hietanen 2012, 390). Palvelupolun kuvaamista käytettiin lisäämään ymmärrystä asiakkaan kulkemisesta palveluntuottajalta toiselle haavaan liittyvien tarpeidensa johdosta. Ymmärrystä haluttiin lisätä myös eri roolien ja organisaatioiden välisestä työnjaosta. Palvelupolku kuvattiin haastatteluiden ja lehtiartikkelin (Kalliovalkama & Peltonen 2021) pohjalta sekä opinnäytetyön tekijän oman kokemukseen perustuen.

Lisäksi kuvattiin Service Blueprintin avulla yksittäinen tapahtuma kirurgian poliklinikalla. Blueprint-malli auttaa havainnollistamaan palveluprosessin kokonaisuuden, palvelun osatekijät ja niiden yhteydet. Samalla sen avulla voidaan selvittää, onko prosessissa virheitä tai pullonkauloja sekä miten prosessia voitaisiin kehittää. (Ojansalo ym. 2015, 182.) Tässä tapahtumassa kuvattiin asiakkaan kulku kirurgian poliklinikalle, vastaanotto sekä asiakkaan kotiutuminen. Tavoitteena oli selkeyttää asiakkaan ja ammattilaisen toimet ennen ja jälkeen vastaanoton sekä sen aikana.

5.2 Osallistava suunnittelu

Toimintatutkimuksen yksi keskeisistä periaatteista on tutkimuksen kohdeyksikön käytännön toiminnassa mukana olevien henkilöiden osallistaminen kehittämiseen (Ojasalo ym. 2015, 58). Osallistavan suunnittelun avulla pyritään luomaan kehitettävä kohde aitoon kontekstiin sopivaksi sekä samalla sitouttamaan yksikön työntekijöitä muutokseen. Muutos yksikössä saattaa aiheuttaa työntekijöissä vastarintaa muutosta kohtaan. Muutos voidaan kokea tekijänä, mikä horjuttaa työntekijöiden turvallisuuden tunnetta vaikuttamalla muutoksia rutiineihin, organisaation kulttuuriin, prosesseihin, rakenteisiin ja strategiaan. Muutosvastarinta on usein suurin epäonnistumisen syy etenkin tietojärjestelmien käyttöönotoissa. (Fagerstöm, Tuvešson, Axelsson, & Nilsson 2017, 443–444; Laudon & Laudon 2020, 124–125.) Jensen, Overgaard, Wiil, Smith ja Clemensen, (2018, 2) määrittelevät osallistavan suunnittelun olevan innovatiivisten ratkaisujen tekemistä tosielämän ongelmiin demokraattisen näkökulman kautta osallistamalla aidosti kaikki oleelliset tulevat loppukäyttäjät.

Clemensen, Rothmann, Smith, Caffery ja Danbjorg (2017, 125) mukaan osallistava suunnittelu koostuu kolmesta eri vaiheesta, joita ovat: kertominen, tekeminen ja toimiminen. Ensimmäisessä vaiheessa (*kertominen*) kerätään tietoa ongelmasta esimerkiksi tulevien loppukäyttäjien haastatteluiden ja kirjallisuuden avulla. Toisessa vaiheessa (*tekeminen*) otetaan loppukäyttäjät mukaan ideomaan kehitettävää menetelmää esimerkiksi työpajojen avulla. Viimeisessä vaiheessa (*toimiminen*) alustavaa tuotosta kokeillaan todellisessa tai todellisenkaltaisessa, keinotekoisessa ympäristössä, jolloin nopeita ja tarpeellisia muutoksia voidaan tehdä. Osallistavan suunnittelun menetelmää voidaan käyttää kehitettäessä erilaisia prosesseja kuten tietyn potilasryhmän hoitoprosessia (Østervang, Lassen, Jensen, Coyne & Dieperink 2020, 2).

Käyttäjien mukana olo suunnittelussa ja tuotoksen arvioinnissa on usein välttämätöntä ja arvokasta kehittämistyössä. Hsu, Lin, Zheng & Hung (2011, 33) toteavat, että näin voidaan suunnitella palvelut vastaamaan käyttäjien tarpeita. Valmiin tuotoksen käyttäjälähtöinen arviointi auttaa tekemään nopeita muutoksia, mikä

puolestaan säästää kustannuksia. Käyttäjät ovat myös usein sitoutuneita ja innostuneita projektiin ja siten käyttäjien mukaan otto voi parantaa myös menetelmän käyttöönottoa ja testaamista organisaatiossa (Jensen ym. 2018, 3).

Vaikkakin käyttäjien mukaan otto uuden menetelmän suunnitteluun tuo paljon positiivisia ja merkittäviä vaikutuksia, voi sillä olla myös haittapuolia. Hsu ym. (2011, 33–34) mukaan käyttäjien mukana olo erityisesti tuotoksen arvioinnissa voi viivästyttää prosessia ja nostaa kustannuksia. Tämä tulee kyseeseen etenkin silloin, jos kehitettävä menetelmä on yksinkertainen ja suunnittelijalla on hyvä tietämys aihepiiristä, jolloin käyttäjät voivat jopa vähentää suunnittelun tehokkuutta. Tämän vuoksi onkin suositeltavaa ottaa käyttäjät mukaan vain siinä kohdalla, kun se todella on tarpeellista. (Hsu ym. 2011, 33–34.)

5.3 Hoitajien haastattelut

Laadullinen tutkimus

Tutkimukseen haluttiin syvällistä ymmärrystä hoidon kulusta ja siten laadullinen tutkimus haastatteluineen valikoitui aineiston keruun menetelmäksi. Laadullinen tutkimus soveltuu aineiston keräämiseen, kun halutaan saada ilmiöstä syvälinen näkemys eli mistä ilmiössä on kyse (Kananen 2012, 29). Hoitajien kokemuseräistä tietoa kerättiin laadullisen tutkimuksen menetelmin teemahaastattelulla. Teemahaastattelun runko on esitetty liitteessä 3. Teemahaastattelu soveltuu tilanteisiin, jossa tarvitaan ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelua voidaan käyttää ongelman määrittelyssä, vaikuttavuuden arvioinnissa sekä tulosten arvioinnissa. Teemahaastattelu tapahtuu sanallisesti haastattelijan ja haastateltavan välillä ilmiöön liittyvien teemojen pohjalta. (Kananen 2012, 99–104.) Strukturoitu kysely soveltuu tilanteeseen, jossa halutaan kerätä faktatietoa (Ojansalo ym. 2015, 106). Haastateltavalle halutaan kuitenkin antaa mahdollisuus kertoa ilmiöön liittyvistä faktoista omin sanoin, joten tässä käytetään puolistrukturoitua kyselyä. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on laadittu etukäteen, mutta niiden järjestys ja mukaanotto voi vaihdella. (Ojansalo ym. 2015, 108). Puolistrukturoidun haastattelun kysymykset on esitetty liitteessä 4. Haas-

tattelu voi olla joko yksilö- tai ryhmähaastattelu. Opinnäytetyössä käytettiin yksilöhaastattelua, sillä näin oli mahdollista saada tarkempaa ja luotettavampaa tietoa kuin ryhmähaastattelussa. (Kananen 2012, 99–104.) Haastattelu äänitetään ja tähän pyydetään haastateltavalta lupa.

Kohderyhmä

Tutkittavan tapauksen selvittämiseksi tarvittiin tietoa kotihoidon piirissä olevan asiakkaan kroonisen haavan hoidosta, kun hoito toteutettiin yhteistyössä kotihoidon ja sairaalan haavapoliklinikan kesken. Tutkimukseen pyrittiin saamaan kokemuksia haavan hoidosta ja hoidon organisoinnista niin kotihoidon kuin sairaalan puolelta ja siten kohderyhmänä aineiston keruussa oli sekä kotihoidon että haavapoliklinikan hoitajat. Haastattelut päätettiin järjestää kahdella eri tavalla. Teemahaastattelun avulla pyrittiin saamaan syvällistä tietoa hoitajien kokemuksista ja näkemyksistä haavanhoitopolusta ja sen kehityskohteista. Teemahaastatteluun yritettiin rekrytoida kotihoidon ja haavapoliklinikan hoitajia. Teemahaastatteluun osallistuneiden määrä jäi hyvin pieneksi (n=2), joten molemmat haastateltavat otettiin mukaan tutkimukseen. Laadullisessa haastattelussa laatu on merkityksellisempää kuin määrä, oleellista on saturaatiopisteen saavuttaminen eli se alkaako aineisto toistaa itseään. (Ojansalo ym. 2015, 111). On esitetty, että laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määräksi riittäisi 12–15 henkilöä (Kananen 2012, 101). Asiantuntijahaastattelun avulla pyrittiin saamaan faktoihin perustuvaa tietoa haavanhoitopolun nykytilanteesta ja nykykäytännöistä. Tarkoituksena oli kerätä yleistä, käytäntöihin perustuvaa tietoa, joten tähän arvioitiin riittävän yksi hoitaja kummastakin organisaatiosta (n=2). Asiantuntijahaastatteluun osallistui siis kaksi hoitajaa, yksi edustaja kummastakin organisaatiosta.

Kaikista haastatteluista yhteensä kaksi käytiin etäyhteyden avulla ja kaksi kasvokkain. Haastattelukanavalla ei kuitenkaan ollut merkitystä opinnäytetyön kannalta, sillä tarkoitus olikin vain huomioida puhe, ei eleitä, ilmeitä tai kontekstia. Haastattelut koettiin onnistuneeksi kanavasta riippumatta.

Tiedotus

Haastatteluita varten tehtiin tiedote tutkimukseen osallistujalle (liite 5), jossa tutkimukseen pyydettyille ja tutkimukseen osallistujille kerrottiin, tiivistä ja ymmärrettävästi opinnäytetyön tausta, sen tavoitteet ja tarkoitus sekä tietojen käsittely. Tiedotteessa korostettiin osallistujan vapaaehtoisuutta sekä osallistujaan kohdistuvan riskin minimoimisesta. Tiedote saatekirjeineen (liite 6) toimitettiin sähköpostitse sekä kotihoidon että poliklinikan esihenkilöille syyskuussa 2021. Esihenkilöitä pyydettiin jakamaan viestiä hoitajille, jotka työssään osallistuvat asiakkaan haavan hoitoon ja ottaa osaa kotihoidon ja poliklinikan yhteisen asiakkaan haavan hoitoketjuun.

5.3.1 Toimintaympäristön havainnointi

Havainnointi on yksi toimintatutkimuksen tehokkaimmista aineiston keruun menetelmistä. Havainnointia voidaan käyttää tukemaan haastatteluja tai toisin päin. Havainnointi on tutkimuksen kohteena olevan luonnollisen ympäristön systemaattista tarkkailua. (Ojasalo ym. 2015, 61, 114).

Havainnointia ei voinut toteuttaa koronan johdosta yksiköiden tiloissa, joissa oli hoitohenkilökuntaa työskentelemässä. Havainnointi toteutettiin siten, että opinnäytetyöntekijä havainnoi poliklinikan asiakastiloja: odotustilaa ja ilmoittautumispaikkaa. Erillistä lupaa ei havainnointi julkisilla paikoilla vaadi, mutta tutkijan on noudatettava hyvän tutkimustoiminnan periaatteita (Ojasalo ym. 2015, 114). Havainnoista ei otettu valokuvia, vaan havainnot kirjattiin sanallisesti havaintopäiväkirjaan ja liitettiin osaksi service blueprint-kuvausta (taulukko 3). Havainnoinnin kohteena oli asiat, mitä haavavastaanoton asiakas mahdollisesti näkee tullessaan poliklinikalle, ilmoittautuessaan, odottaessaan vastaanotolle pääsyä sekä odottaessaan taksin kuljettajaa. Havainnoinnissa ei havainnoitu oikean asiakkaan toimintaa vaan tutkija kävi itse läpi asiakkaan kuvitteellisesti kulkeman reitin ulkoovista, ilmoittautumisautomaatin kautta odotusaulaan.

5.3.2 Haavahoitoyksiköiden benchmark

Benchmarking on menetelmä, jonka avulla saadaan tietoa siitä, miten toinen (yleensä menestynyt) yritys toimii. Benchmarking- vierailu on järjestelmällistä toimintaa, jolloin etukäteen tehdään lista vierailun aikana havainnoitavista asioista ja kysymykset suunnitellaan valmiiksi. Vierailun jälkeen kyselyn ja havainnoinnin tuottamia tuloksia arvioidaan kriittisesti ja sovelletaan omaan organisaatioon. (Ojansalo ym. 2015, 186.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin Benchmarking- menetelmää selvittäessä onko muualla Suomessa käytössä etähaavanhoidon menetelmiä kroonisen haavan jatkohoidossa erityisesti kotihoidon piirissä olevan asiakkaan kyseessä ollessa. Lisäksi pyrittiin selvittää, miten etävastaanottomenetelmiä käytetään ja missä on koettu hyötyjä. Toteutunut Benchmarking piti sisällään neljä sähköpostihaastattelua ja yhden puhelinhaastattelun.

Benchmarking toteutettiin vapaamuotoisin sähköpostikyselyin. Benchmarking - yksiköitä etsittiin tutkijan tekemän esiselvityksen sekä tutkijan kollegoiden vihjeiden perusteella. Yksiköt, joissa tiedettiin olevan opinnäytetyön teon hetkellä tai ollut hiljattain käytössä videovälitteinen reaaliaikainen etävastaanotto haavojen hoitoketjussa valikoitui mukaan tutkimukseen. Yksiköiden haavan hoidon ammattilaisille ja heidän esihenkilöilleen lähetettiin sähköpostilla tiedustelu etävastaanottojen käytöstä, käyttökokemuksista sekä kysyttiin vinkkejä etävastaanottojen käyttöönottoon. Viestit lähetettiin TAYS Haavakeskuksen, Alavuden terveyskeskukseen (Kuusiolinnaterveys Oy) sekä Vaasan keskussairaalan (Pohjanmaan hyvinvointialue) haavavastaanotolle. Kiireistä johtuen Benchmarking-vierailua ei ollut mahdollista järjestää, mutta kaikista yksiköistä vastattiin lyhyesti sähköpostiviestiin.

5.3.3 Työpajatyöskentely

Ideointivaiheessa tuotettuja ideoita ei arvioida vaan arviointi tapahtuu esimerkiksi seuraavana päivänä. Ideointityöpajan alussa on esivaihe, jossa asetetaan ideointityöpajan tavoitteet. Alkuun vielä kerrataan ideointipajan tarkoitus eli löytää ratkaisuja ongelmaan eri näkökulmista. Opinnäytetyön tekijä määrittelee näkökulmat etukäteen, joita ovat esimerkiksi kotihoidon näkökulma, poliklinikan näkökulma ja kotihoidon asiakkaan näkökulma. Ideointivaiheessa osallistujat saavat esittää ideoita vapaasti, vaikka ne eivät olisikaan toteuttamiskelpoisia. Arviointivaiheessa jokaista ideaa arvioidaan kriittisesti ja yritetään löytää parhaat toteuttamiskelpoiset ideat. (Ojansalo ym. 2015, 161–162).

Ideointityöpajat järjestettiin vasta muiden menetelmien (haastattelut, benchmarking, prosessikuvaus) toteutuksen jälkeen, jolloin oli saatu syvälinen ymmärrys käsiteltävästä ilmiöstä ja kehitettävästä kohteesta. Ideointityöpajoihin pyydettiin hoitajia, tulevia menetelmän käyttäjiä, molemmista organisaatiosta. Työpajat (3 kpl) järjestettiin keskimäärin viikon kuluttua toisistaan, jolloin ideoitava asia oli vielä osallistujien tuoreessa muistissa. Ensimmäisessä työpajassa osallistujia oli työpajan vetäjän lisäksi viisi osallistujaa, jotka kummastakin organisaatiosta. Toisessa työpajassa osallistujia oli vain kaksi vetäjän lisäksi. Kolmannessa, arviointityöpajassa osallistujia oli opinnäytetyön lisäksi kaksi osallistujaa, yksi kotihoidosta ja yksi poliklinikalta. Viimeisessä työpajassa arvioitiin toimintamallin soveltuutta käytäntöön. Arvioinnin pohjana käytettiin kysymysrunkoa (liitteenä 7).

Työpajoissa tarkoituksena oli tuoda esiin jokaisen osallistujan näkemyksiä etävastaanoton kehittämiseen. Ideointityöpajat järjestettiin vallitsevan COVID- pandemian vuoksi etäyhteyden (Teams) avulla ja ideoinnin apuvälineenä käytettiin Miro-board ohjelmaa. Miro-boardin avulla oli mahdollista saada osallistujat itse osallistumaan aktiivisemmin ja se tarjosi visuaalisen alustan ja vaihtoehdon lehtiäntaululle. Se myös mahdollisti osallistujien tutustumiseen kehitettävään asiaan jo etukäteen.

Tiedote ideointityöpajaan osallistumisesta toimitettiin samojen esihenkilöiden kautta kuin haastattelupyynnötkin. Lisäksi tässä rekrytoinnissa käytettiin myös

henkilökohtaisia osallistumispyyntöjä. Ideointityöpajaan pyydettiin, samoin kuin haastattelujen osalta, sekä kotihoidon että poliklinikan hoitohenkilökuntaa, jotka osaltaan osallistuvat asiakkaan haavan hoidon prosessiin. Ideointityöpajaan osallistuivat esihenkilö ja hoitajia sekä poliklinikalta että kotihoidosta. Työpajoja oli yhteensä kolme kappaletta ja osallistuminen näihin vaihteli (n= 3–6). Työpajoihin otettiin mukaan kaikki halukkaat osallistujat, sillä halukkaiden osallistujien määrä oli pieni.

5.4 Opinnäytetyön tekijän rooli kehittämistehtävässä

Oleellisena osana toimintatutkimusta on tutkijan mukana olo kehittämistyössä. (Kananen 2012, 37). Opinnäytetyöntekijän mukana olo kehittämistyössä oli luontevaa haavanhoitotyön kokemuksensa vuoksi. Opinnäytetyöntekijällä on useiden vuoden kokemus haavanhoitotyöstä sekä polikliinisessä että kotihoidon kontekstissa. Siten opinnäytetyön tekijä hahmotti kehittämistyön ympäristöä hyvin ja kykeni yhdistämään aineiston tuloksia tähän ympäristöön soveltuen. Opinnäytetyön tekijällä oli ulkopuolinen rooli haastatteluissa ja ideointipajassa. Opinnäytetyön tekijä kykeni kuitenkin esittää tarkentavia kysymyksiä ja suunnittelemaan ideointipajan aiheet osittain pohjautuen hyvään pohjatietämykseensä ja kokemukseensa.

5.5 Aineiston keruun ja kehittämistoimenpiteiden aikataulu

Aikataulu opinnäytetyön prosessista on kuvattu liitteessä 7. Aineiston keruuta on toteutettu vaiheittain alkaen kehitettävän kohteen selvittämisestä edeten yhteiseen kehittämiseen. Haastattelut toteutettiin loka- marraskuussa 2021. Benchmarkingia on toteutettu syksystä 2021 lähtien jatkuen alkuvuoteen 2022. Kun tarpeeksi aineistoa oli saatavilla ja opinnäytetyön tekijällä oli tarpeeksi riittävästi tietoa, tehtiin palvelupolun kuvaukset. Toimintamallin luominen aloitettiin tammikuussa 2022 saaden alustava valmis tuotos helmikuussa. Helmikuun puolen välin tienoilla mallin toimivuus arvioitiin kotihoidon ja sairaalan hoitajien toi-

mesta. Arviointityöpajan muutosehdotukset toteutettiin malliin. Koko opinnäytetyön prosessin ajan teoreettista tietoa on kerätty tukemaan päätöksiä opinnäytetyössä sekä ohjaamaan sisällöllistä kehittämistä. Opinnäytetyön loppuraporttia työstettiin helmi- maaliskuun ajan valmistuen maaliskuussa 2022.

5.6 Aineiston analysointi

Tämä kehittämistehtävä on teoreettiselta osaltaan aineistolähtöinen eli aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 80).

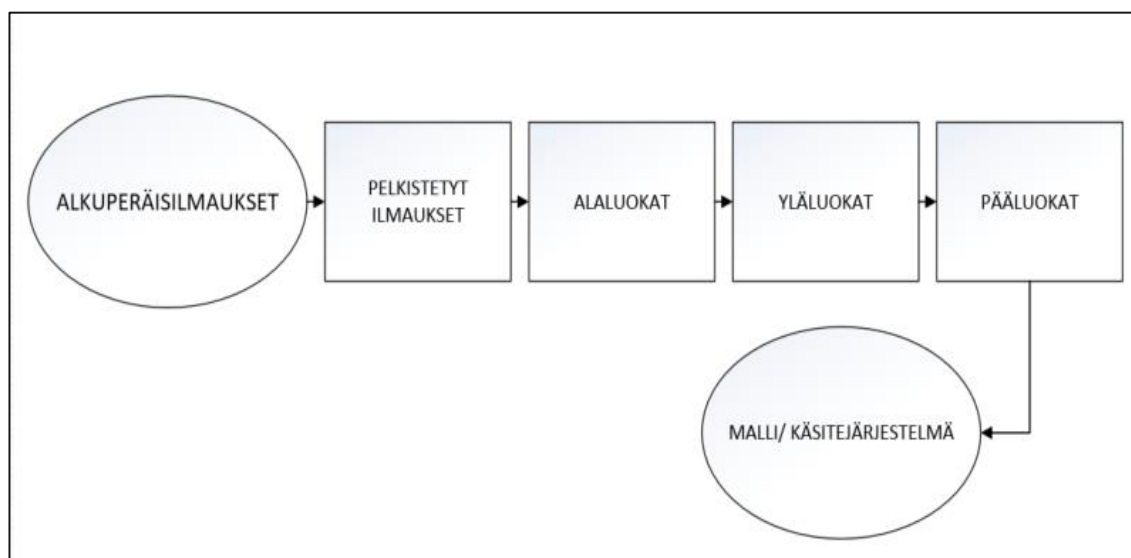
Teemahaastattelun aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmin. Sisällön analyysilla tarkoitetaan dokumenttimuodossa olevan aineiston sanallista kuvaamista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 89). Tuomen ja Sarajärven (2018, 78–79) mukaan aineistolähtöinen sisällön analyysin prosessi koostuu kolmesta vaiheesta:

1. Aineiston pelkistäminen (reduointi)
2. Aineiston ryhmittely (klusterointi)
3. Teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi)

Litteroitu teemahaastatteluaineisto pelkistettiin eli etsittiin aineistosta tutkimuskysymykseen liittyviä alkuperäisilmaisuja, jotka sitten pelkistettiin karsien epäolennaiset sanat. Pelkistämisessä käytettiin apuna tutkimuskysymyksen ohjaamia teemoja, joita käytettiin teemahaastattelun runkona. Ilmaisujen merkitsemisen jälkeen ilmaisut kirjattiin allekkain. Tämän pohjalta aloitettiin ilmaisujen ryhmittely.

Ryhmittelyssä ilmaisut niputetaan yhteen etsien samankaltaisuuksia ja/ tai eroavaisuuksia. Käsitteet, jotka kuvaavat samaa ilmiötä ryhmitellään alaluokkia muodostaen. Luokittelu jatkuu alaluokkien muodostaen yläluokkia ja edelleen pääluokkia ja lopulta yhdistävä luokka, mikä on yhteydessä tutkimuskysymykseen. Luokittelua jatketaan siten, kun se aineiston sisällön puolesta on mahdollista. Aineiston luokittelun jälkeen aineisto käsitteellistetään eli tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston ryhmittely on osa käsitteellistämisprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92–93.)

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä edetään luokkia yhdistelemällä vastamaan tutkimuskysymyksiin, tällöin edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellistä kuvausta tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuskohteen kuvaamisessa teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon, kun muodostetaan uutta teoriaa. Abstrahointivaiheessa empiirinen aineisto yhdistetään teoreettisiin käsitteisiin, jolloin tuloksissa esitetään aineistopohjainen malli tai käsitejärjestelmä sekä luokittelujen avulla muodostetut käsitteet ja kategoriat. Muodostetut luokat ovat riippuvaisia aineiston sisällöstä ja siten luokkia ei voida etukäteen määrittää. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94.) Aineiston analysoinnin kulku tässä opinäytetyössä on esitetty kuviossa 5.



KUVIO 5. Sisällön analyysin prosessi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92–94)

5.7 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on yksi hyvän tutkimuksen perusta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110.) Tutkimusetiikka käsitteenä on häilyvä. Tutkimusetiikka yläkäsitteenä voidaan mieltää tarkoittamaan kaikkea tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia ja arviointeja (engl. research ethics). Tutkimuseettinen neuvottelukunta käyttää Hyvän tieteellisen käytännön (HTK)- ohjeessaan kuitenkin tieteellisestä tutkimuksesta määritelmää, jossa tutkimusetiikalla tarkoitetaan *eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä tutkimustoiminnassa sekä*

tieteeseen kohdistuvien loukkausten ja epärehellisyyden tunnistamista ja torjumista tieteenaloilla (eng. research integrity). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisessä määrittelyssä tutkijalta vaaditaan rehellisyyttä ja rehtiyttä kaikessa tieteellisessä tutkimustyössä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Hyvän tieteellisen käytännön toimintaa voidaan tarkastella tutkimuseetiikan näkökulmasta. Tällöin hyvää tieteellistä toimintaa on tieteellisen yhteisön toimintatapojen noudattaminen. Näitä toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen vaiheissa noudatetaan tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä, eettisesti kestäviä menetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tärkeä osa tutkimusprosessia. Tämä korostuu erityisesti laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole olemassa selkeää ohjetta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 120–121.) Tuomi ja Sarajärvi (2018, 120–121) ovat koostaneet laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit, jotka soveltuvat erityisesti tutkimukseen, jossa aineiston on käsitelty sisällön analyysillä. Kriteerit ovat: Uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus ja vaikiintuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 120–121.)

6 TULOKSET

Etävastaanoton kehittämistä varten tietoa kehittämistarpeista sekä kehittämisen toimenpiteistä kerättiin monipuolisesti erilaisia menetelmiä käyttäen. Tulokset koostuvat haava-asiakkaan hoitoon osallistuvien hoitajien kokemuksista ja näkemyksistä haavan hoidon polusta. Havainnollisuuden lisäämiseksi tuloksen esityksissä pyrittiin käyttämään erilaisia visualisointeja kuten kuvia ja taulukoita.

6.1 Haavan etävastaanoton kehittäminen hoitajien näkökulmasta

Alkuperäinen haastatteluaineisto käsiteltiin muodostamalla luokkia. Luokittelussa lähdettiin alkuperäisistä, kiinnostuksen kohteena olevista ilmauksista. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja niistä muodostettiin alaluokkia. Luokittelua jatkettiin aineiston perusteella pääluokkaan asti. Pääluokan avulla pyrittiin vastaamaan opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Luokat alkuperäisine ja pelkistettyine ilmauksineen on esitetty liitteissä 10–13.

Aineistosta syntyneiden luokituksen tuloksena oli mahdollista muodostaa neljä pääluokkaa, jotka muodostuivat alaluokkien muodostamista yläluokista. Nämä neljä pääluokkaa vastaavat tutkimustehtäviin hoitajien kokemuksista liittyen haavan jatkohoidon nykytilaan, etävastaanoton kehittämiseen sekä käyttöönottoon.

Pääluokat nimettiin seuraavasti:

- Hoitajien kokemukset haavan hoidon nykytilasta
- Hoitohenkilökunnan asenteet etävastaanottoa kohtaan
- Etävastaanoton odotetut vaikutukset
- Huomioitavia asioita etävastaanoton käyttöönotossa

6.1.1 Hoitajien kokemukset haavan hoidon nykytilasta

Resurssien lisääminen

Hoitajat kokivat, että resursseja haavan hoitamiseen tulisi lisätä yksiköissä. Etenkin kotihoidossa hoitaja teki työtä usein yksin ja hoidettavana oli asiakkaita, joilla vaativan hoidon haavoja. Lisäksi kotihoidossa asiakkaan haavaa oli hoitamassa usein eri henkilöt, joiden osaaminen vaihteli. Myös aikataulujen sovittaminen poliklinikan kanssa yhteiselle keskustelulle koettiin haastavana. Korona-pandemian todettiin tuoneen vaikeuksia henkilöstöresurssien riittävyteen.

...se, että paikkoja on paljon ja ajalliset resurssit on rajalliset ja siellä ollaan tosi paljon yksin. Siellä on hankalaa, ihan se käsittely, jos on raskashoitoinen. Että mä usein mietin, kun on sellainen potilas, että on tosi haasteellista. Niin mä aina ajattelen, että kotihoito hoitaa tän monta kertaa viikossa. Että miten ne selviää. Oikeesti usein mietin sitä.

Osaamisen lisääminen

Hoitajien osaaminen koettiin myös kehittämistarpeena. Niin haavan hoitamiseen kuin haavojen valokuvaamiseen ja kirjaamiseen liittyvä osaaminen koettiin vajaavaisena. Rohkeus haavan hoitamisessa koettiin puutteellisena, mikä toisaalta voi selittyä osaamisen puutteella.

...varsinkin noiden kuvien ottaminen, että niistä saisi oikeesti sen haavan oikean tilanteen. Että se on varmaan usein se ongelma, että jos katsoo kuvista, niin ne ei aina kerro sitä koko totuutta.

Asiakastietämys koettiin myös osin puutteellisena. Esiin tuotiin tilanteita, jolloin kotihoidon hoitaja oli ottanut yhteyttä poliklinikalle saadessaan tämän tehtäväkseen, mutta ei ollut tavannut asiakasta pitkään aikaan eikä siten tiennyt asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta. Lisäksi ymmärryksen puute haavan hoitamisen lähtökohdista koettiin puutteelliseksi. Joissakin tilanteissa päällimmäisenä kysymyksenä haavan hoidossa on noussut paikallishoitotuote eli se mitä tuotetta haavalle laitetaan, vaikkakin itse haavan hoitaminen on jäänyt huomioimatta.

Kotiympäristössä toimiminen

Hoitajat kokivat, että etenkin haavan valokuvaukselle haasteita tuottaa kotiympäristön ominaisuudet kuten valaistus. Hoitajat kokivat, että sairaalassa ympäristö mahdollisti paremmin haavan hoitamisen kuin kotioloissa.

Tiedonkulun parantaminen

Suurena ongelmana organisaatioiden yhteisen asiakkaan hoidossa hoitajat kokivat puutteet kirjallisessa dokumentoinnissa sekä tiedon siirtymisessä. Sairaalan puolella hoitajat eivät nähneet kotihoidon kirjauksia eivätkä tämän perusteella saaneet tietää, miten asiakkaan haavan hoito kotona toteutuu. Kirjauksissa koettiin olevan puutteita eikä sisältö antanut lukijalle kuvaa haavan tilanteesta.

Kun yrittää katkoa sieltä, että mitä sille haavalle kuuluu, niin se ei kerro yhtään mitään kun haava on hoidettu ohjeen mukaan. Et se on varmaan se suurin kehittävä

Hoitajat kokivat, että välillä tiedon kulkeminen oli asiakkaan varassa. Asiakkaan tehtävänä oli viedä viestiä tulostettujen kirjallisten ohjeiden muodossa jatkohoidosta vastaavalle taholle. Ongelmana koettiin papereiden mahdollinen katoaminen, mikä tarkoitti katkosta viestin välityksessä. Tiedon välityksen lisäksi yhteistyön molempien organisaatioiden hoitotahojen välillä toivottiin olevan saumattomampaa.

Kuvadokumentaation parantaminen

Haavan valokuvauksessa koettiin olevan parantamisen varaa. Hoitajat kokivat, että haavakuvia otettiin liian vähän eikä niistä saanut riittävästi informaatiota. Haavakuvat oli otettu usein siten, että niistä oli hankala erottaa niiden anatomista sijaintia vartalolla, myös onkaloiden kokoa ei kuvissa havainnoitu.

Asiakaslähtöisen ajattelun lisääminen

Hoitajien näkemykset asiakkaiden tarpeista ja mielipiteistä oli osin ristiriitaiset. Toisaalta asiakkaiden koettiin olevan tyytyväisiä jatkohoidon nykytilanteeseen, mutta toisaalta osa asiakkaista oli jopa haluttomia kulkemaan sairaalaan. Asiak-

kaiden mielipiteelle koettiin ymmärrystä etenkin heidän kulkemansa pitkän matkan takia. Lisäksi koettiin, että iäkkäillä asiakkailla kulkeminen sairaalaan oli raskasta.

Tekniset valmiudet

Hoitajat kokivat, että henkilökunnalla oli kaiken kaikkiaan hyvä tekninen osaaminen. Teams -ohjelma oli käytössä erilaisissa kokouksissa ja koulutuksissa, sitä osattiin käyttää. Kotihoidon henkilökunnalla oli käytössään älypuhelimet, joilla he usein ottivatkin valokuvia haavoista. Käytössä olevat etäyhteyden mahdollistavat välineet koettiin toimiviksi, vaikkakin reaaliaikaista videoyhteyttä kaivattiin.

6.1.2 Hoitohenkilökunnan asenteet etävastaanottoa kohtaan

Hoitajat kokivat, että etävastaanoton ottaminen käyttöön otetaan muun hoitohenkilökunnan toimesta positiivisesti vastaan. Lisäksi koettiin, että etävastaanoton ottaminen käyttöön ei aiheuttaisi hoitohenkilökunnan vastustusta. Hoitajien lisäksi sekä esihenkilön että lääkäreiden koettiin suhtautuvan myönteisesti etävastaanottojen käyttöön.

En mä usko, että meidän puolelta tulee mitään vastustusta tähän etävastaanottoon.

6.1.3 Etävastaanoton odotetut vaikutukset

Etävastaanoton haitat

Hoitajien näkemykset etävastaanoton vaikutuksista jakautuivat haittoihin ja positiivisiin vaikutuksiin. Haittoina koettiin haavan mahdollinen paheneminen, mikäli jotakin jää poliklinikan haava-asiantuntijalta havaitsematta etävastaanoton yhteydessä. Muita haittoja ei osattu sanoa, mutta yleisenä negatiivisena asiana nähtiin haavan jatkohoidon siirtyminen täysin etävastaanotoin toteutettavaksi.

... se, että jotain jää huomaamatta tai ennakoimatta, jotain mikä saattaa sitten viedä tilannetta pahemmaksi. Ei voi ajatella niin, että se olisi ainut, että jollakin lailla pitää vielä toteutua se fyysinen kontakti.

Etävastaanoton hyödyt

Etävastaanoton myönteisinä vaikutuksina nähtiin asiakkaan haavan seuranta-käynnin vaativan matkustamisen väheneminen, sekä vaikuttavan ohjauksen ja tuen antaminen kotihoidon hoitajille etävastaanoton kautta. Koettiin, että etävastaanoton kautta olisi mahdollista tarjota reaaliaikaista ohjausta asiakkaan haavan hoitamisessa ja samalla koettiin myös, että kotihoidon haavanhoidon osaaminen voisi lisääntyä.

...Hyötyinä ainakin on se, että sen asiakkaan ei tarvitse lähteä tekemään pidempää matkaa keskussairaalaan. Ja sen kautta kun ajattelisin, ne videovastaanotot, niin niissä tulis samalla myös, lisäksi henkilökunnan osaamista.

6.1.4 Huomioitavia asioita etävastaanoton käyttöönotossa

Asiakkaan soveltuvuus

Tärkeinä huomioitavina asioina etävastaanoton käyttöönottamisessa koettiin asiakkaan soveltuvuus ja suostumus etävastaanoton käytölle. Tärkeänä pidettiin jokaisen asiakkaan yksilöllistä soveltuvuuden arvioimista etävastaanoton käyttöön huomioiden asiakkaan oma mielipide.

On aina mietittävä soveltuuko potilas, että voisiko tämän potilaan hoitaa etänä. Ja siinä pitäisi kartoittaa potilaitakin, että mitä he ajattelevat asiasta ja mikä on heidän mielipide. Että jotkut potilaat saattavat mieluummin haluta tulla tänne.

Asiantuntijoiden mukaan ottaminen

Lisäksi oleellisena osana kehittämistyöstä nähtiin moniammatillisen työryhmän perustaminen käyttöönoton suunnittelussa, jotta saataisiin tarpeen mukaisesti kattava asiantuntemus kuuluviin.

Pilotointi ja koulutusten järjestäminen

Muita asioita mainittiin kuten käyttöönoton aloittaminen kokeilun omaisesti pienellä alueella sekä henkilöstön koulutuksien järjestäminen. Koulutustilaisuuksien järjestämisessä puolestaan vaikuttavimpina pidettiin kasvokkain tapahtuvaa koulutusta, jossa osallistuja pääsee itse kokeilemaan uutta menetelmää.

Omasta mielestä aina parhaita on justiin ne, jossa nähdään jolloin ihmiset uskaltaa kysyä. Ei ne Teamsissa kysele, siellä ollaan hiljaa ja kuunnellaan. Siinä jää paremmin mieleen omasta mielestä kun pääsee itse kokeilemaan.

Menetelmän helppokäyttöisyys ja käyttöönotto

Käyttöönoton osalta koettiin myös tärkeänä etävastaanoton ottaminen yhdeksi menetelmäksi muiden hoitopolun osien rinnalle. Etävastaanoton teknisten menetelmien käyttöönottoa koettiin edistävän menetelmän helppokäyttöisyys ja yhteydenottamisen nopeus sekä hoitohenkilökunnan kiinnostus käyttöönottoon. Yhtenä käyttöönoton edistämisen keinona nähtiin uuden menetelmän markkinointi ja asiakashyödyn perusteleminen.

6.2 Näkemyksiä etävastaanoton kehittämisestä

Hoitajalähtöisessä ideointityöpajassa pyrittiin löytämään ideoita etävastaanoton konkreettiseen kehittämiseen. Opinnäytetyön tekijä näki tärkeäksi vahvistaa ymmärrystä etävastaanoton käyttöönoton ja käytön jatkamisen toimenpiteistä ja sitten tämä aihe nostettiin esiin sekä haastatteluissa ja ideointityöpajassa. Opinnäytetyön tekijä kokee, että vaikuttava käyttöönotto on avain menetelmän hyväksymiseen ja muutosvastarinnan vähentämiseen.

Ideointityöpajoissa etsittiin vastauksia kysymyksiin:

1. Minkälainen on hyvä etävastaanotto?
2. Kuinka voidaan mahdollistaa onnistunut etävastaanotto?
3. Mitkä ovat eri roolien vastuut ja tehtävät etävastaanoton järjestämisessä?
4. Minkälainen asiakas olisi soveltuva etävastaanotolla tapahtuvaan hoitoon?
5. Miten voidaan mahdollistaa hyvä käyttöönotto ja käytön jatkaminen

6.2.1 Näkemyksiä hyvästä etävastaanotosta

Ideatyöpajoissa mietittiin minkälainen olisi osallistujien mielestä hyvä etävastaanotto. Teknisistä ominaisuuksista mainittiin laitteiston helppokäyttöisyys sekä suuri näyttö tietokoneessa, tabletissa tai puhelimessa. Myös yhteydenottamisen helppous mainittiin. Video mainittiin olevan valokuvaa parempi etävastaanotossa. Muita mainittuja ominaisuuksia olivat hoitajan ja asiakkaan läsnäolo kotihoidon puolelta, jolloin kaikilla hoidon osapuolilla on mahdollisuus osallistua etävastaanottoon. Lisäksi esille tuotiin toimiva yhteistyö sekä henkilökunnan että asiakkaan motivaatio etävastaanottoja kohtaan. Ideointityöpajan tuloksia esitetty kuvassa 2.

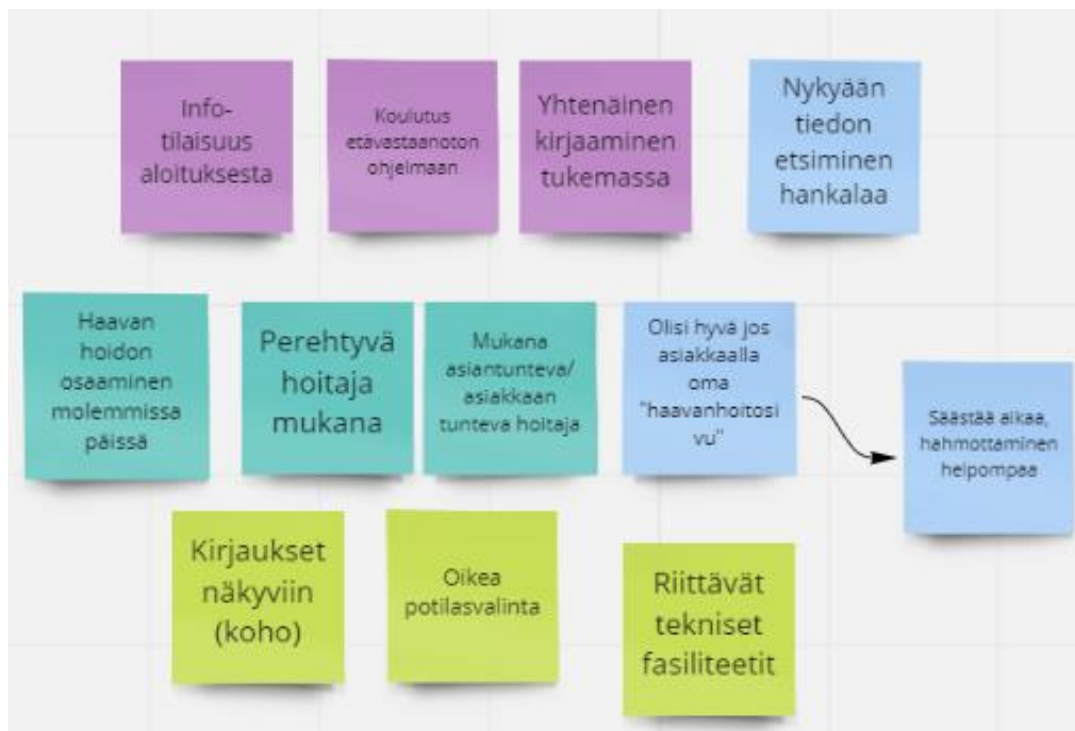


KUVA 2. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä hyvästä etävastaanotosta

6.2.2 Onnistuneen etävastaanoton mahdollistaminen

Ideointityöpajassa mietittiin tulevien käyttäjien ja heidän esihenkilönsä toimesta, miten voidaan mahdollistaa onnistuneen etävastaanoton järjestäminen. Suurimpana tekijänä onnistuneen etävastaanoton järjestämisessä nähtiin yhtenäinen kirjaaminen ja tiedon saavutettavuus. Toiveena oli se, että kirjaukset haavanhoi-

dosta olisi helposti kaikkien osapuolten nähtävillä, tiiviissä ja jäsennellyssä muodossa esimerkiksi erillisellä ”Haava”- lehdellä ”Hoitotyön yhteenveto”- lehden tapaan potilastietojärjestelmässä. Tämän koettiin säästävän työntekijöiden aikaa sekä auttaa hahmottamaan asiakkaan haavatilanteen entistä paremmin. Lisäksi oikea potilasvalinta koettiin tärkeäksi. Teknisistä seikoista oleelliseksi etävastaanottojen järjestämisessä koettiin riittävät tekniset puitteet. Onnistuneen etävastaanoton mahdollistaminen koettiin vaativan haavan hoidon osaamista kummassakin yksikössä. Lisäksi tärkeänä koettiin asiakkaan tuntevan hoitajan läsnäoloa kotihoidon puolella. Myös perehtyvän hoitajan mukana oloa asiantuntevan hoitajan lisäksi katsottiin hyvänä tapana jakaa oppia etävastaanoton kautta. Etävastaanoton aloituksessa pidettiin tärkeänä info- tilaisuuden pitämistä tuleville käyttäjille. Ideointityöpajassa syntyneitä ajatuksia esitetty kuvassa 3.



KUVA 3. Hoitohenkilökunnan ajatuksia onnistuneen etävastaanoton mahdollistamisesta

6.2.3 Eri roolien vastuut ja tehtävät

Ideointityöpajassa mietittiin etävastaanoton järjestämisessä mukana olevien tahojen osuutta ja tehtävää etävastaanotoissa. Poliklinikan esihenkilön tehtävinä

nähtiin tilojen ja muiden resurssien huolehtiminen etävastaanottoa varten. Tarvitavat tiloja ja resursseja ovat esimerkiksi henkilöstön riittävyys, rauhallinen tila sekä tekniset välineet kuten tietokone näyttöineen ja kameroineen, myös erilliset kuulokkeet tarvittaessa oltava. Esihenkilön tulee selvittää ja mahdollistaa poliklinikan henkilökunnan valmiudet etävastaanottoihin. Henkilökunnan hoidollinen ja tekninen osaaminen tulee varmistaa ja tarvittaessa mahdollistaa koulutukseen osallistuminen. Esihenkilö osallistuu asiakkaan tiedottamiseen yksikön osastonhoitajan roolissa. Esihenkilö osallistuu myös verkostojen ylläpitämiseen sekä luomiseen osastonhoitajan roolissaan ja siten on yhteyshenkilönä esimerkiksi muihin sairaalan yksiköiden esihenkilöihin ja ylihoitajiin ja -lääkäreihin. Esihenkilö osallistuu esihenkilöpalaveriin ja pitää yllä verkostoa tätäkin kautta. Esihenkilö osallistuu omalta osaltaan etävastaanoton kehitysprosessiin sekä käyttöönottoon. Esihenkilö on mukana kehittämiseen tähtäävissä työpajoissa ja mahdollisesti tulevaisuudessa etävastaanoton työryhmässä.

Poliklinikan hoitohenkilökunnan tehtäviksi nähtiin ajan varaaminen asiakkaalle sekä osaltaan asiakkaan soveltuvuuden arviointi etävastaanottoa varten. Ensikäynnillä vastaanotolla asiakasta hoitamassa on yleensä asiantuntijahoitaja, sairaanhoitaja sekä lääkäri. Arviointi tehdään ensikäynnillä näiden ammattilaisten yhteistyönä. Seurantakäynneillä vastaanotolla ei välttämättä ole lääkäriä paikalla, joten asiakkaan soveltuvuuden arviointi tehdään asiantuntija- ja sairaanhoitajan toimesta.

Poliklinikan lääkäreiden tehtäviksi koettiin asiakkaan arviointi asiakkaan soveltuvuudesta etävastaanottoon etenkin ensikäynnin yhteydessä. Lisäksi poliklinikan lääkärin tulee olla konsultoitavissa etävastaanoton aikana. Toisaalta myös erikoistuvien lääkäreiden ja kandiin koulutus etävastaanottoihin koettiin lääkäreiden tehtäväksi.

Kotihoidon hoitohenkilökunnan tehtävinä puolestaan nähtiin asiakkaan ja omaisen valmistelu etävastaanottoon. Asiakkaalle ja tämän omaiselle kerrotaan etävastaanotosta ja sen toteutuksesta asiakkaan kotona. Myös asiakkaan valmistelu ennen vastaanottoa nähtiin hoitajan tehtäväksi. Hoitajan tehtävänä siten on val-

mistella asiakas kuten ennen haavanhoitoa eli huolehditaan tarvittavasta kipulääkityksestä, tilan valmistelusta, haavasidosten poistamisesta ja haavan puuduttamisesta. Lisäksi kotihoidon tehtäväksi koettiin haavan ja asiakkaan yhteenvedon kirjaaminen ennen vastaanottoa potilastietojärjestelmään huomioiden myös tuoreiden haavan valokuvien ottaminen ja liittäminen potilastietojärjestelmään. Näin poliklinikan hoitajalla on tiiviissä muodossa kaikki tarvittava ja oleellinen tieto olemassa, jotta voi etukäteen perehtyä asiakkaan tilanteeseen. Kotihoidon tehtävänä koettiin asiakkaan ja tämän haavatilanteen tuntevan hoitajan järjestäminen mukaan etävastaanottoon. Näin koettiin saavutettavan mahdollisimman hyvä lähtökohta etävastaanotolle, jossa kaikki osapuolet ovat selvillä asiakkaan tilanteesta.

Itse asiakkaan osuudeksi nähtiin suostumuksen antaminen etävastaanoton kautta tapahtuvalle hoidolle. Mikäli asiakas ei kykene antamaan suostumusta voi tämän laillinen edustaja antaa sen asiakkaan puolesta. Asiakkaan tulee olla motivoitunut ja halukas etävastaanoton kautta tapahtuvalle hoidolle ja sen lisäksi asiakkaan tulee olla soveltuva etävastaanotolle. Hoidon tulee perustua asiakkaan tarpeisiin. Etävastaanottoa ei tule järjestää ilman asiakkaan (tai tämän omaisen) suostumusta. Asiakkaan tulee olla mukana etävastaanotolla. Etävastaanottoa ei järjestetä ainoastaan ammattilaisten välille.

Etävastaanoton teknisen koulutuksen järjestäminen koettiin kuuluvan EPSHP Tietohallinnon yksikön tehtäväksi. Myös teknisen tuen järjestäminen nähtiin kuuluvan tietohallinnon tehtäväksi.

6.2.4 Etävastaanotolle soveltuva asiakas

Ideointityöpajassa mietittiin yhdessä minkälainen asiakas olisi lähtökohtaisesti soveltuva etävastaanoton kautta tapahtuvalle hoidolle. Soveltuvaksi asiakkaaksi koettiin asiakas, jonka haava on paranemassa ja hoidon tavoitteena on haavan paraneminen. Jos haavalla ei ole edellytyksiä parantua, asiakas hoidetaan usein perusterveydenhuollossa eikä seurantakäyntejä poliklinikalle järjestetä. Mikäli näissä tapauksissa koetaan tarve erikoissairaanhoidon arvioinnille, järjestetään

tuolloin konsultaatio. Ideointityöpajassa koettiin, että etävastaanotto voisi hyödyttää muistisairaita asiakkaita, sillä eri ympäristöön siirtyminen saattaa aiheuttaa muistihäiriöisellä ihmisellä sekavuutta. Lisäksi omaishoitajaperheet, joissa omainen hoitaa asiakasta, mutta kotihoito on tukemassa hoitoa ja usein vastuussa haavan hoitamisesta, voisivat hyötyä etävastaanottotoiminnasta. Kaukana asuva asiakas hyötyisi etävastaanotosta ainakin kuljettavan matkan ja siihen kuluvan ajan vähenemisellä. Kotihoidon hoitajat kokevat luottavansa erikoissairaanhoidon ammattilaisten arvioon asiakkaan etähoitoon soveltuvuudesta.

6.2.5 Onnistunut etävastaanoton käyttöönotto

Ideointityöpajassa pohdittiin, miten saataisiin etävastaanoton käyttöönotto onnistumaan ja miten käyttämistä saataisiin jatkettua kliinisessä työssä. Koulutus ja oppiminen ajan kanssa nousi useimmiten esiin. Koulutuksissa koettiin tärkeimpänä tekniikan mukana oloa ja toimivuutta sekä menetelmän kokeilua käytännössä. Etäkoulutukset koettiin haastavaksi rauhattoman työympäristön vuoksi. Myös helppous muiden töiden saman aikaiselle tekemiselle koettiin haittaavaksi tekijäksi etäkoulutusten yhteydessä. Käyttöönoton koettiin parhaimpana lähteä liikkeelle pienestä: ensin kokeillaan käytännössä pienellä ryhmällä ja pienellä alueella ja jalkautetaan sitten vasta laajemmalle. Näin toimimalla on mahdollista saada nopeasti arvokasta tietoa esimerkiksi kehittämiskohteista, joihin voidaan ennen laajaa käyttöönottoa. Koulutuksen ja koekäytön lisäksi etävastaanoton osapuolten säännöllinen yhteistyö ja palaverit koettiin tärkeäksi onnistuneen käyttöönoton ja käytön jatkamisen mahdollistamisessa. Haavan hoidon osaaminen nähtiin myös oleellisena osana etävastaanottojen käyttämistä. Ideointityöpajan tuloksia esitetty kuvassa 4.



KUVA 4. Hoitohenkilökunnan ajatuksia etävastaanoton käyttöönotosta

6.3 Etävastaanoton käyttö haavanhoidossa Suomessa

Videovälitteisiä etävastaanottoja haavanhoidon prosessissa on käytössä vielä tiettävästi melko vähän. TAYS Haavakeskuksessa tehtiin vuonna 2018 19 etävastaanottoa ja vuoden 2019 aikana 15 etävastaanottoa 8 kuukauden aikana. Haavakeskuksen etävastaanottoon oli mahdollista saada koottua moniammatillinen tiimi (haavahoitaja, diabeteshoitaja, erikoislääkäri, ravitsemusterapeutti jne.) samalle vastaanotolle asiakkaan tarpeiden mukaan. Etävastaanottoja järjestettiin Haavakeskuksen ja maakuntien terveysasemien välillä. Hämeenkyrön ja Sastamalan terveysasemille on ollut mahdollista järjestää etävastaanottoja Haavakeskuksesta jo vuodesta 2016 lähtien. (Andersen & Jokiranta 2019, 9–10)

Moksénin (2021) mukaan vuonna 2021 Haavakeskuksessa toteutettiin etävastaanottoja sairaanhoitopiirin sisällä TAYS:n eri organisaatioiden välillä (TAYS Valkeakoski ja TAYS Sastamala) sekä alueen terveyskeskuksiin että kotisairaanhoidon. Useimmiten ensikäynti järjestettiin fyysisesti TAYS Haavakeskuksessa ja sitten seurantakäynnit etäyhteyden avulla. Etävastaanottoja toteutettiin erityisesti sellaisten asiakkaiden kohdalla, jotka olivat monisairaita ja liikkuminen oli hankalaa. Lisähyötyä etävastaanottojen yhteydessä on perusterveydenhuollon

haavaa hoitavan ammattilaisen mukaan saaminen mukaan keskusteluun millä puolestaan voi olla positiivisia vaikutuksia jatkohoidon toteutumiseen. (Moksén 2021.)

TAYS Haavakeskuksessa hyödynnetään videovastaanottojen lisäksi myös muitakin etäyhteyden menetelmiä. Valokuvakonsultaatioita toteutetaan siten, että hoitava yksikkö tallentaa valokuvat asiakkaan haavoista potilastietojärjestelmän kuva-arkistoon, jota kautta haava-ammattilainen arvioi kuvan ja siihen liitetyn lähetteen ja tekee näiden perusteella hoitosuunnitelman. Tallennettuja videotiedostoja ei ole TAYS Haavakeskuksessa käytössä etähoidossa. (Moksén 2021.)

Pohjanmaan hyvinvointialueella (entinen Vaasan sairaanhoitopiiri) on otettu käyttöön etävastaanotto toiminta. Etävastaanottoja toteutetaan haavapoliklinikalla ja muutamassa muussa yksikössä. Etävastaanottoja käytetään niin kontrollikäynneissä kuin konsultaatioissakin sairaalan ja terveysaseman välillä. Haavapoliklinikan ammattilainen kokee, että menetelmä on hyödyllinen etenkin, kun asiakas asuu pitkän matkan päässä. Harmilliseksi koetaan kuitenkin etävastaanottojen käytön vähyys. Etävastaanottoja on järjestetty arvioilta 1–2 vastaanottoa kuukaudessa. (Gullfors 2021; Heinonen 2021.)

Haavan etähoitoa on pilotoitu sairaalan haava-asiantuntijoiden ja terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan välillä muun muassa Espoossa (Vehmanen 2018) ja Alavudella, jossa etävastaanotto tapahtui asiakkaan kotona olevan kotihoidon hoitajan ja terveysaseman haava-asiantuntijan välillä (Kaakinen 2016). Edellä mainituista piloteista ei ole julkisesti saatavilla tietoa, onko näiden käyttö vakiintunut pysyvään käyttöön. Kuitenkin etävastaanoton huomattiin olevan toimiva menetelmä moniammatilliseen, organisaatorajat ylittävään yhteistyöhön haavan hoidossa. Etävastaanoton koettiin lisäävän perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja itsevarmuutta. (Vehmanen 2018.)

Alavuden alueella Etelä-Pohjanmaalla videovälitteinen etävastaanotto on ollut käytössä haavanhoidossa terveysaseman haava-asiantuntijan ja kotihoidon välillä. Vaikkakin käyttökokemukset ja asiakkaiden tyytyväisyys oli positiivista, etävastaanotosta tässä muodossa päätettiin luopua. Sen sijaan etäyhteyttä ammattilaisten välillä toteutetaan puhelimitse valokuvia ja potilastietojärjestelmää apuna

käyttäen. Etävastaanottojen aloittamisessa Salama katsoo tärkeimpänä asiana henkilökunnan kouluttamisen ja rohkaisun etävastaanoton teknisten välineiden käyttöön. (Salama 2021b)

6.3.1 Etävastaanoton kokeilu Etelä-Pohjanmaalla

Etelä-Pohjanmaa sairaanhoitopiirin alue osallistui vuonna 2015–2016 kansainväliseen Connected for Health- hankkeeseen. Tavoitteena hankkeessa oli tunnistaa, testata ja arvioida kotona asumista tukevia terveysteknologiaratkaisuja, jotka hyödyntävät kuituverkkoja. Hankkeen tiimoilta Alavudella järjestettiin pilotti, jonka keskiössä yhtenä osa-alueena oli haavaa sairastavien kotihoidon asiakkaiden hoito perusterveydenhuollossa etäyhteyksien avulla. Tavoitteena oli erilaisten tietoverkkoyhteyksien testaus ja arviointi haavaa sairastavan asiakkaan hoidossa sekä kokeilla miten onnistuu asiakkaan haavan hoito videoyhteyksien avulla. Hankkeen tavoitteena oli myös asiakkaan elämänlaadun paraneminen, haavahoitajan tehokkaampi työajan käyttö sekä kustannustehokkuus ja terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen. (Salama 2021a, 26.)

Etävastaanottokäynti toteutettiin terveysaseman haavahoitajan, kotihoidon sairaanhoitajan sekä asiakkaan välillä. Haavahoitaja oli työpisteellään terveyskeskuksessa, kun kotihoidon hoitaja asiakkaan kanssa asiakkaan luona. Ajoittain myös hoitava lääkäri osallistui etävastaanottoon. Kotihoidon hoitaja asetteli asiakkaan kotona tietokoneensa siten, että mahdollistui mahdollisimman hyvä kuva haavalle. Etävastaanoton yhteydessä kotihoidon hoitaja toimi havainnoitsijana haavahoitajan puolesta. Etävastaanoton yhteydessä haavahoitaja haastattelu asiakasta ja hoitajaa, ohjasi hoitajaa haavahoidossa sekä tehtiin yhdessä suunnitelma haavahoidolle. (Salama 2021a, 27.)

Tulokset pilotista olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Kukaan pilotissa mukana ollut asiakas ei antanut negatiivista palautetta pilotista. Asiakkaat kokivat hyväksien, että saivat tarvittaessa myös lääkärin mukaan vastaanotolle (esimerkiksi kipulääkityksen arviointiin), he myös kokivat saaneensa hyvää ja asiantuntevaa

hoitoa kotiinsa. Lisäksi asiakkailta säästyä aikaa ja rahaa, kun hoito voitiin toteuttaa heidän kotonaan. Myös kipujen koettiin helpottuneen, kun ei tarvinnut poistua kotoaan. Katsekontaktissa haavahoitajan kanssa keskustelu koettiin myös asiakkaissa positiivisena asiana. (Salama 2021a, 28.)

Haavahoitaja puolestaan koki suurimpana positiivisena tuloksena sen, että aikaa säästyä ja siten aikaa riittä useamman asiakkaan hoitamiseen työpäivän aikana. Videoyhteys koettiin parempana havainnollistajana kuin valokuva, millä oli vaikutusta haavan arviointiin ja hoitosuunnitelman tekemiseen. Kotihoidon sairaanhoitajat kokemukset olivat niin ikään myönteisiä. Etenkin ajankäytön koettiin tehottuneen esimerkiksi siten, ettei asiakkaalle tarvinnut järjestää kuljetuksia sairaalaan eikä tarvinnut olla saattamassa asiakasta matkalle, saati olla vastassa asiakkaan kotiutuessa. Lisäksi kotihoidon hoitajat kokivat haavanhoidon osaamisensa sekä siihen liittyvän rohkeuden lisääntyneen. Myös yhteistyön merkitys haavahoitajan kanssa vahvistui. (Salama 2021a, 28.)

Salaman (2021a, 28) mukaan pilotin jälkeiset videovälitteiset vastaanottokäynnit kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä kävivät varsin vähäiseksi erinäisistä syistä johtuen. Näitä syitä olivat muun muassa pilottiin osallistumattoman hoitohenkilökunnan pelot ja jännitys teknisiä haasteita ja uutta toimintamallia kohtaan. Lisäksi Salama (2021a, 28) pohtii, että nykyajan teknologia toisi mahdollisuuden parempaan etäyhteyteen. Etäyhteys palveluasumisen ja kotihoidon kanssa toisi mahdollisuuksia myös hoitohenkilökunnan kouluttamiseen. Salama (2021a, 28) toivoisi myös videovälitteisen etäyhteyden lisäämistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Korona -tilanne antaa velvoitteita mutta myös mahdollisuuksia videovälitteisen etähoidon kehittämislle. Etävastaanotot koetaan vähentävän tartuntariskiä sekä hoitohenkilökunta on pakostakin omaksunut etähoidon toimintamalleja ja sen vaatiman teknologian käyttöä. (Salama 2021a, 28.)

Haavahoitaja Salama (2021a, 29) kokee, että mahdollisuus valokuvien liittämiseen potilastietojärjestelmään on auttanut ottamaan aimo harppauksen etähoidon ja etäkonsultaatioiden kehittämisen suuntaan. Kuitenkin Salama kokee, että videokuva auttaa saamaan huomattavasti paremman kuvan haavatilanteesta: *"Videokuvan perusteella on todella helppo saada lähes täydellinen kokonaiskuva*

haavasta, ja mikäli konsultaatio tapahtuu reaaliajassa asiakkaan luona eikä talenteena, voi sanoa, että haavanhoito-ohjeet on helppo antaa". Kokemukseen perustuen Salama suosittelee videovälitteiseen etäyhteyteen mieluummin tablet-tietokonetta kuin älypuhelinta, sillä puhelimen pienempi näyttö heikentää kokonaiskuvaa haavatilanteesta. "Kaiken kaikkiaan voin suositella videovälitteistä haavahoitoa ja etäkonsultaatiota laajempaankin käyttöön" Salama toteaa artikkelissaan. (Salama 2021a, 29.)

6.4 Asiakkaan kroonisen haavan hoidon kulku nykytilanteessa

Etelä-Pohjanmaan alueella kuntalaisen, jolla on kotihoidon asiakkuus, kroonisen haavan hoitopolku etenee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yleensä aiemmin sovitun kaavan mukaisesti kuitenkin asiakkaan yksilöllinen tarve huomioiden. Liitteessä 8 on kaaviomaisesti kuvattu tyypillinen asiakaspolku, jossa kotihoidon asiakkaalle ilmenee pitkäkestoinen haava, mikä perusterveydenhuollon lääkärin arvion mukaan tarvitsee erikoissairaanhoidon tutkimuksia ja hoitosuunnitelmaa. Kuva asiakkaan polusta on jaettu taulukoihin 1 ja 2.

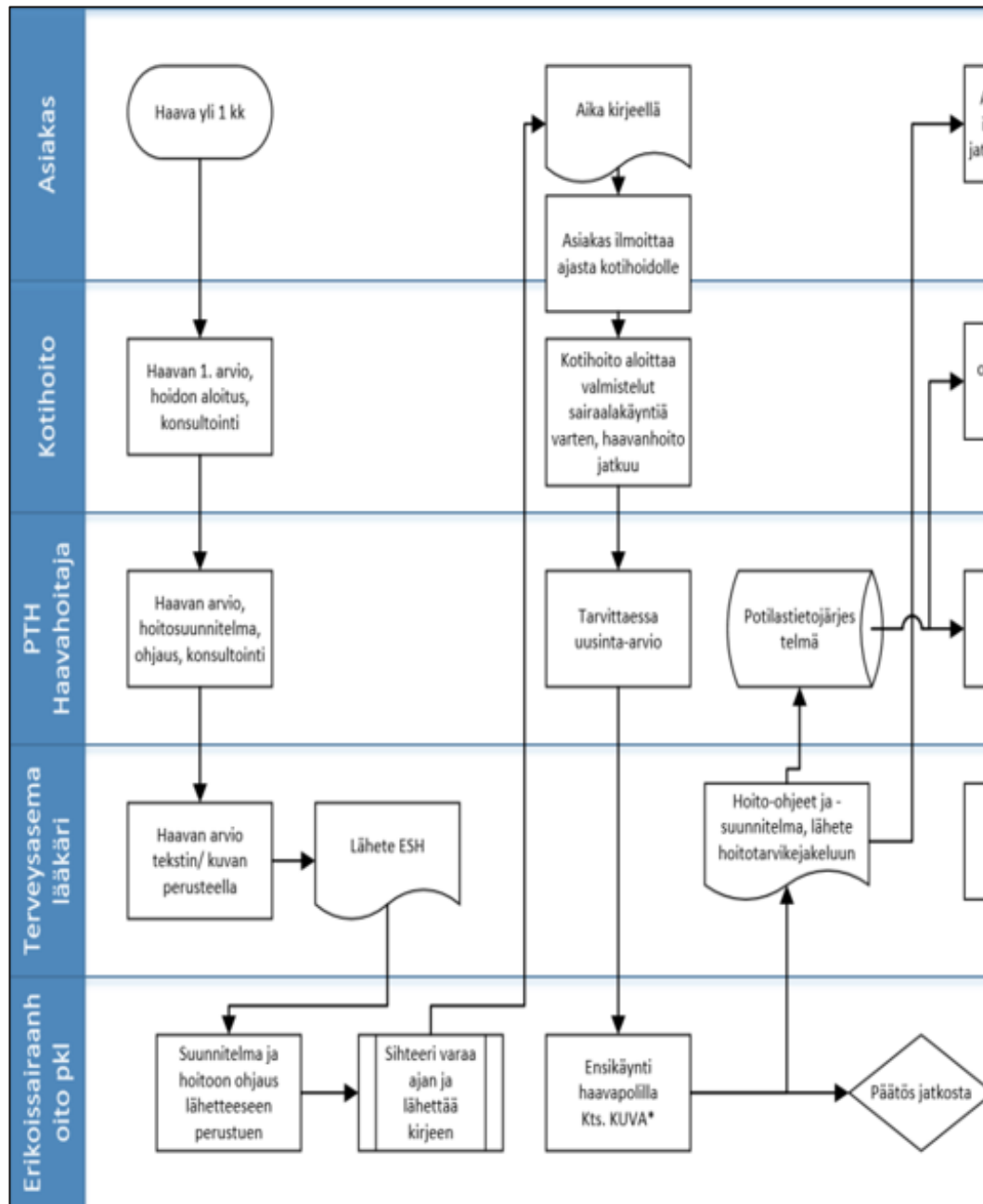
Asiakkaalle muodostuu haava syystä tai toisesta. Hänellä on kotihoidon palvelut jo aiemmin sovittuna ja siten hän ottaa ensisijaisesti yhteyttä kotihoidon hoitajaan. Kotihoidon hoitaja toteuttaa haavan ensiarvioinnin, muodostaa hoitosuunnitelman sekä aloittaa haavan hoitamisen. Kotihoidon hoitajat hoitavat haavaa noin kuukauden ajan, kunnes toteavat, että haava suurenee. Kotihoito konsultoi alueen haavanhoidon asiantuntijahoitajaa tai terveysaseman lääkäriä. Terveysaseman lääkäri ohjelmoi perusterveydenhuollon mahdollistamat tutkimukset ja arvionsa mukaan lähetteen erikoissairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidossa lähete ohjautuu kirurgian poliklinikan erikoislääkärille, joka perehtyy läheteeseen. Lähetteen perusteella erikoislääkäri suunnittelee hoitoon ohjautumisen ja kiireellisyyden. Poliklinikan sihteeri katsoo lääkärin ohjeet ja varaa asiakkaalle ajan kirurgian poliklinikan haavavastaanotolle ja lähettää kutsun asiakkaalle kotiin.

Asiakas saa ajanvarauskirjeen postin kautta ja ilmoittaa ajankohdan kotihoidon hoitajalle. Kotihoidon hoitaja ilmoittaa muille kotihoidon tiimin työntekijöille tulevasta ajasta. Asiakkaalle suunnitellaan kotihoidon työntekijän käynti aamulle ennen poliklinikalle lähtöä. Kela-taksi tilataan asiakkaalle valmiiksi. Kotihoidon hoitaja kirjoittaa asiakkaalle mukaan haavatilanteesta yhteenvedon poliklinikan haavanhoitajalle tiedoksi.

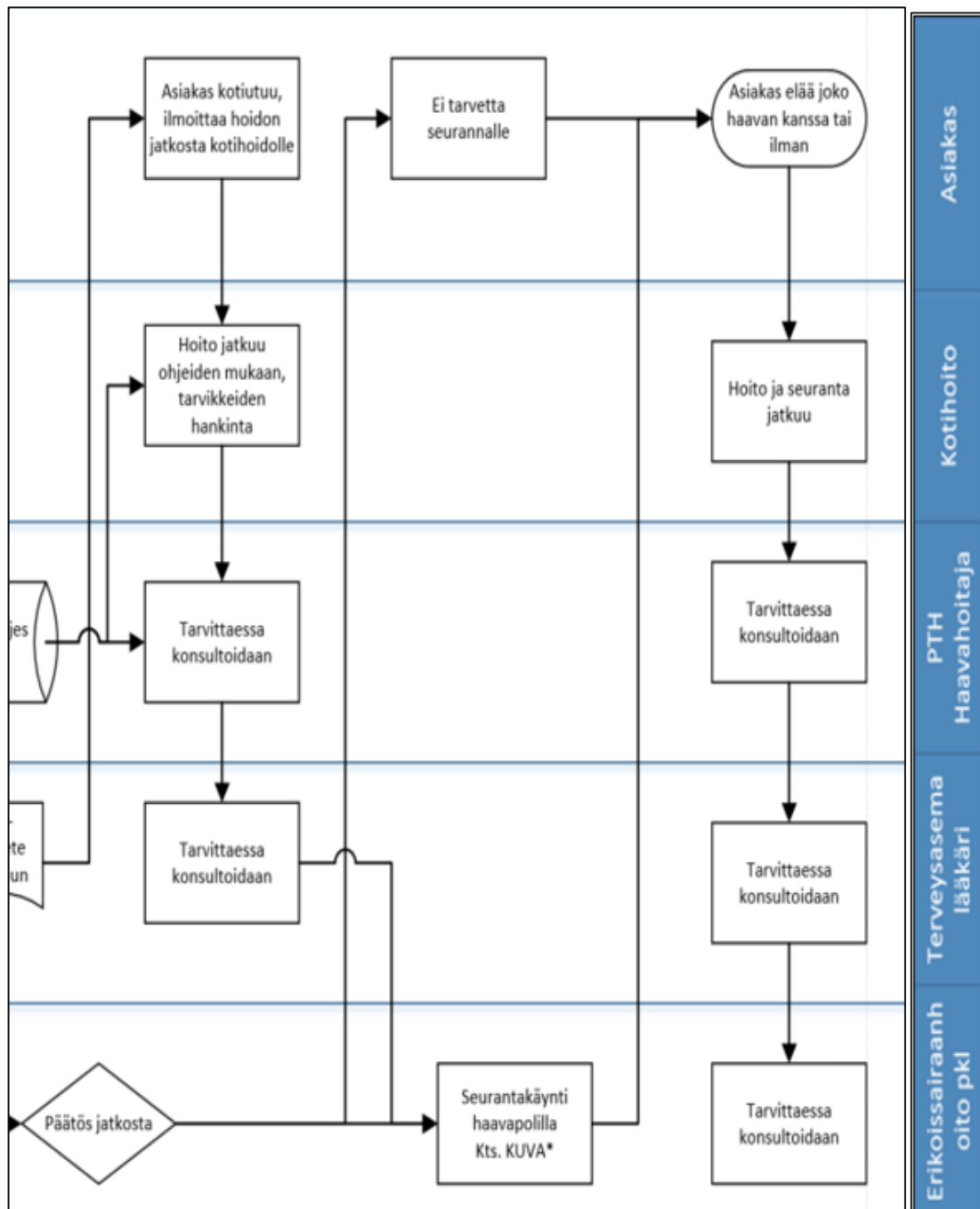
Asiakas käy haavavastaanotolla haavan arvioinnissa ja hoidossa. Arvioinnin perusteella tehdään päätös hoidon jatkamisesta: joko asiakas jatkaa elämistään kotona haavansa kanssa tai asiakkaalle varataan aika seurantakäynnille haavavastaanotolle. Hoitaja ja lääkäri tekevät tarvittavat dokumentit hoidosta ja hoitosuunnitelmasta potilastietojärjestelmään ja hoitaja tulostaa tarvittaessa dokumentit paperisena asiakkaalle mukaan, jotta kotihoidon hoitajakin voisi näihin tutustua.

TAULUKKO 1. Haava-asiakkaan polku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä päättyen ensikäyntiin haavavastaanotolla



Kotihoidon hoitaja vastaanottaa asiakkaan mukana tulleet paperiset dokumentit ja tiedottaa hoito-ohjeista muita kotihoidon tiimiläisiä. Hoitaja hankkii poliklinikan haava-asiiantuntijan suunnittelemat hoitotuotteet hoitotarvikejakelusta lähetteen kera. Kotihoito ottaa vastuu haavan hoitamisesta haavavastaanoton ammattilaisten kirjallisten ohjeiden perusteella. Mikäli ongelmatilanteita esiintyy, konsultoidaan oman alueen haava-asiiantuntijaa tai terveysaseman lääkäriä tai soitetaan puhelinaikana haavavastaanotolle.

TAULUKKO 2. Haava-asiakkaan polku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä alkaen haavavastaanoton ensikäynnistä



Taulukossa 3 on esitetty kotihoidon asiakkaan tulo sairaalaan haavavastaanotolle, tapahtumat hoituhuoneessa sekä vastaanoton päättyminen ja asiakkaan lähteminen sairaalasta. Kuvassa on esitettyä asiakkaan toiminnot sekä tapahtumakontekstin fyysiset elementit että asiakkaalle näkyvä ja näkymätön työ sekä erialaiset toimintoa tukevat prosessit. Asiakkaan käyntitapahtumat ovat yksilöllisiä,

mutta rakenteeltaan noudattavat samoja periaatteita. Odotusajat poliklinikalla vaihtelevat monesta eri syystä ja tässä esitetty on vain karkea oletamus.

Tässä prosessin kuvauksessa ilmenee asiakkaan pitkä automatka sekä mahdollisesti pitkät odotusajat sairaalassa. Myös kulku sairaalan sisällä voi olla asiakkaalle vierasta. Ensin tulee etsiä oikea poliklinikka ja ilmoittautumisen jälkeen vielä oikea vastaanottohuone.

Vastaanoton mahdollistamiseksi hoitaja ja lääkäri tutustuvat asiakkaan hoitotietoihin ja haavan valokuvaan potilastietojärjestelmän kautta. Hoitaja hallinnoi asiakkaan ilmoittautumistietoja sähköisen järjestelmän kautta. Vastaanoton aikana ammattilaiset dokumentoivat potilastietojärjestelmään hoidon aikaisia tietoja, hoitosuunnitelman, hoitotyön yhteenvedon sekä tekevät jatkohoitovaraukset ja lähetteen hoitotarvikejakeluun haavatuotteiden hankkimista varten. Kaikki tarvittavat dokumentit kirjataan vastaanoton aikana, jotta ne voidaan antaa tulosteena asiakkaalle mukaan sekä asiakasta että kotihoidon hoitajaa varten.

Ennen vastaanottoa hoitaja valmistelee vastaanottohuoneen: puhdistaa pinnat ja siistii pöydät ja ottaa tarvittavat välineet esille. Vastaanoton jälkeen hoitaja jälleen puhdistaa kosketuspinnat tutkimuspöydiltä ja tasoilta ja siivoaa roskat ja instrumentit. Vastaanoton aikana hoitaja ja lääkäri tekevät haavanhoidolliset toimenpiteet sekä haastattelevat asiakasta. Asiakas puolestaan vastailee ja esittää itsekin kysymyksiä ammattilaisille.

Vastaanoton järjestyminen vaatii monien osien yhteen toimimista. Oleellisena osana onnistunutta vastaanottoa erilaiset sähköiset järjestelmät sekä niiden toiminnan tukeminen. Myös sairaalahuoltajat tilojen siisteyden osalta ovat tärkeä taustatekijä kuten myös sihteerit, konekirjoittajat, taksikeskus sekä taksin kuljettaja.

TAULUKKO 3. Asiakkaan asiointi haavavastaanotolla

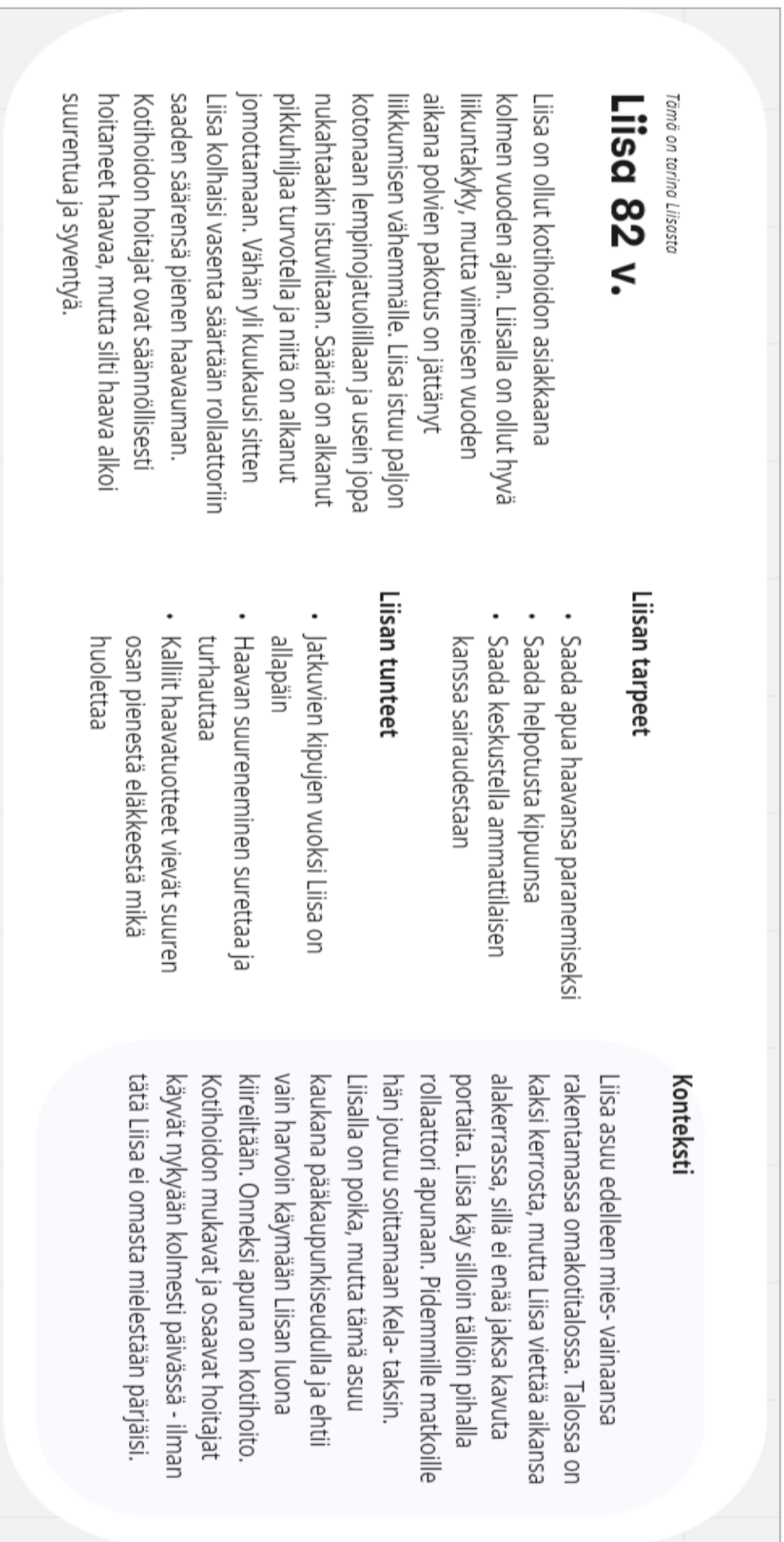
Tukiprosessit	Näkymätön työ	Näkyvä työ	Arvioitu aika	Asiakkaan toiminnot	Fyysiset elementit
Laitoshuolto, IT-välinehuolto, IT-tuki	Hoitaja valmistelee vastaanottoilan ja perehtyy PTJ [®] -tietoihin		Noin 100 min	Ajaa Kela-taksilla sairaalaan	Kela-taksi
IT-tuki	Tieto asiakkaan ilmoittautumisesta sähköiseen järjestelmään		Noin 10 min	Saapuninen sairaalaan, ilmoittautuminen polin automaattilla	Opasteet sairaalalla, ilmoittautumisautomaatti
			Noin 20 min	Odottaa vuoroaan odotuslissassa	Odotustila, tuoleja
IT-tuki	Hoitaja kutsuu asiakkaan huoneeseen sähköisen ilmoittautumisjärjestelmän kautta	Hoitaja tulee asiakasta vastaanottohuoneen ovelle vastaan	Noin 1 min	Asiakas tarkistaa vuoronumeronsa ja huoneen numeron, lähtee kävelevään kohti huoneen ovea	Sähköisellä kutsujärjestelmän naytölle ilmestyvä asiakkaan vuoronumero ja kuuluu ääni
IT-tuki	Hoidon jatkuvuus PTJ [®] -kautta, uuden ajan varaus, tutkimusten varaus, hoito-öyön yhteenveto	Hoitaja/lääkäri hoitaa haavaa ja haastattelee asiakasta samalla kun yksi hoitaja kirjaa PTJ [®]	Noin 60 min	Asiakas riisuttuu osin paljastaan haava-alueen ja asetettu tutkimuspöydälle, vastaläie ammatillisten kysymyksiin ja kyselee itse	Vastaanottohuone, tietokoneita, tutkimuspöytä, muut välineet
Konekirjoitus, IT-tuki		Hoitaja/lääkäri antaa ohjeita, lääkäri sanelee epkriisin	Noin 15 min	Kuuntelee ohjeet ja kysyy tarkentavia kysymyksiä	Ajanvarauskirje, hoito-ohjeet lähele hoitotarvikeläkeluun, tuotteet ym. hoitovälineet
Taksikeskus, Kela, sairaalahuoltajat	Hoitaja merkitsee vastaanoton päättyneeksi ilmoittautumisjärjestelmään, Vastaanottoilan silivous	Hoitaja avustaa asiakkaan ilmoittautumislukulle	Noin 20 min	Tilaa ilmoittautumisen silteenin avulla Kela-taksin, odottaa taksia	Ilmoittautumislukku, odotustila
			Noin 100 min	Ajaa Kela-taksilla kotiin	Kela-taksi

6.5 Etävastaanoton asiakkaan tarina






Kukaan kotihoidon asiakas, saati asiakkaan haava ei ole samanlainen. Asiakkaan kulkema polku hoitotaholta toiselle sen sijaan voi noudattaa tietyn rakenteen omaavaa kaavaa. Alla on tarinanomaisesti kuvattu kuvitteellisen Liisan tarina ja hänen kulkema matkansa kohti haavan paranemista. Liisan taustatilanne on kuvattuna kuvissa 5 ja 6.

Liisan polku alkaa samoin kuin nykytilanteessa, mutta seurantakäynti on järjestetty poliklinikkavastaanoton sijaan etävastaanotolla. Erikoissairaanhoidon haavavastaanotolta Liisan tilannetta ruudun välityksellä arvioi edelliseltä käynniltä tuttu Liisa-kaima, joka on haavahoidon asiantuntijahoitaja. Liisan kanssa kotona puolestaan on Tiina sairaanhoitaja, joka on huolehtinut Liisasta jo kolme vuotta. Tiina on antanut Liisalle tarvittavat kipulääkkeet ennen haavasidosten avaamista ja ohjannut Liisan mukavaan asentoon sängylle. Tämän jälkeen Tiina on avannut haavasidokset ja laittanut puudutegeelin haavalle vaikuttamaan, jotta haava on mahdollisimman kivuton puhdistuksen aikana. Etävastaanoton aikana Liisan ja tämän haavan tilanteesta keskustellaan puolin ja toisin. Liisasta on mukavaa olla mukana keskustelussa ja saadessaan äänensä kuuluviin. Hän todellakin kokee saavansa vaikuttaa omaan hoitoonsa. Vastaanoton aikana Tiina puhdistaa haavan ja laittaa sidokset paikoilleen haavan päälle sekä tekee turvotusta hillitsevän sidonnan sääreen. Liisa-hoitaja antoi Tiinalle ohjeita haavan hoitamiseen ja yhdessä he muodostivat suunnitelman hoidon jatkoa varten. Liisa-hoitaja lupasi tehdä ajanvarauksen seuraavaa seurantakäyntiä varten sekä lähetteen uusista haavatuotteista hoitotarvikejakeluun, josta Tiina voi käydä tuotteet hakemassa. Liisa-hoitaja lähettää sekä ajanvarauskirjeen, että hoitotarvikelähetteen ja kirjauksen hoitotyön yhteenvedosta Liisalle kotiin.

Liisaa sai tarvitsemansa erikoissairaanhoidon avun omaan olohuoneeseensa ja oli tyytyväinen, ettei tarvinnut matkustaa pitkää taksimatkaa sairaalaan. Hoito oli kaikin puolin sekä tehokasta että vaikuttavaa ja sekä asiakas että ammattilaiset olivat tyytyväisiä hoitoon.



KUVA 5: Kuvitteellinen tarina kotihoidon asiakkaasta, jolla on krooninen haava

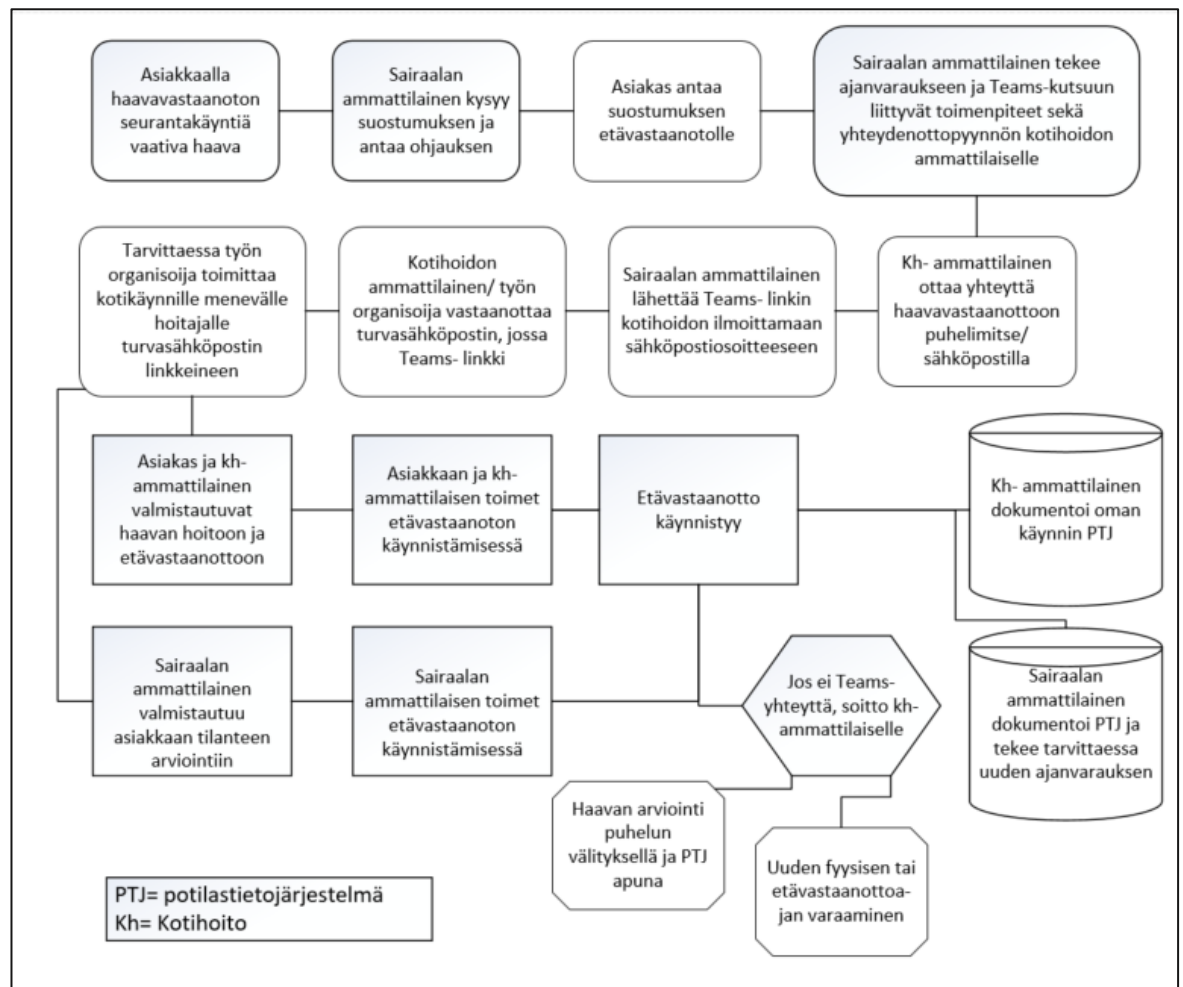
	<p>Haava ollut sääressä jo yli kuukauden. Haavaa särkee ajoittain, minkä lisäksi haava vuotaa. Haava menee koko ajan huonompaan suuntaan. Liisa on allapäin.</p> <table border="1"> <tr> <td>Kuka</td> <td>Liisa, kotihoidon asiakas</td> </tr> <tr> <td>Missä</td> <td>Omassa kodissaan</td> </tr> <tr> <td>Mitä</td> <td>Liisa keskustelee haavan tilanteesta kotihoidon hoitajan kanssa.</td> </tr> </table>	Kuka	Liisa, kotihoidon asiakas	Missä	Omassa kodissaan	Mitä	Liisa keskustelee haavan tilanteesta kotihoidon hoitajan kanssa.	
Kuka	Liisa, kotihoidon asiakas							
Missä	Omassa kodissaan							
Mitä	Liisa keskustelee haavan tilanteesta kotihoidon hoitajan kanssa.							
<p>Liisa ottaa asian puheeksi kotihoidon hoitajan kanssa kun hän tulee seuraavan kerran käymään.</p> <table border="1"> <tr> <td>Kuka</td> <td>Tiina, kotihoidon sairaanhoitaja</td> </tr> <tr> <td>Missä</td> <td>Töissä kotihoidossa</td> </tr> <tr> <td>Mitä</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haastattelee Liisaa oireista 2. Hoitaa haavan 3. Konsultoi terveysaseman lääkäriä sähköisiä viestintäkanavia käyttäen </td> </tr> </table>	Kuka	Tiina, kotihoidon sairaanhoitaja	Missä	Töissä kotihoidossa	Mitä	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haastattelee Liisaa oireista 2. Hoitaa haavan 3. Konsultoi terveysaseman lääkäriä sähköisiä viestintäkanavia käyttäen 		
Kuka	Tiina, kotihoidon sairaanhoitaja							
Missä	Töissä kotihoidossa							
Mitä	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haastattelee Liisaa oireista 2. Hoitaa haavan 3. Konsultoi terveysaseman lääkäriä sähköisiä viestintäkanavia käyttäen 							
	<p>Seuraavana aamuna töihin tullessaan Ville alkaa käydä läpi sähköisiä konsultaatiopyyntöjä ja perehtyy Liisan asiaan.</p> <table border="1"> <tr> <td>Kuka</td> <td>Ville, terveysaseman lääkäri</td> </tr> <tr> <td>Missä</td> <td>Töissä terveysasemalla</td> </tr> <tr> <td>Mitä</td> <td>Arvioi asiakkaan haavatilanteen perehtyen asiakkaan terveyshistoriaan, hoitajan kertomukseen sekä hoitajan ottamiin valokuviiin. Tekee lähetteen erikoissairaanhoidon</td> </tr> </table>	Kuka	Ville, terveysaseman lääkäri	Missä	Töissä terveysasemalla	Mitä	Arvioi asiakkaan haavatilanteen perehtyen asiakkaan terveyshistoriaan, hoitajan kertomukseen sekä hoitajan ottamiin valokuviiin. Tekee lähetteen erikoissairaanhoidon	
Kuka	Ville, terveysaseman lääkäri							
Missä	Töissä terveysasemalla							
Mitä	Arvioi asiakkaan haavatilanteen perehtyen asiakkaan terveyshistoriaan, hoitajan kertomukseen sekä hoitajan ottamiin valokuviiin. Tekee lähetteen erikoissairaanhoidon							
<p>Kirurgian poliklinikan ylilääkäri käy läpi sähköisiä lähetteitä ja vastaan tulee terveysasemalääkärin Liisasta tekemä lähete. Ylilääkäri antaa hoidon varaajalle määräyksen hoitoon pääsystä. Sihteeri varaa Liisalle ajan vastaanotolle ja lähettää sen postitse.</p> <table border="1"> <tr> <td>Kuka</td> <td>Liisa haavahoitaja ja Mikko kirurgiaan erikoistuva lääkäri</td> </tr> <tr> <td>Missä</td> <td>Töissä sairaalan kirurgian poliklinikalla</td> </tr> <tr> <td>Mitä</td> <td>Tapaa asiakkaan poliklinikalla, tekee alkuarvion, haavan hoidon ja jatkosuunnitelman. Antaa ohjauksen asiakkaalle ja kotihoidolle kirjallisena.</td> </tr> </table>	Kuka	Liisa haavahoitaja ja Mikko kirurgiaan erikoistuva lääkäri	Missä	Töissä sairaalan kirurgian poliklinikalla	Mitä	Tapaa asiakkaan poliklinikalla, tekee alkuarvion, haavan hoidon ja jatkosuunnitelman. Antaa ohjauksen asiakkaalle ja kotihoidolle kirjallisena.		
Kuka	Liisa haavahoitaja ja Mikko kirurgiaan erikoistuva lääkäri							
Missä	Töissä sairaalan kirurgian poliklinikalla							
Mitä	Tapaa asiakkaan poliklinikalla, tekee alkuarvion, haavan hoidon ja jatkosuunnitelman. Antaa ohjauksen asiakkaalle ja kotihoidolle kirjallisena.							
	<p>Liisa on onnellinen kun haava on jo melkein parantunut. Eikä tarvitse lähteä kotoa muuta kuin kauppareissua ja lukupiiriä varten</p> <table border="1"> <tr> <td>Kuka</td> <td>Liisa 82 v.</td> </tr> <tr> <td>Missä</td> <td>Kotona</td> </tr> <tr> <td>Mitä</td> <td>Haavan hoito sujuu suunnitellun mukaan, kotihoito käy hoitamassa haavan ja välillä Liisa ja kotihoidon hoitaja saavat ohjausta reaaliaikaisesti videopuhelun kautta. Liisa saa hoidon kotiinsa, enää ei tarvitse ajaa 115 kilometriä sairaalaan</td> </tr> </table>	Kuka	Liisa 82 v.	Missä	Kotona	Mitä	Haavan hoito sujuu suunnitellun mukaan, kotihoito käy hoitamassa haavan ja välillä Liisa ja kotihoidon hoitaja saavat ohjausta reaaliaikaisesti videopuhelun kautta. Liisa saa hoidon kotiinsa, enää ei tarvitse ajaa 115 kilometriä sairaalaan	
Kuka	Liisa 82 v.							
Missä	Kotona							
Mitä	Haavan hoito sujuu suunnitellun mukaan, kotihoito käy hoitamassa haavan ja välillä Liisa ja kotihoidon hoitaja saavat ohjausta reaaliaikaisesti videopuhelun kautta. Liisa saa hoidon kotiinsa, enää ei tarvitse ajaa 115 kilometriä sairaalaan							

KUVA 6. Kuvitteellinen asiakkaan tarina, jolla etävastaanotto apuna haavan hoidossa (kuvat: unsplash.com)

6.6 Etävastaanoton uuden toimintamallin kuvaaminen kroonisen haavan hoidossa

Etävastaanoton toimintamalli kroonisen haavan hoidossa seurantakäynnin järjestämisessä mukailee Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin etävastaanoton toimintamallia (kuviot 2 ja 3). Toimintamallin mukaan yksikön etävastaanottoja toteuttavan henkilökunnan on käytävä koulutus etävastaanoton järjestämisen periaatteista ja käytännöistä. Lisäksi henkilökunnan on osattava käyttää Teams-sovellusta riittävän hyvin, mikä voi edellyttää erillistä koulutusta. Tietoturva ja -suojasyistä näytön jakamista tulee käyttää harkiten, eikä potilastietojärjestelmän näyttöä tule jakaa. Teams-sovelluksen keskustelutoimintoa ei tule käyttää eikä vastaanottoa saa tallentaa. Mikrofoni ja kamera tulee käytössä yksikön pöytäkoneissa. Pöytäkoneen käyttö tässä opinnäytetyössä koskee poliklinikkaa. Ammatillaisen luodessa Teams-kutsua Outlookin kalenterin kautta, ei kalenteriin tule liittää asiakkaan henkilötietoja. Kalenterikutsu tulee merkitä yksityiseksi, jolloin ulkopuolinen taho ei pääse näkemään yksityiskohtaisia kalenterimerkintöjä.

Kotihoidon ja haavavastaanoton asiakkaan etävastaanoton prosessi kroonisen haavan hoidossa on muodostettu sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin etävastaanoton toimintamallin että hoitajien haastatteluiden, ideatyöpajojen tuotosien, että benchmarking-haastatteluiden perusteella. Toimintamallin mukainen etävastaanoton prosessi on kuvattu kuviossa 6.



KUVIO 6. Suunnitelma etävastaanoton polusta kroonisen haavan hoidossa ja eri roolien toimet polun vaiheissa EPSHP etävastaanoton toimintamallia (2021) mukailen

Onnistunut etävastaanotto haavan hoitamisessa, arvioinnissa ja seuraamisessa muodostuu teknisten menetelmien ohella ammattilaisten ja asiakkaan välisestä kommunikaatiosta ja yhteistyöstä. Tärkeää onkin määrittää ja kuvata eri osapuolten tehtävät ja vastuut, jotta jokainen etävastaanotossa mukana oleva ymmärtää oman sekä muiden vastuun etävastaanoton toteutumisessa. Tehtävät on kuvattu taulukoissa 4–9.

TAULUKKO 4. Etävastaanoton eri roolien toimet ensikäynnin yhteydessä poliklinikalla

Ajankohta	Kirurgian pkl hoitaja	Asiakas ja/ tai tämän omainen	KH-hoitaja
Ensikäynnin yhteydessä poliklinikalla	Arvioi asiakkaan soveltuvuuden etävastaanotolle	On halukas etävastaanottoon seurantaikäynnillä	
	Kerrotaan toimintatavoista asiakkaalle ja annetaan "Ohje kansalaiselle"	Ottaa vastaan ohjauksen etävastaanotosta ja kysyy epäselvistä asioista	
	Pyydetään asiakkaalta kirjallinen suostumus ja kirjataan suostumus PTJ (=potilastietojärjestelmä)	Perehtyy suostumuslomakkeeseen ja allekirjoittaa suostumuksen	
	Tekee ajanvarauksen PTJ, tekee Teams-palaverikutsun Outlookin kautta.	Sopii hoitajan kanssa etävastaanottoajan	
	Lisää asiakkaan ajanvarauskirjan lisätietokenttään Teams- linkin, joka kopioitu selaimesta		
	Antaa asiakkaalle mukaan ajanvarauskirjeen etävastaanotto-ohjeineen sekä kotihoidon hoitajalle yhteydenottopyyntö yhteystietojen varmistamista varten		

TAULUKKO 5. Etävastaanoton eri roolien toimet ensikäynnin jälkeen

Ajan-kohta	Kirurgian pkl hoitaja	Asiakas	Kotihoidon hoitaja
Ensi-käyn-nin jäl-keen		Ilmoittaa etävas-taanottoajan ja näyttää etävas-taanotto-ohjeet sekä antaa yhtey-denottopyynnön kotihoidon hoita-jalle	Keskustelee asiasta asiakkaan kanssa. Merkitsee ajan tiimin ka-lenteriin ja tiedottaa ajasta työn järjestelijälle
			Otaa yhteyttä haavavastaanot-toon joko puhelinaikana tai haavapolin sähköpostiin. Sähköpos-tiin ei asiakkaan koko nimeä: vain sukunimi ja etävastaanotolle sovittu aika sekä ilmoitus kenelle turvasähköposti lähetetään
	Vastaa kotihoidon hoita-jan yhteydenottoon ja lähettää Teams- linkin (joka asiakkaan ajanva-raustiedoissa) hoitajan il-moittamaan sähköposti-osoitteeseen		Vastaanottaa Teams- linkin turvasähköpostin kautta (joko koti-hoidon hoitaja tai työn järjestelijä
	Tekee etävastaanottoa varten pohjan PTJ		Tekee edeltävästi PTJ yhteenve-don asiakkaan hoidosta ja sen hetkisestä tilanteesta HOITO-lehdelle ja tallentaa valokuvat haavasta Kuvat ja Dokumentit-järjestelmään

TAULUKKO 6. Etävastaanoton eri roolien toimet ennen vastaanottoa vastaanot-topäivänä

Ajan-kohta	Kirurgian pkl hoitaja	Asiakas	Kotihoidon hoitaja
Etävas-taanotto-päivänä ennen vastaan-ottoa	Tutustuu asiakkaan tietoihin PTJ kautta	Huolehtii itse kipulää-kityksen ottamisesta, varaa sopivan tilan hoidolle (esim. makuu-huone)	Asiakkaan tunteva kh- hoitaja valmiste-lee asiakkaan ja tarvittaessa tilan: va-laistus, kannettava tietokone, haavatar-vikkeiden asettelu valmiiksi, sidosten avaaminen, haavan puuduttaminen
			Optimaalisesti etävastaanottotilanteessa asiakkaan kotona kaksi hoitajaa, joista toinen hoitaa tekniset toimenpiteet ja toi-nen haavan hoitamisen

TAULUKKO 7. Etävastaanoton eri roolien toimet vastaanoton aikana

Ajan-kohta	Kirurgian pkl hoitaja	Asiakas ja/ tai tämän omainen	Kotihoidon hoitaja
Etävastaanoton aikana	Vie Teams- linkin selaimeseen, laittaa kameran ja mikrofonin päälle, etävastaanotto käynnistyy	On valmiina haavan hoitamiseksi ja etävastaanotolle	Avaa linkin Teams- selaimessa ja liittyy kokoukseen, laittaa kameran ja mikrofonin päälle
	Kuvapuhelua ei tallenneta, eikä käytetä Chat-viestikenttää, näytön jakamisessa harkinta (PTJ näyttöä ei tule jakaa)		
	Varmistetaan henkilöllisyys asiakkaalta (hlötodistus)	Näyttää hlökorttinsa	Tarvittaessa näyttää asiakkaan hlökorttia tämän puolesta
	Soittaa kh- hoitajalle mikäli yhteydessä ongelmia, mikäli kriittinen ongelma, yhteys IT- tuen päivystysnumeroon. Arvioidaan tilanne joko puhelimitse tai sovitaan uusi aika	Keskustelee ammattilaisten kanssa vaihtoehtoisista vastaanotto-toimenpiteistä	Vastaanottaa puhelun, keskustele asiakkaan ja kirurgian polin hoitajan kanssa vaihtoehtoisista vastaanotto-toimenpiteistä
	Asiakkaan ja kh- hoitajan haastattelu ja tilanteen arviointi, hoidollinen ohjaus	Kertoo omasta tilanteestaan ja tekee kysymyksiä, ottaa suullisen ohjauksen vastaan	Kertoo asiakkaan tilanteesta ja tekee kysymyksiä, suorittaa haavan hoidon ja ottaa suullisen ohjauksen vastaan

TAULUKKO 8. Etävastaanoton eri roolien toimet vastaanoton välittömästi vastaanoton jälkeen

Ajankohta	Kirurgian pkl hoitaja	Asiakas	Kotihoidon hoitaja
Välittömästi etävastaanoton jälkeen	Tehdään ajanvaraukset jatkohoitosuunnitelman mukaan, lähetetään asiakkaalle ajanvarauskirje asiakkaalle ja Teams-linkki turvasähköpostilla kh- hoitajalle. Lisäksi muut tarvittavat toimenpiteet kuten hoitotarvikejakeluun lähete haavatuotteista.	On mukana sopimassa seuraavan vastaanoton ajankohtaa	On mukana sopimassa seuraavan vastaanoton ajankohtaa. Jos seuraava vastaanotto etänä, vastaanottaa Teams-linkin
	Tehdään käynnistä kirjaus ja tilastoinnit PTJ		Sovitaan seuraava käynti asiakkaan kanssa, Tehdään käynnistä kirjaus ja tilastoinnit PTJ
	Jos ongelmia etäyhteyden kanssa ilmennyt, yhteys IT-tukeen		

TAULUKKO 9. Etävastaanoton eri roolien toimet vastaanoton noin viikon kuluttua vastaanoton jälkeen

Ajankohta	Kirurgian pkl hoitaja	Asiakas	Kotihoidon hoitaja
Noin viikko etävastaanoton jälkeen		Asiakas vastaanottaa kirjeen ja muut dokumentit ja näyttää kh- hoitajalle	Saa tiedon seuraavasta ajasta ja mahdollisen lähetteen hoitotarvikejakeluun
			Käy hakemassa tuotteet hoitotarvikejake- lusta
			Jatkaa haavan hoitamista etävastaanotolla tehdyn hoitosuunnitelman mukaan

6.6.1 Toimintamallin arviointi

Etäyhteyden avulla järjestetyssä työpajassa käytiin sekä kotihoidon että poliklinikan edustajan kanssa toimintamalli ja eri roolien tehtävät etävastaanotossa läpi. Läpikäynnin jälkeen osallistujien kanssa keskusteltiin toimintamallin toimivuudesta ja apuna käytettiin liitteenä 7 olevaa kysymysrunkoa. Keskustelussa todettiin mallin olevan pääpiirteiltään toimiva, mutta aavistuksen verran toimintamallia päädyttiin muuttamaan hoitajien näkökulmasta toimivammaksi. Toimintamalli koettiin kaiken kaikkiaan hyväksi ja hyödylliseksi, josta hyötyisivät sekä kotihoito ja poliklinikka että itse asiakas. Todettiin myös se, että käytännön elämä tulee näyttämään miten toimintamalli oikeassa käytännön työssä ja asiakashoidossa toimii.

Valitettavasti osa työpajaan pyydetyistä henkilöistä estyivät viime hetkellä saapumasta työpajaan. Opinnäytetyön tekijä korvasi työpajan poissa olleille henkilöille tallentamalla Teamsin kautta selosteen, jossa opinnäytetyön tekijä käy läpi toimintamallia. Videon liitteenä henkilöille toimitettiin PDF-versio toimintamallista. Muutamia kommentteja tuli opinnäytetyön tekijälle noin viikon sisällä työpajasta. Kaikki kommentit otettiin huomioon mallin suunnittelussa.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon piirissä olevan asiakkaan pitkäaikaisen haavan hoitopolkua erikoissairaanhoidon haavavastaanoton ja kotihoidon välillä sekä tarkastella kehittämiskohteita hoitajan näkemyksiin perustuen ja vastata näihin kehityskohteisiin teknologian avulla. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli, joka toimisi pohjana etävastaanoton kehittämiseksi ja konkreettiselle käyttöönotolle tulevaisuudessa.

Asiakkaan hoidon kulkua selvitettäessä kävi ilmi, että asiakkaalla kuluu mahdollisesti hyvinkin paljon aikaa ja vaivaa kulkeakseen kodin ja sairaalan väliä haavavastaanoton vuoksi. Ja toisaalta kaikissa tilanteissa fyysinen käynti haavavastaanotolla ei olisi tarpeellista, mikäli olisi riittävät keinot toteuttaa käynti teknologisten menetelmien avustamana. Hoitajat näkevät etävastaanottojen kehittämiseen suuren tarpeen niin asiakkaan kuin hoitajien näkökulmasta. Asiakkaan ei tarvitsisi lähteä pitkää ja kuormittavaa matkaa kotoaan sairaalaan ja hoitajien yhteistyö ja osaaminen voisivat lisääntyä etävastaanoton avulla.

Hoitajien näkemykset etävastaanoton hyödyistä vastaa aiempaa tietoa hoitajien kokemuksista etävastaanoton vaikutuksista. Näiden tutkimusten mukaan asiakkaan tyytyväisyys oli korkeaa etävastaanotolla tapahtuvaa hoitoa kohtaan (Tchero ym. 2017, 279; Foong ym. 2020, 1270, 1273). Etävastaanotot lisäsivät asiakkaiden palveluiden saavutettavuutta (Aghdam ym. 2019, 4). Etävastaanotto oli tutkimusten perusteella vaikuttavaa ja samanarvoista kasvokkain tapahtuvan vastaanoton kanssa (Stern ym. 2014, 7–10; Tchero ym. 2017, 279; Le Goff-Pronost ym. 2018, 570; Smith-Strøm ym. 2018, 99–100). Kuitenkaan se ei soveltunut akuutteihin tilanteisiin eikä ainoaksi hoitomenetelmäksi (Foong 2020, 1277–1278), mistä jälkimmäinen tuli esiin myös tämän opinnäytetyön haastatteluissa. Lisäksi hoitajien sekä haavahoidollinen että dokumentoinnin osaaminen lisääntyivät kuin myös sekä tietämys että itsetunto lisääntyivät (Kolltveit ym. 2016, 3–5; Kolltveit 2018, 1141–1142; Foong ym. 2020, 1276;). Tämän opinnäytetyön

haastatteluissa ja työpajoissa ilmeni sekä kotihoidon että haavavastaanoton hoitajien odotus haavanhoidollisesta ohjaamisesta sekä osaamisen lisääntymisestä etävastaanoton kautta. Se nähtiin sekä ohjaamisen että oppimisen välineenä.

Aiemmissä tutkimuksissa etävastaanoton käyttö haavan hoidossa auttoi luomaan pätevoitynyttä verkostoa sekä näkemään asiakas entistä kokonaisvaltaisemmin (Aghdam ym. 2019, 4). Etävastaanotto lisäsi arviointikykyä ja siten vaikutti parempaan haavojen ennaltaehkäisyyn. (Kolltveit ym. 2018, 1141–1142.) Hoitajien välinen yhteistyö lisääntyi ja kynnys konsultaatioihin madaltui (Kolltveit ym. 2016, 5–6; Smith-Strøm ym. 2016, 63; Foong ym. 2020, 1276). Lisääntynyt konsultaatio tässä opinnäytetyössä nähtiin positiivisena ja tavoiteltavana asiana. Toisaalta kotihoidon puolelta koettiin helpompana lähestyä oman alueen asiantuntijahoitajaa kuin erikoissairaanhoidon asiantuntijaa, ja koettiin että yhteistyötä tulisi kehittää saumattomammaksi. Tutkimusten mukaan etävastaanotolla voidaankin sekä kehittää hoitajien välistä yhteistyötä että lisätä hoitajien osaamista ja ymmärrystä, mikä puolestaan voi johtaa jopa haavojen synnyn ehkäisemiseen. (Smith-Strøm ym. 2016, 63; Kolltveit ym. 2016, 5–6; Kolltveit ym. 2018, 1141–1142; Foong ym. 2020, 1276)

Toisaalta etävastaanotot koettiin haastavaksi järjestää asiakkaan kotona etenkin, jos valaistus oli huono ja tila sopimaton (Kolltveit ym. 2018, 1140–1141; Foong ym. 2020, 1277). Myös tämän opinnäytetyön aineistosta nousi esille kotihoidon ympäristön haasteet. Kotona valaistus voi olla hämärä ja tilat ahtaat, mikä asettaa haastetta etävastaanoton toteutukselle. Haastatteluista esille nousi lisäksi hoitajien aikataulujen yhteensovittamisen haasteet. Suunnitellulla etävastaanotolla on mahdollista vastata tähän haasteeseen, kun molemmat osapuolet noudattavat sovittua aikaa. Näin vältetään soittaminen kotihoidon hoitajalle tämän ollessa autossa tai toisen asiakkaan luona.

Aiempi tutkimustieto on linjassa tämän opinnäytetyön kanssa näkemyksistä hoitotyön resurssien haasteista. Tutkimusten mukaan kotihoidossa työ koetaan kuormittavaksi ja kiireiseksi. Hoitajilla on asiakkaille varattuna työhön nähden liian vähän aikaa. Dokumentointi tehdään tiukasta aikataulusta johtuen vasta työpäivän päätteeksi. Lisäksi kotihoidossa ergonomian koetaan olevan huonoa ja

päätöksenteko joudutaan tekemään yksin. (Kolltveit ym. 2018, 1138–1141.) Opinnäytetyössä tuli ilmi, että haavan hoitaminen kotihoidossa on haastavaa henkilöstö -ja ajallisten resurssien vuoksi. Haavan valokuvaukselle haastetta tuo kotiolojen valaistus.

Lisää kuormitusta terveydenhuollossa on aiheuttanut koronapandemia (Laitinen 2021). Suuri osa hoitajista on harkinnut alan vaihtoa, mikä on suuri haaste jo vallitsevassa hoitajapulassa (Tehy 2021). Voisiko etävastaanoton osaltaan vastata tähän haasteeseen? Etävastaanoton avulla voidaan edistää haavojen paranemista, mikä puolestaan vähentää kotihoidon käyntejä sekä toisaalta sairaalaan joutumista esimerkiksi haavan infektoitumisen vuoksi (Le Goff-Pronost ym. 2018, 570–571; Manuel 2012, 107; Ratliff, Shifflett, Howell & Kennedy 2020, 446–448; Zarchi ym. 2015, 896; Tchero ym. 2017, 276–279). Etävastaanoton avulla voitaisiin olla mahdollista viime kädessä vähentää kuormitusta kotihoidossa, kun haavat paranevat nopeammin ja haavan hoitamiselle ei enää ole tarvetta.

Etävastaanoton negatiivisina tekijöinä tutkimuksissa koettiin dokumentointiin kuuluva aika, tekniikan toimimattomuus, menetelmän hyväksyminen, kustannukset kuten lisenssit, kotihoidon hoitajien kokemana lisääntynyt vastuu hoidosta. Toisaalta hoitajat kokivat ammattitaitonsa laskevan fyysisten asiakaskontaktien vähenemisen myötä. (Kolltveit ym. 2016, 5; Aghdam ym. 2019, 2; Foong ym. 2020, 1276–1277.) Näitä seikkoja ei selkeästi noussut esiin tämän opinnäytetyön aineistosta. Tekniikan toivottiin kuitenkin toimivan nopeasti ja helposti, eli olevan helppokäyttöistä. Muutosvastarintaa haastatteluiden perusteella ei vaikuttanut olevan, vaan etävastaanotto koettiin otettavan yksiköissä positiivisin mielin vastaan. Koulutus koettiin olevan kuitenkin avainasemassa etävastaanottojen käyttöönotoissa. Tutkimusten mukaan käyttöönotossa tuleekin huomioida henkilökunnan systemaattinen ja vaikuttava koulutus (Foong ym. 2020, 1277). Käyttäjät tulee ottaa mukaan suunnitteluun ja siten saada menetelmä soveltumaan käyttäjien arkeen ja hyväksymään uusi menetelmä (Aghdam ym. 2019, 2.) Myös hoitajien tyytyväisyyteen ja työssä pysymiseen on vaikutusta hoitajien kehittymismahdollisuuksilla sekä mahdollisuuksilla vaikuttaa omaan työhönsä (Hankonen 2021).

7.2 Eettisyys opinnäytetyössä

Tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimusta tehdessään (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyötä aloitettaessa tutkija perehtyi tutkimustyön kirjallisuuteen sekä Hyvän tieteellisen käytännön periaatteisiin. Kaikkea tutkimukseen liittyvää toimintaa, niin tutkimussuunnitelmasta, viestinnästä, aineiston keräämisestä, tulosten muodostamisesta lopulliseen tutkimusraporttiin on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, alusta loppuun asti.

Tutkimuksen eettinen pohdinta alkaa jo aiheen valinnalla. Aiheen valinnassa tuleekin pohtia, miksi tutkimusaihe valitaan ja kenen ehdoilla tutkimukseen ryhdytään. Asettaako tutkimusasetelma ilmiön kohteena olevan epäasialliseen valoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114.) Aiheen valintaa ”etävastaanoton kehittäminen kroonisen haavan hoidossa” ei voida pitää kyseenalaisena. Aihe on ajankohtainen ja sille koetaan tarve. Lisäksi hoitohenkilökunta on mukana suunnittelemassa kehitettävää toimintaa ja siten mahdollisuudet käytännön terveydenhuollon arjen toimivan ratkaisun suunnittelussa kasvavat. Toisaalta itse asiakkaita tai heidän omaisiaan ei otettu mukaan aineiston keräämiseen. Tutkija voi tässä tapauksessa pohtia asiaa eettisyyden näkökulmasta: olisiko tutkimus ollut eettisesti hyväksyttävämpää, jos mukaan olisi otettu asiakkaan ja mahdollisesti heidän omaisensa kehittämään itselleen suunnattua palvelua? Opinnäytetyön rajallisissa puitteissa raja oli kuitenkin tehtävä vaikkakin mahdollisesti asiakkaan mukaan ottamisella olisikin saatu paremmin tutkimusetiikkaa huomioitua. Etävastaanoton järjestämisen periaatteiden mukaan asiakas on joka tapauksessa keskiössä ja vastaanotto järjestetään yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa.

Tutkimusasetelma voi vaatia eettisen toimikunnan eettistä ennakoarviointia, mikäli tutkimukseen osallistuminen poikkeaa suostumuksen periaatteista, johtaa tutkittavan fyysiseen koskemattomuuteen puuttumiseen tai tutkimus kohdistuu alle 15-vuotiaisiin ilman heidän huoltajansa suostumusta. Eettinen ennakoarviointi vaaditaan myös tutkimuksissa, joissa tutkittaville esitetään poikkeuksellisen voimakkaita ärsykejä, tutkimus aiheuttaa tutkittaville tai heidän läheisilleen riski mikä johtaisi normaalin arkielämän rajat ylittävään henkiseen haittaan tai turvalli-

suusuhkaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Opinnäytetyössä ei tutkittu alle 15-vuotiaita eikä tutkimuksen arvioitu tuovan merkittävää haittaa tai uhkaa tutkittavalle, tutkimukseen osallistuville eikä heidän läheisilleen. Tutkittavilta kysyttiin yleisluontoisia kysymyksiä tutkittavasta aiheesta eikä aiheutettu poikkeuksellisen voimakkaita ärsykeitä. Tutkimusasetelman vuoksi, ei siten ollut tarpeellista pyytää eettistä ennakoarviointia.

Tutkimustulosten soveltaminen tulee olla eettisesti hyväksyttävää. Tutkijalla on vastuu soveltaa tutkimustuloksia siten, että ne eivät ole kyseenalaisia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114). Kehittämistehtävän tuloksia ei tulla käyttämään kyseenalaisella tavalla. Tehtävänä on kerätä tietoa tosielämän hoitotyön ammattilaisilta siitä, miten heidän mielestään heidän palveluitaan voitaisiin kehittää. Tuloksia voidaan käyttää ainoastaan palvelun ja kontekstin nykytilan kuvaamiseen sekä etävastaanoton kehittämiseen, mikä on tutkimuksen päätavoite.

Tutkimusta tehdessä tulee olla tarvittavat tutkimusluvut hankittuna ja kaikkien tutkimukseen liittyvien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet selvitettyinä ja sovittuna. Merkitykselliset sidonnaisuudet ja rahoituslähteet tulee tuoda julki. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyötä varten tutkimusluvut kohdeorganisaatioihin (n=2) haettiin toisessa organisaatiossa ylihoitajalta ja toisessa organisaatiossa hoivatyön johtajan kautta johtoryhmältä. Luvat arkistoitiiin asianmukaisesti opinnäytetyön tekijän toimesta. Opinnäytetyön tekijällä ei ollut merkityksellisiä sidonnaisuuksia tai rahoituslähteitä, mitä olisi pitänyt tuoda julki.

Luvan saatuaan opinnäytetyön tekijä lähestyi molempien kohdeorganisaatioiden hoitoyksiköiden esihenkilöitä ja heidän kauttaan yksiköiden hoitajia. Hoitajat olivat tutkimuksen kohderyhmä ja heitä pyydettiin sähköpostin välityksellä haastatteluihin ja työpajoihin. Tutkimukseen osallistumisesta ei tarjottu palkkiota eikä kohteena ollut erityisen haavoittuva ryhmä. Mäkisen (2006, 87–88) mukaan tutkimukseen osallistumisesta tarjottava palkkio voi mahdollistaa kohderyhmään kuulumattomien ihmisten hakeutumisen tutkimukseen, mikä puolestaan voi vääristää tutkimustulosta.

Tutkimukseen osallistujille tulee selvittää ymmärrettävällä tavalla tutkimuksen tavoitteet, menetelmät sekä mahdolliset riskit. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 116.) Tutkijan on myös selvitettävä osallistujalle haastattelun kulku sekä mahdollinen nauhoitus ja pyydetty suostumus tälle (Mäkelä 2006, 94–95). Tutkijan tehtävänä on varmistaa, että osallistuja tietää mistä tutkimuksessa on kyse antaessaan suostumuksensa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 116). Tutkimukseen pyydettyille ja siihen osallistuville annettiin ymmärrettävä viesti kirjallisena tiedotteena, jossa kerrottiin opinnäytetyön tausta, sen tavoitteet ja tarkoitus sekä tietojen käsittely. Osallistujille tiedotettiin etukäteen, että haastattelut äänitetään. Nauhoitukseen annettu lupa varmistettiin vielä ennen haastattelujen alkua. Teemahaastattelu- ja kysymysrungot toimitettiin haastateltaville etukäteen ja siten heille tiedotettiin minkälaisia kysymyksiä heiltä, tullaan kysymään. Osallistujille annettiin selkeä ja ymmärrettävä suostumuslomake, johon osallistujaa pyydettiin perehtymään ennen haastatteluja. Suostumuksen allekirjoitettuaan osallistuja antoi suostumuksen haastatteluihin.

Tutkimukseen osallistujaa koskee vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumisessa ja hänellä on oikeus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen ja kieltää jälkikäteen itseään koskevan tutkimusaineiston käytön. (Mäkelä 2006, 94–95.) Tutkimukseen osallistuville korostettiin saatekirjeessä osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä sen keskeyttämisen mahdollisuutta missä tutkimuksen vaiheissa tahansa.

Osallistujien anonymiteettia on suojattava, ellei osallistuja ole antanut suostumustaan identiteettinsä paljastamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 116). Haastattelun osalta osallistujien anonymiteetti varmistettiin, eikä missään dokumenteissa tullut esille haastateltavan henkilötiedot. Työpajoihin osallistujat osallistuivat omilla nimillään ja siten muut mukana olijat tiesivät toistensa henkilöllisyydet. Kuitenkaan näiden henkilöiden nimiä ei kirjoitettu itse opinnäytetyön raporttiin. Työpajoihin olisi ollut mahdotonta osallistua nimettömänä, sillä yhteinen ja aito keskustelu toimi pohjana näille työpajoille.

Tutkimuksessa tietojen on säilyttävä luottamuksellisina, tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille eikä niitä saa käyttää muussa kuin aiemmin luvatussa tarkoituk-

sessä. Tutkijan tulee osoittaa olevansa vastuuntuntoinen, ja noudattaa teke- miänsä lupauksia ja oltava rehellinen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 116.) Osallistu- jalla on oikeus tietää oikeutensa sekä tutkimusaineiston käsittelyn toimet. Tutki- jan tulee selvittää miten tämä arkistoi ja hävittää tutkimusaineiston ja miten osal- listujan anonymiteetti suojataan. (Mäkelä 2006, 94–95; Tuomi & Sarajärvi 2018, 116.). Tietosuoja huomioitiin sekä henkilötietojen pois jättämisellä kaikissa doku- menteissa mukaan lukien kirjalliset, kuva-, video- ja äänidokumentit. Teams-kes- kusteluja ei tallennettu ohjelman sisäisen tallennustoiminnon avulla vaan ääni tal- lennettiin sekä puhelimen että tietokoneen puheentallennusohjelmalla. Lisäksi varmistettiin, ettei puheentallennusohjelma tee varmuuskopioita, jolla varmistet- tiin varmuuskopioiden esto EU-alueen ulkopuolelle. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen kaikki dokumentit tuhotaan lopullisesti.

Muiden tutkijoiden tekemää työtä tulee kunnioittaa ja huomioida tämä myös tut- kimusviitteissä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyössä käy- tettiin pääsääntöisesti ensisijaisia lähteitä, jolloin alkuperäisen tiedon vääristymi- sen riski minimoitiin. Alkuperäisiä tekstejä ei plagioitu ja vain tarpeen mukaisia suoria lainauksia lähteistä käytettiin. Lähde- ja viitemerkinnät tehtiin huolellisesti Tampereen korkeakouluyhteisön ohjeen mukaisesti selkiyttäen käytetyn tiedon alkuperän.

Tutkimukseen liittyvä viestintä tulee olla avointa ja vastuullista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimukseen osallistujille ja muille yhteistyökumppa- neille (ohjaava opettaja, EPSHP henkilökunta ja LLKY henkilökunta) kerrottiin avoimesti ja rehellisesti tutkimukseen liittyvistä asioista. Kaikille tutkimuksessa mukana oleville annettiin mahdollisuus ottaa joko puhelimitse tai sähköpostilla yh- teys opinnäytetyön tekijään lisätietojen saamiseksi.

7.3 Luotettavuus opinnäytetyössä

Opinnäytetyön luotettavuutta on arvioitu Tuomen ja Sarajärven (2018, 120–121) luotettavuuden kriteerien avulla, joita ovat uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus ja vakiintuneisuus.

Uskottavuus on sitä, kykeneekö tutkija muodostamaan käsitteitä ja tulkintoja, jotka vastaavat tutkittavien käsityksiä. Vastaavuus tarkoittaa sitä, että vastaako tutkijan muodostama rekonstruktio tutkittavan todellisuudesta alkuperäistä konstruktiota. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 120–121.) Opinnäytetyön tekijällä on aiempaa kokemusta ja näkemystä tutkittavasta aiheesta. Siten opinnäytetyön tekijä kykeni haastattelussa tarkentamaan vastauksia sekä saamaan hyvän ymmärryksen tutkittavan kertomuksesta. Opinnäytetyön tekijä kykeni muodostamaan oikeanlaisia tulkintoja tutkittavan käsityksistä ja todellisuutta vastaavaan rekonstruktion.

Tutkittavilta kysytyt kysymykset vaikuttavat tutkimuksen laatuun. Kysymysrunгон muodostaminen siten, ettei vastaukset kohtaisi kysymyksenasettelua, voitaisiin pitää moraalittomana toimintana. Kysymykset eivät saa olla vastaajaa johdattelevia. (Mäkelä 2006, 92–93.) Teemahaastattelun runko muodostettiin perustuen aiempiin tutkimuksiin pyrkimyksenä löytää vastauksia tutkimustehtäviin. Asiantuntijahaastattelun kyselyrunko muodostettiin edellisiä periaatteita noudattaen lisäksi pyrkimyksenä saada kattava ja faktoihin perustuva kuva haavan hoitopolun nykytilanteesta. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän toimintamallin arvioimisen avuksi tehty kysymysrunko muodostettiin perustuen opinnäytetyön tekijän omaan arviointiin toimintamallin onnistumisesta. Kysymykset pyrittiin rakentamaan ja esittämään niin, etteivät ne olleet vastaajaa johdattelevia, millä olisi ollut vaikutus vastauksen laatuun.

Kysely- ja haastatteluaineoston keräämisen kyselylomakkeiden ja haastattelu-runkojen esitestaaminen edistää tutkimuksen luotettavuutta. Kyselyn testaamisella voidaan välttyä johdattelevilta ja yksipuolisilta kysymyksiltä. (Mäkelä 2006, 93.) Haastattelu- ja kyselyrungot esitettiin yhdellä hoitotyön ammattilaisella, joka ei työskentele kummassakaan yhteistyöyksikössä. Haastattelu- ja kyselyrungot pysyivät sellaisenaan pieniä muutoksia lukuun ottamatta. Toisaalta vain asiantuntijahaastattelussa käytetyt kysymykset oli tarkoitus esittää sellaisenaan ja teemahaastatteluissa runko oli ainoastaan haastattelijan apuna keskustelun pohjalla. Esitestauksen avulla opinnäytetyön tekijä sai kuitenkin pohjaa ja harjoitusta

haastattelun koostamiseen. Samalla saatiin kokeiltua puheentallennusohjelmien käyttöä.

Laadullisessa tutkimuksessa usein haastateltavia valitaan se määrä mikä aineiston saturaatiopisteen saavuttamiseen vaaditaan (Ojansalo ym. 2015, 111). Tee-mahaastatteluun osallistui vain kaksi henkilöä. Osin aineisto alkoi toistamaan itseään, mutta osin tuli esiin uusiakin näkökulmia. Todennäköistä siis on, että aineiston saturaatiopiste jäi saavuttamatta ja ilmiötä kuvaavia asioita olisi ilmennyt laajemmin, mikä osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Ideointityöpajoissa ideoiden määrä korvaa laadun (Ojansalo ym. 2015, 160). Siten on todennäköistä, että suurempi osanottajien määrä olisi tuottanut enemmän ideoita ja enemmän keskustelua olisi syntynyt. Näin ollen osallistuen vähäinen määrä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kohderyhmä oli puolestaan tarkkaan valittu ja siten se edusti tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluukin olennaisena osana oikeanlaisen kohdejoukon valinta (Mäkelä 2006, 92).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee pohtia, voidaanko tutkimustuloksia siirtää toiseen, samankaltaiseen kontekstiin (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 120–121). Tutkimuksessa kerättiin tietoa poliklinikan ja kotihoidon hoitajilta ja sen avulla muodostettiin toimintamalli yhteisen asiakkaan haavan hoitamiseksi etähoidon avulla. Tulokset eivät ole yksikkösidonnaisia vaan melko yleispäteviä julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Siten tulokset ovat siirrettävissä toiseen, vastaavanlaiseen kontekstiin.

Luotettavuus muodostuu ulkopuolisen henkilön tutkimusprosessin toteutumisen tarkastelusta (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 120–121). Sekä tutkimussuunnitelmaa, että tutkimusraportin tuotoksia ja tutkimuksen välivaiheita on seurattu ja arvioitu säännöllisesti ulkopuolisten toimesta. Koko tutkimusprosessin mukana on kulkenut korkeakoulun ohjaava opettaja ja opponenti. He ovat auttaneet ja ohjanneet opinnäytetyön tekijää pitkin matkaa.

Tutkimustilanteen arvioinnissa tutkijan on huomioitava sekä ulkoiset että sisäiset tekijät, jotka aiheuttavat vaihtelua tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 120–121). Aineiston keruu sijoittui vuoden 2021 ja 2022 ajalle, jolloin koronapandemia

oli kriittisimmillään. On oletettavaa, että yksiköiden sairastapausten, karanteenien sekä lisääntyneen työkuormituksen vuoksi yksiköiden hoitajilla ei ollut aikaa saati jaksamista osallistua ylimääräisiin tehtäviin kuten opinnäytetöihin. Koronapandemia toi haasteen aineiston keruulle myös siten, että ajan kohdasta riippuen kaikki ei-välttämättömät fyysiset kontaktit pyrittiin minimoimaan sosiaali- ja terveysyksiköissä. Ilman koronarajoituksia tutkijalla olisi ollut mahdollista toteuttaa havainnointia laajemmalla tavalla. Ideointityöpajat olisi voitu järjestää kasvokkain. Olisiko se mahdollistanut paremman yhteyden toisiin ja olisiko ideoita ja syvempää keskustelua syntynyt enemmän.

Opinnäytetyön tekijä oli ensikertalainen haastattelurunkojen muodostamisessa sekä itse haastatteluissa. Siten haastattelijan kokemattomuudella saattoi olla vaikutusta tutkimukseen. Mahdollista on, että harjaantuneempi tutkija olisi esittänyt syvällisempiä kysymyksiä ja siten avannut keskustelua enemmän. Syvällisempi keskustelu olisi todennäköisesti tuottanut kattavampaa aineistoa tutkimukseen.

Opinnäytetyön tekijän yhteys tutkimuksen kohteena oleviin yksiköihin saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Vaikutukset voivat olla ristiriitaisia. Saiko tuttu opinnäytetyön tekijä rekrytoitua osallistujia tutkimuksen paremmin kuin osallistujille vieras olisi saanut? Oliko tutulle opinnäytetyön tekijälle, jolle konteksti oli läheinen, helpompi kertoa asioita ja todenmukaisemmin kuin ulkopuoliselle, kontekstin tuntemattomalle henkilölle? Opinnäytetyön tekijälle kummankin yksikön toiminta sekä haavanhoidon prosessi oli entuudestaan tuttua. Tällä oli mahdollisesti positiivinen vaikutus siihen, miten opinnäytetyön tekijä ymmärsi haastateltavia ja päinvastoin. Yhteinen ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä mahdollisesti edisti aineiston kokoamista siten, että tutkija osasi kysyä oikeita tarkentavia kysymyksiä ja luokitella haastateltavan kertomaa oikealla tavalla.

Tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon mahdollisesti tekijät, jotka vaikuttavat ennustamattomasti tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 120–121). Opinnäytetyön tekijä pyrki varautumaan mahdollisimman moneen, potentiaalisesti tutkimuksen kannalta kriittisiin tekijöihin. Opinnäytetyön tekijä oli suunnitellut alustavia vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa opinnäytetyö. Mikäli yksiköt eivät olisi-

kaan olleet halukkaita osallistumaan tutkimukseen, olisi vaihtoehtona ollut vastaavanlaisten yksiköiden mukaan pyytäminen tutkimukseen. Haastattelut äänitettiin kahdella laitteella, minkä lisäksi haastatteluaineiston litteroitiin mahdollisimman nopeasti haastatteluiden jälkeen. Tällä pyrittiin varmistamaan aineiston säilyminen esimerkiksi puhelimen rikkoutuessa.

Riippuvuuden osalta tutkijan on kyettävä osoittamaan, että tutkimuksen toteutuksessa on noudatettu tieteelliselle tutkimukselle yleisesti asetettuja periaatteita (Tuomi & Sarajärvi 2018, 120–121). Ennen opinnäytetyön aloittamista opinnäytetyöntekijä suoritti kolme kurssia tieteellisen tutkimuksen teosta, joista yksi liittyi erityisesti laadullisen tutkimuksen tekemiseen. Opinnäytetyön hakija saikin kursien avulla perusteita tutkimustyöhön ja eri menetelmien käyttöön. Lisäksi opinnäytetyötä ja tutkimussuunnitelmaa varten opinnäytetyön tekijä perustui tutkimuskirjallisuuteen, joissa käsiteltiin erityisesti kehittämistyötä sekä laadullista tutkimusta ja haastattelua. Opinnäytetyötä aloittaessa ja koko tutkimusprosessin ajan opinnäytetyön tekijä perehtyi Hyvään tieteelliseen käytäntöön kirjallisuuden avulla, jotta jokainen opinnäytetyössä tehty toimenpide ja menetelmä olisi perusteltu tutkimustyön näkökulmasta.

Vakiintuneisuus tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa viittaa siihen, että ulkopuolinen henkilö arvioi tutkimuksen tuotokset kuten aineiston, löydökset ja tulokset (Tuomi & Sarajärvi 2018, 120–121). Opinnäytetyön loppuvaiheilla tuotoksia ovat arvioineet niin kohdeyksikön hoitohenkilökunta esihenkilöineen kuin tietohallinnon sähköisen asioinnin vastuuhenkilöt. Opinnäytetyön valmistuttua opinnäytetyön tekijä pyrkii kertomaan työstään ja tuotoksistaan niin kohdeyksiköissä kuin laajemminkin EPSHP-alueella. Tämä ulkopuolinen arviointi lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimusta tehdessä tutkimuksessa käytettyjä lähteitä tulee arvioiva kriittisesti. Lähteiden valinnassa suositeltavaa on käyttää ensisijaisia lähteitä, jolloin päästään kiinni alkuperäiseen, ei monen käden kautta kulkeneeseen tietoon. Näin voidaan minimoida mahdollisesti vaikutukselle alttiit lähteet. Lähteiden luotettavuuden arvioinnissa tulee arvioida myös tutkijan arvostettavuutta, julkaisuajankohtaa sekä julkaisutyyppiä. Etenkin tekniikan alalla tieto saattaa muuttua nopeastikin,

jolloin tutkimuksen tieto vanhenee. Lähdetyypeistä luotettavimpia lähteitä ovat tieteelliset tutkimukset. (Mäkelä 2006, 128–131.) Opinnäytetyön tiedonhakuja varten opinnäytetyön tekijä perehtyi tiedonhakumenetelmiin. Opinnäytetyön kirjallisuutta varten määritettiin sen keskeiset käsitteet, joiden pohjalta suoritettiin tiedonhaku. Tiedonhaku toteutettiin käyttämällä tunnettuja tiedonhakuportaaleja. Hakusanojen määrittely perustui tieteellisen tiedonhaun periaatteisiin sanastoja apuna käyttäen. Hakukriteereitä käytettiin rajaamaan hakutuloksia ja keräämään opinnäytetyöhön soveltuva kirjallinen aineisto. Käytetty kirjallisuus koostui uusista, vertaisarvioituista tieteellisistä artikkeleista. Monen artikkelin tekijäkaartissa toistuivat samat nimet, mikä voisi viitata heidän vihkiytyneisyyteensä kyseiseen aiheeseen. Opinnäytetyössä käytettiin ainoastaan alkuperäisiä lähteitä muutamaa kirjallisuuskatsausta lukuun ottamatta.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Etävastaanottojen kehittämällä ja lisäämisellä koetaan olevan huutava tarve niin koko terveydenhuollon sektorilla kuin haavan hoidossakin organisaatioiden välillä. Etävastaanotoilla pyritään vastaamaan erityisesti ikäihmisten tarpeisiin siten, että heidän kenties turha kuormittamisensa vähentyisi ja tyytyväisyys säilyisi tai jopa lisääntyisi. Etävastaanotoilla toivotaan tuovan myös hoitohenkilökunnalle osaamista sekä helpotusta kuormittavaan työhön. Sillä toivotaan tehokkuutta ja sujuvuutta haavanhoitoketjuun ja asiakkaan kulkemaan polkuun.

Teknologiaa etävastaanottojen mahdollistamiseksi on olemassa niin sairaalassa kuin perusterveydenhuollossa. Tekniikkaa osataan ja uskalletaan käyttää. Lisäksi alueella on toimintamalli yleisesti etävastaanotoille olemassa, missä on tarkkaan huomioitu sekä tietoturva- että tietosuojasäännöstö. Organisaatioiden hoitajien kanssa on yhteistyössä mietitty pelisäännöt ja toimintamalli kyseisten yksiköiden toimintaan sekä haavanhoitoon soveltuvaksi asiakas huomioiden.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa toimintamalli kotihoidon ja erikoissairaanhoidon haavavastaanoton yhteisen asiakkaan haavan seurantahoitoon etävas-

taanoton avulla. Toimintamalli pääpiirteissään saatiin rakennettua. Joitakin yksityiskohtia tulee vielä yksiköiden sisällä tarkentaa kuten laskutus ja tilastointikoodit. Lisäksi EPSHP -toimintamallin mukaisesti etävastaanottoja toteuttava henkilöstö tulee erikseen kouluttaa etävastaanottojen käytännön suorittamisesta sekä mahdollisesti Teamsin käyttämisestä.

Vaikka etävastaanottojen käyttö terveydenhuollossa ei ole uusi asia, on sen käyttö vähäistä sekä Suomen kontekstissa vähäisesti tutkittua. Etävastaanottojen käyttö on saattanut jäädä puutteelliseksi hoitohenkilökunnan rohkeuden sekä osaamisen puutteen ja siten muutosvastarinnan vuoksi. Tämän vuoksi hoitajien mukaan ottaminen etävastaanottojen suunnitteluun sekä tulevaisuudessa käyttöönoton suunnitteluun onkin avainasemassa etävastaanottojen käyttämiselle. Etäpalvelulle kuitenkin koetaan olevan suuri tarve, etenkin iäkkäiden ja alentuneen toimintakyvyn omaavien asiakkaiden kohdalla. Fyysisen vastaanoton vaatimus siten saattaa asettaa asiakkaita eriarvoiseen asemaan, mikäli vastaanotolle hakeutuminen on kerta kaikkiaan mahdotonta. Etävastaanoton toimintamallia onkin mahdollista laajentaa käytettäväksi myös palveluasumisen yksiköissä, joissa asuvilla saattaa toimintakyky olla merkittävästi alentunut. Etävastaanoton toimintamallia voidaan lisäksi hyödyntää etukäteen sovituisissa, kiireettömissä haavan konsultaatioissa ammattilaisten välillä.

Opinnäytetyössä tuotettu toimintamalli voisi hyvinkin toimia pohjana etävastaanottoiminnan käyttöönotolle, mikä voisi puolestaan olla oma opinnäytetyön aiheensa. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää kotihoidon asiakkaan näkemykset ja tarpeet etävastaanottojen kehittämiseksi.

LÄHTEET

Aghdam, M., Vodovnik, A. & Hameed, R. 2019. Role of telemedicine in multidisciplinary team meetings. *Journal of Pathology Informatics* 10 (1), 1–8.

Andrésen, A. & Jokiranta, M. 2019. Hoitohenkilökunnan kokemuksia haavanhoidon etävastaanotoista. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö

Chanussot-Deprez, C. & Contreras-Ruiz, J. 2013. Telemedicine in wound care: A review 26 (2), 78–82.

Clemensen, J., Larsen, S., Kyng, M., & Kirkevold, M. (2007). Participatory design in health sciences: using cooperative experimental methods in developing health services and computer technology. *Qualitative Health Research*. 17(1), 122–130.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2022. Luettu 23.3.2022.
<https://www.epshp.fi/sairaanhoitopiiri>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2021–2025. Luettu 20.3.2022. https://www.epshp.fi/files/12688/EPShp_Strategia_2021-2025.pdf

Euroopan yhteisöjen komissio. 2008. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle potilaita, terveydenhuoltojärjestelmiä ja yhteiskuntaa hyödyttävästä telelääketieteestä. Brysseli. Luettu 14.4.2021. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A52008DC0689>

Fagerstöm, C., Tuvešson, H., Axelsson, L., & Nilsson, L. (2017). The role of ICT in nursing practice: an integrative literature review of the swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(3), 434–448.

Fink, A. 2010. Conducting research literature reviews: from the internet to paper. 3.painos. The United States of America, California: SAGE publications

Foong, H., Kyaw, B., Upton, Z. & Tudor Car, L. 2020. Facilitators and barriers of using digital technology for the management of diabetic foot ulcers: a qualitative systematic review. *International Wound Journal* 17 (5), 1266–1281.

Gagnon, M., Breton, E., Courcy, F., Quirion, S., Côté, J. & Paré, G. 2014. The influence of a wound care teleassistance service on nursing practice: a case study in Quebec. *Telemedicine Journal and e-Health* 20 (6), 593–600.

Gulffors, T. 2022. Etävastaanotto haavanhoidossa. Sähköpostiviesti. Luettu 21.1.2022.

Hankonen, R. 2021. Tilastot kertovat kroonisesta hoitajapulasta. Suomi käyttää terveydenhuoltoon muita Pohjoismaita vähemmän rahaa. 9.9.2021. Luettu 13.12.2021. <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/tilastot-kertovat-kroonisesta-hoitajapulasta-suomi-kayttaa-terveydenhuoltoon-muita>

Heinonen, S. 2022. Etävastaanotto haavanhoidossa. Sähköpostiviesti. Luettu 25.1.2022

Hsu, J., Lin, T., Zheng, G., & Hung, Y. 2011. Users as knowledge co-producers in the information system development project. *International Journal of Project Management*. 30 (1), 27–36.

Isojärvi, J. 2017. Kirjallisuushaku. Versio 1.1. HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 29.6.2017. Luettu 30.4.2021. http://www.terveysportti.fi/dtk/hta/avaa?p_artikkeli=hta00008

Iversen, M.M., Iglund, J., Smith-Strøm, H., Østbye, T., Tell, G.S., Skeie, S., Cooper, J.G., Peyrot, M. & Graue, M. 2020. Effect of a telemedicine intervention for diabetes-related foot ulcers on health, well-being and quality of life: secondary outcomes from a cluster randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorder* 20 (1): 1–157

Jensen, C., Overgaard, S., Wiil, U., Smith, A., & Clemensen, J. 2018. Bridging the gap: A user-driven study on new ways to support self-care and empowerment for patients with hip fracture. *SAGE Open Medicine*. 6 (2018), 1–13.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kaakinen, E. 2016. Haavojen hoito onnistuu kotona. Nettiyhteys korvaa terveyskeskuskäynnit. *Yle uutiset*. Julkaistu 11.2.2016. Luettu 10.5.2021. <https://yle.fi/uutiset/3-8665044>

Kalliovalkama, E. & Peltonen, M-L. 2021. Haavaa sairastavan potilaan hoidon porrastus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Haava* 3/ 2021, 16–19.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kavola, H. & Laine, M. 2020. Kroonisten haavojen ehkäisy on tehokkainta haavanhoitoa. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 136 (15), 1699–1701.

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

Kolltveit, B.H., Thorne, S., Graue, M., Gjengedal, E., Iversen, M.M. & Kirkevold, M. 2018. Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: A qualitative study in home-based and specialist health care. *Journal of Clinical Nursing* 27 (5–6), 1134–1145.

Krooninen alaraajahaava 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkeseuran Duodecimin ja Suomen ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 9.4.2021. Luettu 3.3.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50058>

Kuntaliitto 2021. Kotihoito. Julkaistu 4.2.2021. Luettu 18.5.2021. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>

Laitinen, J. 2021. Työmäärän kasvu ja pelko tuntuvat terveydenhuollon arjessa. Sote-organisaatiot reagoivat. Tiedote. Työterveyslaitos. Julkaistu 27.1.2021. Viitattu 13.12.2021. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/tyomaaran-kasvu-ja-pelko-tuntuvat-terveydenhuollon-arjessa-sote-organisaatiot-reagoivat>

Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta. 15.3.2019/306

Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta. 9.8.2019/906

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 27.8.2021/784

Le Goff-Pronost, M., Mourgeon, B., Blanchère, J., Teot, L., Benateau, H. & Domp-martin, A. 2018. Real-World clinical evaluation and costs of telemedicine for chronic wound management. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 34 (6), 567–575.

Laudon, K. & Laudon, J. 2020. *Management Information Systems. Managing the Digital Firm*. 16.painos. England: Pearson.

Manuel, P. 2012. A prospective, interventional study of the effectiveness of digital wound imaging, remote consultation and podiatry offloading devices on the healing rates of chronic lower extremity wounds in remote regions of Western Australia. *Wound Practice and Research* 20 (2), 103–109.

Mielenterveystalo.fi. Nettiterapiat. Luettu 20.3.2022. <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/Pages/default.aspx>

Moksén, S. osastonhoitaja. 2021. Etävastaanotot Haavakeskuksessa. Sähköpostiviesti. Luettu 28.9.2021.

Mäkelä, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Netten, J.J.V., Clark, D., Lazzarini, P.A., Janda, M. & Reed, L.F. 2017. The validity and reliability of remote diabetic foot ulcer assessment using mobile phone images. *Scientific reports* 7 (1), 9480–9510.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. *Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut 2022. Valvira. Päivitetty 8.2.2022. Luettu 15.2.2022. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

Ratliff, C.R., Shifflett, R., Howell, A. & Kennedy, C. 2020. Telehealth for Wound Management During the COVID-19 Pandemic: Case Studies. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 47 (5), 445–449.

Salama, S. 2021a. Video- ja etäkonsultaatiot haavahoidossa. *Haava* 3/ 2021, 26–29.

Salama, S. 2021b. Etävastaanoton käyttö haavanhoidossa. Sähköpostiviesti. Luettu 5.10.2021.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Luettu 22.3.2022. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Smith-Strøm, H., Iversen, M.M., Graue, M., Skeie, S. & Kirkevold, M. 2016. An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management: Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers. *International Journal of Medical Informatics* 94, 59–66.

Smith-Strøm, H., Igland, J., Østbye, T., Tell, G.S., Hausken, M.F., Graue, M., Skeie, S., Cooper, J.G., Iversen, M.M. 2018. The Effect of Telemedicine Follow-up Care on Diabetes-Related Foot Ulcers: A Cluster-Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Diabetes Care* 41 (1), 96–103.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. Kirje. Luettu 13.4.2021. https://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360

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

Tchero, H., Noubou, L., Becsangele, B., Mukisi-Mukaza, M., Retali, G. & Rusch, E. 2017. Telemedicine in Diabetic Foot Care: A Systematic Literature Review of Interventions and Meta-analysis of Controlled Trials. *International journal of lower extremity wounds* 16 (4), 274–283.

Tehy 2021. Tehyn tuore kysely. Lähes kaikki nuoret hoitajat harkinneet alan vaihtoa. Tiedote. Julkaistu 10.9.2021. Luettu 13.12.2021. <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-tuore-kysely-lahes-kaikki-nuoret-hoitajat-harkinneet-alan-vaihtoa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille (KATI) 2021–2023. Ohjelma ja hankeopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Luettu 3.3.2022. <https://stm.fi/documents/1271139/2013549/KATI-ohjelma+ja+hankeopas+1.10.2020.pdf/5ed61131-9eff-c365-94c1-ffb18d74d397/KATI-ohjelma+ja+hankeopas+1.10.2020.pdf?t=1601546051101>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021. Kotihoito. Päivitetty 1.3.2021. Luettu 3.3.2022. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Terveystalo 2022. Asiointi. Luettu 20.3.2022. <https://www.terveystalo.com/fi/asiointi/chat/>

Tiedonhaun työkaluja 2021. Tiedonhaun strategiat. Päivitetty 28.5.2021. Luettu 22.3.2022. <https://mpkk.libguides.com/c.php?g=663189&p=4717628>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 17.5.2021. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisen periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Luettu 18.3.2022. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 16.2.2022. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Vehmanen, M. 2018. Tehoa haavahoidon alkuvaiheeseen. Lääkärilehti 73 (49), 2922–2924.

World Health Organization. 1998. WHO Group Consultation on Health Telematics 1997. A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics 11–16/ 12. Geneva: World Health Organisation. Luettu 13.4.2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>

Zarchi, K., Haugaard, V.B., Dufour, D.N., & Jemec, G.B.E. 2015. Expert advice provided through telemedicine improves healing of chronic wounds: prospective cluster-controlled study. *Journal of Investigative Dermatology* 135 (3), 895–900.

Østervang, C., Lassen, A., Jensen, C., Coyne, E., & Dieperink, K. 2020. How to improve emergency care to adults discharged within 24 hours? Acute Care planning in Emergency departments (The ACE study): a protocol of a participatory design study. *BMJ Open*. 10 (12), e041743–e041743

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaun keskeiset käsitteet ja hakutermit

Sanasto	Käsite 1	Käsite 2	Käsite 3	Käsite 4
YSO	avohoito kotihoito	säärihaava ”krooniset haavat” painehaava	haavanhoito	telelääketiede teleterveydenhuolto
FinMeSH	kotihoitopalvelut kotisairaanhoido	”jalan haavauma” ”laskimoperäinen säärihaava” ”diabeetikon jalka”, painehaava	-	telehoitotyö telelääketiede etäkonsultaatio etäneuvonta
MeSH	”home care services” ”home health services”	”leg ulcer” ”foot ulcer” ”varicose ulcer” ”diabetic foot” ”stasis ulcer” ”venous hypertension ulcer” ”venous stasis ulcer” ”venous ulcer” ”pressure ulcer” ”decubitus ulcer” ”pressure sore”	-	telenursing telemedicine, “remote consultation” ”distance counseling”
Vapaasana suomeksi	kotihoito	krooninen haava	haava- hoito	etävastaanotto
Vapaasana englanniksi	”outpatient care” ”home care”	”chronic wounds”	”wound care”	telemedicine e-healthcare e-consultation,

Liite 2. Teoreettisen tiedon hakukriteerit

Tiedonlähde	Hakutermit	Rajaukset	Tulos	Arviointi
Andor	"Chronic wound" OR *ulcer OR *sore AND tele* OR remote	vuosi 2016–2021 kansainväliset vertaisarvioidut artikkelit, jotka saatavilla verkossa	35 kpl	osa artikkeleista hylättiin sisällön perusteella (n=15) Osa artikkeleista ei ollut verkossa saatavilla (n=6)
Cinahl	"Wounds Chronic" OR "Leg Ulcer" OR "Venous Ulcer" OR "Heel Ulcer" OR "Pressure Ulcer" OR "Foot Ulcer" OR "Diabetic Foot" OR Wound Care AND "Telemedicine" OR "Telehealth" OR "Remote Consultation" OR "Telenursing"	vuosi 2011–2021 vertaisarvioidut, joissa käsitellään+ 65-vuotiaiden hoitoa	19 kpl	osa artikkeleista hylättiin sisällön perusteella (n=10)
Finna	*haava* AND etä* OR tele*	vuosi 2011–2021 artikkelit, jotka verkossa saatavilla	0 kpl	
Medic	*haava* AND tele* OR etä*	vuosi 2011- 2021 ei rajoituksia	5 kpl	kaikki artikkelit hylätty sisällön perusteella
Medline	"Home care" OR "home health care" AND *ulcer* OR wound* OR *sore* AND telenur* OR telemed* OR "remote consultation" OR "distance consultation"	vuosi 2011–2021 vertaisarvioidut julkaisut, joissa tutkimuksen kohteena aikuiset +19 v	14 kpl	osa hylättiin sisällön perusteella (n=7) 1 ei ollut saatavilla verkossa

Liite 3. Teemahaastattelun runko hoitajien haastatteluun

1. Taustatiedot

- ammatti, haavanhoidon kokemus, työyksikkö

2. Haavan jatkohoidon nykytila

- miten jatkohoito onnistuu?
- millaisia kokemuksia ja näkemyksiä jatkohoidon toteutumisesta?
- esiintyykö ongelmia?
- koetaanko itse asiakkaan olevan tyytyväinen jatkohoitoonsa?

3. Etähoidon menetelmät haavan jatkohoidossa

- miten menetelmiä käytetään?
- mitkä asiat vaikuttavat menetelmien käyttöön?
- mitä ajatuksia ja kokemuksia käytöstä on?
- osataanko käyttää?
- olisiko jotain kehitettävää?

4. Suhtautuminen mahdolliseen uuteen etävastaanoton prosessiin ja menetelmään

- asenteet?
- muutosvastarinta?
- osaaminen uuden menetelmän käyttöön, koulutuksen tarve?
- koetaanko olevan hyötyjä? entä haittoja?
- mitä menetelmän käyttöönotossa tulisi huomioida?
- millä tavoin voitaisiin edistää uuden menetelmän käyttöä jatkossa?

Liite 4. Puolistrukturoidun haastattelun runko

Kotihoito

- Kuinka usein teillä on hoidossa asiakas, joka tarvitsee käyntejä sairaalassa kroonisen haavan seurannan vuoksi? Lähteekö kotihoidosta saattaja asiakkaan mukana sairaalaan?
- Minkälainen yhteistyö teillä on erikoissairaanhoidon poliklinikan hoitajien kanssa koskien asiakkaan kroonisen haavan jatkohoittoa?
- Millä tavoin saatte ohjeistuksen asiakkaan haavan jatkohoidosta?
- Kuinka usein haavan hoito kotona keskimäärin tapahtuu ja kuinka kauan aikaa siihen kuluu?
- Minkälaisia välineitä haavanhoitoon usein tarvitaan? Missä tarvikkeita säilytetään? Mistä tarvikkeet hankitaan ja onko ne asiakkaalle maksullisia?
- Millä tavalla pidettä yhteyttä sairaalan poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa asiakkaan haavanhoidosta? Kuinka paljon aikaa tähän kuluu?

Poliklinikka:

- Millaisten kroonisten haavojen vuoksi kotihoidon asiakkaat usein hakevat erikoissairaanhoidon poliklinikalle?
- Mitä poliklinikalla tehdään ensimmäisellä käynnillä ja miten hoito etenee pääpiirteissään jatkossa? Mitä asioita huomioitte asiakkaan hoitoon liittyen poliklinikkakäynnillä?
- Kuinka usein asiakas yleensä käy poliklinikalla haavansa vuoksi? Kuinka kauan vastaanottokäyntiin on varattu aikaa?
- Tulevatko asiakkaat poliklinikalle usein saattajan kanssa? Kuinka usein saattajana on kotihoidon hoitaja?
- Tapahtuuko viestintää kotihoidon hoitajan kanssa koskien asiakkaan haavaa ja millä tavoin viestintä tapahtuu?

Liite 5. Tiedote tutkimukseen osallistujalle

Hyvä tutkimukseen osallistuja.

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyötutkimukseen, jonka tavoitteena on kehittää kotihoiton ja erikoissairaanhoidon yhteisen asiakkaan kroonisen haavan hoitoa etäpalvelun keinoin. Tarkoituksena on selvittää asiakkaan kroonisen haavanhoidon nykytila ja hoitopolku sekä mahdolliset kehittämiskohteet. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa toimintamalli, jossa kuvataan mahdollisimman asiakas- ja käyttäjäystävällinen tehokas palveluketju kroonisen haavan hoitoon hyödyntäen etäpalvelun menetelmiä.

Opinnäytetyötä varten haastattelen muutamia hoitajia yksilöhaastatteluin. Haastattelu tapahtuu joko kasvokkain tai Teams- palvelun avulla tietokoneen tai älypuhelimien kautta. Haastattelu käydään haavanhoidon hoitoketjuun sekä etäpalvelun menetelmiin liittyvien teemojen pohjalta. Haastattelussa ei siis käytetä valmiita kysymyksiä. Haastattelun kesto voi vaihdella, mutta olisi hyvä varata aikaa n. 2 tuntia. Teidän suostumuksellanne haastattelu nauhoitetaan.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus perua tai keskeyttää osallistumisenne koko tutkimusprosessin aikana. Opinnäytetyössä ei käytetä henkilötietoja ja haastattelu ym. tutkimusaineisto pidetään opinnäytetyön tekijän omassa, tutkimukseen liittyvässä käytössä. Aineistoa siis käsitellään luottamuksellisesti. Haastateltavaa ei voida tunnistaa tutkimusraportin sisällän perusteella. Opinnäytetyön tekijä sitoutuu hävittämään haastatteluaineistot välittömästi opinnäytetyön arvioinnin jälkeen.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan Tampereen ammattikorkeakoulun käytäntöjen mukaisesti sähköisenä. Tuloksia saatetaan myös käyttää ammattijulkaisussa.

Pyydän Teitä ottamaan yhteyttä, mikäli olette halukas osallistumaan tutkimukseen. Mikäli haastatteluun on useampia halukkaita niin tietty määrä osallistujia valitaan arvonnalla. Osallistuminen tutkimukseen on tärkeää, jotta saataisiin kehitettyä kroonisen haavanhoidon prosessia mahdollisimman paljon hoitajien näkökulmasta ja kokemuksiin perustuen.

Kiitos osallistumisestanne!

Liite 6. Suostumuslomake haastateltavalle

SUOSTUMUSLOMAKE

Tutkimus: Etävastaanoton kehittäminen kroonisen haavan hoidossa

Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruuttaa suostumus ja keskeyttää tutkimus väliaikaisesti syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisina.

Annan suostumukseni tutkimukseen.
Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Puhelinnumero

sähköpostiosoite

Liite 7. Kysymysrunko mallin toimivuuden arvioimiselle

Mallin toimivuus

- Miten koettiin toimivan?
Missä onnistuttiin ja epäonnistuttiin?

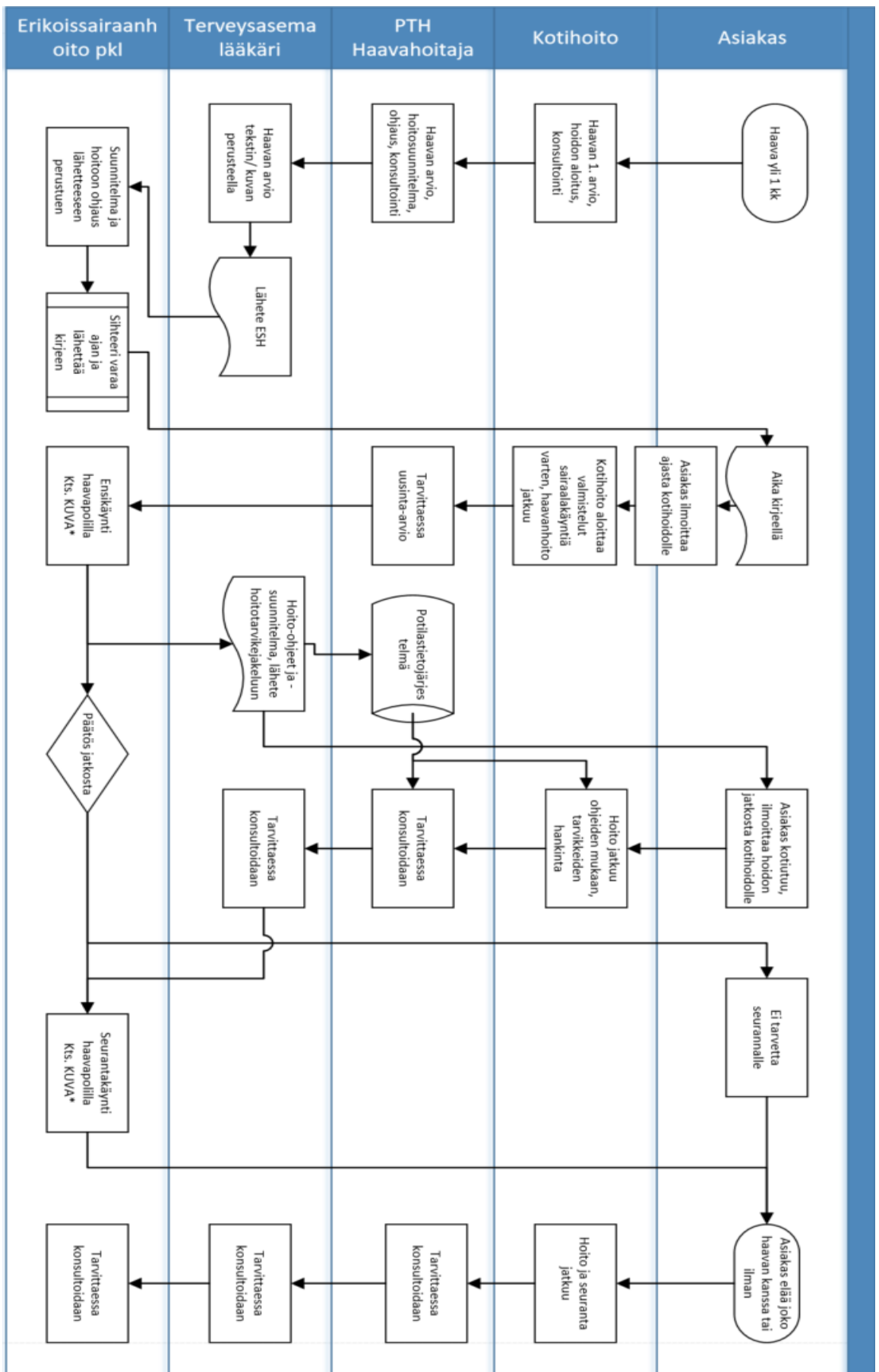
Mallin hyödyllisyys ja hyödynnettävyys

- hyödyllisyys hoitajien toiminnassa?
- hyödyllisyys kotihoidon asiakkaan näkökulmasta?
- hyödyllisyys organisaation näkökulmasta?

Kehittämiskohteet

- Mitä kehitettävää tuli ilmi?
- Miten voitaisiin kehittää

Liite 9. Asiakkaan haavan hoitopolku



Liite 10. Hoitajien näkemyksiä nykytilan kehittämisestä

1 (4)

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Haavan hoidon puutteet kotihoidossa johtuu varmaan siitä resurssipulasta.	Resurssipulan aiheuttamat puutteet haavan hoidossa	Resurssien puute	Resurssien lisääminen	Nykytilan kehittäminen
Paikkoja on paljon ja siellä ollaan tosi paljon yksin. Siellä on hankalaa, ihan se käsittely jos on raskas hoito. Mä aina ajattelen, että kotihoito hoitaa tän monta kertaa viikossa, että miten he selviää	Kotihoidossa ollaan kentällä pitkälti yksin ja hoidettavana on vaativia haavoja, hoito on raskasta	Haavanhoidon kuormittavuus kotihoidossa		
Haavoissa menee kauan hoitaa kerralla ja kun hoidetaan joka päivä kotihoidossa. On ollut vaativaa hoitaa.	Haavojen hoito vaativaa ja pitkäkestoista.	Hoidon vaativuus		
Kyllä he haluaisivat hoitaa hyvin, mutta ne ajalliset resurssit kun on monta paikkaa	Kotihoidossa suuri työmäärä mikä vie paljon aikaa	Ajallisen resurssin puute		
Yksi suurimmista ongelmista kotihoidossa on se vaihtuvuus, varsinkin asiakkailta itseltään tulee siitä kommenttia	Ongelmana koetaan kotihoidon hoitajien vaihtuvuus	Henkilökunnan vaihtuvuus		
Ehkä pitäisi jollakin lailla johdon tai työn suunnittelijoiden jollakin lailla organisoida, että haava-asiakkaiden luona kävisi sellaiset hoitajat, jotka osaisivat sen haavan hoidon	Kotihoidossa tulisi järjestää asiakkaan haavaa hoitamaan hoidon hallitseva työntekijä	Kotihoidon organisointi		
Olisi hyvä jos hoitaja olisi asiakkaan luona puhelinvastaanoton aikana. Se on tietenkin hankala järjestää koska meillä on puhelinajat aamulla ja siellä asiakkaan luona saatetaan yleensä käydä vaikka ilta-päivästä. Aikatauluttaminen vaatisi kehittämistä.	Ammattilaisten aikojen yhteensovittaminen reaaliaikaiseen etäkeskusteluun on haasteellista työn organisoimisen vuoksi	Haasteena yhteinen aikataulu		

Jatkuu

Näin koronan aikana on haastavaa henkilöstöressurssien osalta, tällöinen kehittäminen tuntuu aika epärealistiselta tässä tilanteessa	Korona-aika tuo lisähaasteita henkilöstöressursseihin, kehittämistoimet koetaan epärealistisina resurssien vähyyden vuoksi	Koronan aiheuttamat puutteet henkilöstöressusseissa		
Lähihoitajien kanssa on sitä ongelmaa, arkuutta. Elikkä se rohkeus haavanhoidon.	Haasteena myös henkilökunnan rohkeus haavanhoidon toteuttamiseen	Rohkeus haavanhoidossa	Osaamisen lisääminen	
Asiakailta tulee usein palautetta, että osaamistaidot on hyvin vaihtelevaa kotihoidossa.	Hoitajien osaaminen vaihtelee asiakkaiden kokemana	Osaamisen laatu vaihtelee		
Koulutuksen tarve on suuri puutteellisten haavanhoidon taitojen ja osaamisen vuoksi	Kotihoidon henkilökunnan osaamisen puute	Osaamisen puute		
Paljon esiintyy sitä, että asiakkaiden haavan paraneminen pitkittyy koska mekaanista puhdistusta ei tehdä riittävästi	Koetaan, että haavan paraneminen hidastuu haavan puhdistamisen puutteen vuoksi	Haasteet haavojen puhdistamisessa		
Kyllä me toivomme, että ne ihmiset, jotka siellä asiakkaan luona käy, että heillä olisi se osaaminen	Toive haavanhoidon osaamisen hallinnasta asiakkaan haavoja hoitaessa	Toiveena osaamisen hallinta		
Ideahan olisi se, että haavan puhdistus jatkuisi siellä jatkohoitopaikassa. Se on se suurin ongelma	Ongelmana koetaan haasteet haavanhoidon jatkuvuudessa	Haasteet hoidon toteutumisessa		
Sitten voi käydä niin, että se joka konsultoi meitä, saattaa olla sellainen henkilö joka ei ole itse asiakasta hoitanut. Että se on saanut tehtäväkseen soittaa asian.	Hoitaja ei aina tiedä tarpeeksi asiakkaasta konsultoidessaan haavavastaanottoa	Puutteelliset asiakastiedot		
Eniten kysymyksiä tulee, että mitä sidoksia laitetaan. Mutta ne sidokset tulee oikeastaan vasta sitten kun haavanhoidolliset toimenpiteet on tehty, joilla se vaikuttavuus sitten niillä sidoksilla tulee	Konsultoidaan mitä sidoksia haavalle pitäisi laittaa, mutta ei sitä miten haava hoitetaan	Puutteellinen ymmärrys haavanhoidon lähtökohdista		

Ajattelisin, että ne videovastaanotot samalla lisäisivät henkilökunnan osaamista kotihoidossa	Koetaan, että etävastaanotto voisi lisätä hoitajien osaamista	Osaamisen lisääminen etävastaanoton kautta		
Kotiolot ovat haasteelliset eikä kaikki onnistu siellä kotona niin kuin meillä täällä sairaalassa	Haasteelliset kotiolot vaikuttavat haavan hoitamiseen	Kotiympäristön haasteet	Kotiympäristössä toimiminen	
Kotihoidossa on välillä tosi haastavaa kun saattaa olla pimeää, siis valaistus ei ole aina otollinen valokuvaamiselle	Valaistus kotioiloissa luo haasteita haavan valokuvaukselle	Valaistuksen haasteet kotona		
Kotihoidon kanssa on se ongelma, että me ei nähdä heidän kirjauksia.	Ongelmana kotihoidon kirjausten välittyminen	Haasteet tiedon siirtymisessä	Tiedonkulun parantaminen	
Kehitettävää on kirjauksissa. Se ei kerro yhtään mitään kun ”haava on hoidettu edellisen ohjeen mukaan”. Se on varmaan suurin kehitettävä asia.	Suurimpana kehityskohteenä koetaan liian suppeat ja epäinformatiiviset kirjaukset haavan hoidossa	Haasteet tietosäällössä		
Tiedonkulku on huonoa ja asettaa omat haasteensa. Että välillä on sitä, että kumpikaan ei tiedä mitä siellä tapahtuu.	Haasteellinen tiedonkulku vaikeuttaa asiakkaan tilanteen ymmärtämistä	Haasteet tiedonkulussa		
Yhteistyössä olisi mielestäni kehitettävää. Ehkä yhteydenottaminen ei ole kovin luontevaa. Yhteistyö saisi olla jotenkin saumattomampaa.	Koetaan, että yhteistyötä ja siten yhteydenottamista tulisi kehittää.	Haasteet yhteydenpidossa		
Me täältä tulostetaan lappu asiakkaan mukaan ja jos se asiakas on sitten sen lapun hukannut niin sillä ei ole sitten juurikaan mitään.	Dokumentit annetaan asiakkaalle mukaan, jolloin tiedonkulun haasteena on paperien katoaminen	Paperisen tiedonkulun haasteet		
Kuvateknisiä ongelmia jonkun verran on. Kuvissa usein jää huomioimatta onkalohaavat, kun niitä ei olla hoksattu piirtää iholle	Haavan valokuvaamisen tekniikassa koetaan olevat haasteita etenkin onkalohaavojen kohdalla	Haasteet kuvaustekniikassa	Kuvadokumenttaation parantaminen	
Usein kuva on otettu niin, ettei kuvasta saa selville miten se haava on ja missä keholla se sijaitsee	Kuvista ei aina saa oikeaa kuvaa haavatilanteesta	Haasteet kuvien laadussa		

Mielestäni kotihoidon puolelta tulisi ottaa enemmän valokuvia haavasta, mikä helpottaisi sairaalan puoltakin	Koetaan, että kotihoito ottaa liian vähän valokuvia haavoista.	Haasteet kuvien määrässä		
Osa asiakkaista on sellaisia, että ”minähän ensinne Seinäjoelle lähde”. Ja kyllä sen ymmärtää kun yhteen matkaan saattaa mennä se kaksi tuntia.	Koetaan, että osa asiakkaista ei haluaisi lähteä pitkän matkan taakse keskussairaalaan	Asiakkaiden haluttomuus lähteä kotoa sairaalaan	Asiakasläh- töisen ajat- telun lisää- minen	
Mun mielestä asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä haavan jatkohoitoon	Koetaan, että asiakkaat ovat tyytyväisiä hoitoonsa	Asiakkaiden tyytyväisyys		
lääkäillä, joilla on krooniset haavat on aika raskasta käydä täällä	Koetaan, että vastaanotolla käynti on raskasta iäkkäille			
Hoitajilla älypuhelimet käytössä. Teamsin välityksessä on ollut kokouksia ja koulutuksia. Teamsia osataan käyttää.	Hoitajilla on etävastaanotot mahdollistavaa tekniikkaa käytössä ja koetaan, että niitä osataan käyttää	Hoitajilla koetaan olevan hyvät tekniset valmiudet	Tekniset valmiudet	
Kotihoidossa hoitajat usein ottavat valokuvia haavoista älypuhelimillaan	Hoitajat ottavat paljon valokuvia haavoista	Älypuhelimien käyttö		
Ne keinot mitä meillä on käytettävissä, niin kyllä ne on toiminut, mutta se videokuvahan olisi kaikista paras.	Käytettävissä on etäyhteyden mahdollistavaa tekniikkaa, mutta siinä on kehitettävää	Etäyhteyden menetelmissä kehitettävää		

Liite 11. Hoitajien näkemyksiä hoitohenkilökunnan asenteista

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
En usko, että meidän puolelta on mitään vastustusta tähän etävastaanottoon	Koetaan, että yksikössä ei herää vastustusta etävastaanottoon	Ei vastustusta etävastaanottoihin	Positiiviset asenteet	Hoitohenkilökunnan asenteet
Tuntuu, että esihenkilötasolla oltaisiin sitä mieltä ja ehdottomasti lääkärit on sitä mieltä, sen puolesta	Koetaan, että yksikön esihenkilöt ja lääkärit suhtautuvat myönteisesti etävastaanottoihin	Yksikön positiivinen suhtautuminen etävastaanottoon		
Kyllä mä uskoisin, että hoitajilla olisi kiinnostusta etävastaanottojen kehittämiseen. Toki varmaan alussa vie pidemmän aikaa, mutta pidemmällä aikavälillä se helpottaa töitä.	Koetaan, että hoitajat kiinnostuneita kehittämisestä alun mahdollisista haasteista huolimatta	Motivaatio etävastaanoton kehittämiseen		

Liite 12. Hoitajien näkemyksiä etävastaanoton käyttöönotosta

1 (2)

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälluokka
Se on hyvin yksilöllisesti arvioitava se asiakkaan tilanne, että kuka soveltuu etävastaanottoon, se ei sovellu kaikille	Etävastaanottoja suunniteltaessa jokaisen asiakkaan soveltuvuus on arvioitava yksilöllisesti	Asiakkaan soveltuvuuden arviointi	Asiakkaan soveltuvuus	Etävastaanoton käyttöönotto
Pitäisi kartoittaa asiakkaitakin, että mitä he ajattelevat asiasta ja mikä on heidän mielipide, että jotkut saattavat mieluummin haluta tulla tänne				
Kun tällaista lähetään kehittämään, niin se vaatii työryhmän, jossa jokainen vastaa omasta asiantuntemuksestaan	Koetaan tärkeänä työryhmän perustaminen, jossa asiantuntemus edustettuna eri näkökulmista	Eri asiantuntijoiden koostaman työryhmän perustaminen	Asiantuntijoiden mukaan otto	
Aloitus tulisi käynnistää pilottihankkeena, että sitten katsotaan miten se lähtee käyntiin ja sitten miten on mennyt, onko se vastannut tarkoitustaan ja tarvettaan	Koetaan, että käyttöönotto tulisi aloittaa pilottihankkeena jonka jälkeen sitä arvioidaan	Käyttöönoton aloitus pilottihankkeena	Pilotointi	
En näkisi syytä miksi se ei voisi olla yksi tapa tässä asiakkaan haavan hoitoketjussa. Se vain otetaan yhdeksi toimintatavaksi	Koetaan, että etävastaanotto voidaan ottaa yhdeksi toimintatavaksi hoitoketjussa	Etävastaanoton ottaminen yhdeksi palveluksi	Valinta käyttöönotosta	
Koulutukset on tärkeitä käyttöönottamisessa, ettei se tysää siihen koulutuksen puutteeseen	Koulutuksien järjestäminen etävastaanoton käyttöönotossa koetaan tärkeänä	Koulutuksien järjestäminen käyttöönotossa	Vaikuttavan koulutuksen järjestäminen	

Jatkuu

Omasta mielestä parhaita koulutuksia ovat ne, joissa nähdään, jolloin ihmiset uskaltaa kysyä. Ei ne Teamsissa kysele, siellä ollaan hiljaa ja kuunnellaan. Ja paremmin jää mieleen kun pääsee itse kokeilemaan	Parhaimpana koulutusmenetelmänä koetaan kasvokkain tapahtuvat tilaisuudet, jossa itse voi kokeilla opittavaa menetelmää	Kasvokkain tapahtuvat, interaktiiviset tilaisuudet koetaan mielekkäämpänä		
Tulisi huomioida, että se menetelmä olisi helppokäyttöinen ja mahdollisimman nopeasti käytettävissä	Koetaan, että tekniikan tulisi olla käytettävyydeltään helppoa ja nopeaa	Tekniikka helppoa ja nopeaa	Tekniikan käyttäjäystävällisyys	
Uskon, että henkilökunnalla olisi kiinnostusta pilotointiin	Koetaan, että henkilökunnalla on kiinnostusta käyttöönottoon	Hoitajien kiinnostus käyttöönottoon	Motivaatio	
Etävastaanoton käytössä pitäisi tuoda ilmi sitä, että kuinka paljon se helpottaa asiakkaan elämää, kun ei tarvitse lähteä	Käyttäjille tulisi perustella asiakkaan kokemia etävastaanoton hyötyjä	Etävastaanoton hyötyjen esille tuominen	Etävastaanoton markkinointi	

Liite 13. Hoitajien näkemyksiä etävastaanoton vaikutuksista

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Hahtana voi olla, että joi- tain jää huomaamatta tai ennakoimatta, joi- tain mikä saattaa sitten viedä tilannetta pahemmaksi	Koetaan, että jonkin kriittisen asian huoi- mioimatta jättäminen pahentaa haavan ti- lannetta	Haavan pahene- minen nähdään potentiaalisena riskinä etävas- taanottoja käy- tettäessä	Etävastaan- oton haitat	Etävastaanoton vaikutukset
No, en tiedä onko varsi- naisia haittoja, kunhan ei mene siihen, että kaikki hoidetaan etänä	Haittana koetaan mahdollisuus kaiken hoidon etävastaanot- toon siirtymisessä	Ei haluta siirtyä täysin etävas- taanottoon		
On arvioitava yksilölli- sesti asiakkaan tilanne, että kuka soveltuu etä- vastaanottoon, se ei so- vellu kaikille	Haittana nähdään sel- laisen asiakkaan hoito etävastaanotolla, joka ei ole sille sovel- tuva	Soveltumatto- man asiakkaan hoito		
Kyllä se helpottaisi asiak- kaan elämää, kun ei tar- vitsisi lähteä pitkää mat- kaa sairaalaan	Koetaan, että mat- kustamisen vähene- minen helottaisi asi- akkaan elämää	Asiakkaan mat- kustamisen vä- heneminen	Etävastaan- oton hyö- dyt	
Ajattelisin, että niiden vi- deovastaanottojen kautta, että se lisäisi henkilökunnan osaa- mista	Koetaan, että osaami- nen voi lisääntyä etä- vastaanoton kautta	Osaamisen li- säntyminen		
Kyllä on sellainen käsi- tys, että jos me täältä käsien ohjattaisiin ja ope- tettaisiin reaaliaikaisesti, kun ollaan siinä asiak- kaan ääressä, niin kyllä mä ainakin luulen, että siihen myötämielisesti suhtauduttaisiin puolin ja toisin	Koetaan tärkeänä, että asiantuntijat etäyhteyden avulla voivat ohjata ja ope- taa kotihoidon henki- lökuntaa etävastaan- oton aikana	Ohjaus ja opetus etävastaanoton kautta		
Pystyttäisiin olemaan enemmän yhteydessä kun ei olisi pitkiä välejä	Koetaan, että yhtey- denpito lisääntyisi etävastaanoton avulla	Yhteydenpidon lisääntyminen		
Pystyttäisiin olemaan ta- vallaan tukena haavan- hoidossa, kun meillä on niitä asiantuntijoita ja heillä välttämättä ei, niin voitaisiin kulkea siinä vierellä	Koetaan, että asian- tuntijat sairaalan puolelta voisivat tar- jota enemmän tukea kotihoitoon hoitajille etävastaanoton kautta	Haava-asiantun- tija sairaalasta kotihoitoon tu- kena		