

Etähoidon kehittäminen lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK), Tulevaisuuden johtaja sosiaali- ja terveysalalla

2022

Mertsola Emilia

Tiivistelmä

Tekijä Mertsola, Emilia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 55, 5 liitesivua	Valmistumisaika 2022
Työn nimi Etähoidon kehittäminen lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoitaja YAMK, Tulevaisuuden johtaja sosiaali- ja terveysalalla		
<p>Digitalisaatiosta puhutaan aikakautemme suurimpana muutosvoimana. Digitalisaatio pakottaa uudistamaan toimintaa, osaamista ja keksimään uusia palveluratkaisuja myös sosiaali- ja terveysalalle. Maailman laajuisen koronaviruspandemian (Covid-19) myötä etähoito ja sen tarpeellisuus korostuivat. Etähoitoon siirryttiin pakoin nopeasti ilman tarpeenmukaista kehittämistä ja kouluttamista. Etähoidon uskotaan tulleen jäädäkseen ja olevan tulevaisuudessa yksi merkittävä hoitomuoto.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on tehty erään suomalaisen sairaalan lasten ja nuorten diabetespoliklinikalle tarkoituksena kehittää etähoitoa kyseisessä yksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota perusteet lähteä kehittämään etähoidosta toimivaa käytäntöä ja hoitomuotoa muiden palveluiden rinnalle. Tutkimuskysymyksinä olivat: 1. Mitä etuja tai lisäarvoa etähoito tuo henkilökunnan kertomana? 2. Mitkä ovat etähoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät henkilökunnan näkökulmasta? 3. Mitä toimiva etähoitokäytännön kehittäminen vaatii?</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämisenä, johon aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla. Haastattelut analysoitiin laadullisena sisällönanalyysillä. Tuloksista ilmeni, keille etähoito sopii ja mitä etuja etähoidosta voi olla. Etähoidon toteuttamiseen nähtiin useita vaikuttavia tekijöitä, kuten etähoito-ohjelman haasteet ja koulutuksen puute. Tulosten perusteella etähoidon onnistumiseen vaikuttaa neljä eri sidosryhmää. Näiden sidosryhmien yhteistyöllä etähoitoa voidaan kehittää toimivaksi käytänteeksi.</p> <p>Jatkokehittämissuhteiksi on tutkia, miten etähoito on jalkautunut lasten ja nuorten diabetespoliklinikalle ja millaisia vaikutuksia etähoidolla on ollut. Miten etähoitoa voidaan kehittää tulevaisuudessa entistä paremmaksi perheiden tai nuorten näkökulmasta.</p>		
Asiasanat Digitalisaatio, etähoito, diabetes, kehittäminen		

Abstract

Author	Type of Publication	Published
Mertsola, Emilia	Master's thesis	2022
	Number of Pages	
	55, 5 pages of appendices	
Title of Publication		
Development of telecare at diabetes outpatient clinic for children and adolescents		
Degree and field of study		
Master of Social and Health Care, Leader of the Future in Social and Health Care		
<p>Digitalization is discussed as the greatest force of change of our time. Digitization forces us to renew operations, know-how and invent new service solutions, also for the social and health sector. With the worldwide coronavirus pandemic (Covid-19), telecare and its necessity were highlighted. Organizations moved quickly to telecare without the necessary development and training. It is believed that telecare has come to stay and will be an important form of treatment in the future.</p> <p>This thesis has been made for a Finnish hospital's pediatric and adolescent diabetes clinic with the aim of developing telecare in that unit. The goal was to enable telecare as a working practice along with other forms of treatment. The research questions were 1. What advantages or added value does telecare bring according to the staff? 2. What are the factors affecting the implementation of telecare from the perspective of the staff? 3. What is required to develop a functional telecare practice?</p> <p>The thesis was implemented as developmental research, for which the material was collected through group interviews. The data collected was analysed using qualitative content analysis. The results revealed the target group for telecare and what advantages telecare can provide. There were many factors seen currently affecting the implementation of telecare, such as the challenges of the telecare program and the lack of training. Based on the results, four different stakeholders influence the success of telecare. With the co-operation of these stakeholders, telecare can be developed into a working practice.</p> <p>A proposal for further development is to investigate in the future how well telecare has been introduced to the clinic and what effects telecare has had. How can telecare be developed even better in the future from the perspective of families or young people.</p>		
Keywords		
Digitalization, telecare, diabetes, development		

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	3
2.1	Kohdeorganisaatio	3
2.2	Lasten ja nuorten diabetes	3
2.3	Opinnäytetyön tausta	4
2.4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	5
3	Tietoperusta	6
3.1	Sähköiset palvelut ja digitalisaatio	6
3.2	Etähoito	7
3.3	Etähoidon hyödyt ja lisäarvo eri sidosryhmille	9
3.4	Etähoidon käyttöönottoon vaikuttavat tekijät	14
4	Opinnäytetyön toteutus	17
4.1	Tutkimuksellinen kehittäminen	17
4.2	Aineiston keruu	21
4.3	Aineiston analysointi	22
5	Opinnäytetyön tulokset	27
5.1	Digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkitys	27
5.2	Etähoidon nykytila	28
5.3	Etähoidon tuomat edut	30
5.4	Etähoidon kohderyhmä	33
5.5	Etähoitoon vaikuttavat tekijät	34
5.6	Sidosryhmät etähoidon kehittämiseksi	41
6	Pohdinta	44
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	44
6.2	Luotettavuus ja eettisyys	48
6.3	Jatkokehittämissuhteet	50
	Lähteet	51

Liitteet

Liite 1 Tiedote opinnäytetyöhön osallistumisesta

Liite 2 Haastatteluiden teema-alueet

Liite 3 Aineiston luokittelutaulukko

2 Johdanto

Työ ja sen tekeminen ovat muutoksen vaiheessa. Osa muutokseen johtavista syistä ovat teknologian ja digitalisaation lisääntyminen. Sähköisiä terveystalvaeluita on kehitetty aktiivisesti viime vuosien aikana. Uuden teknologian avulla pyritään parantamaan palveluita niin asiakkaan kuin organisaationkin näkökulmasta. Sähköisten terveystalvaeluiden kehittämisessä ollaan muutosprosessin ytimessä, sillä palveluiden tuottaminen ja henkilöstön työnkuva saattaa muuttua merkittävästi tulevaisuudessa. (Jauhiainen & Sihvo 2015, 211.)

Maailman laajuisen koronaviruspandemian myötä etähoito ja sen tarpeellisuus on korostuneet viime vuosina. Koronaviruspandemian myötä ihmisille asetettiin erilaisia rajoituksia ja suosituksia vuosina 2020–2022. Pandemian vaikeimmissa vaiheissa ihmisiä kehoitettiin minimoimaan lähikontakteja muihin ihmisiin ja jäämään kotiin kaikissa paitsi välttämättömissä tilanteissa. Monet sairaanhoitopiirit joutuivat laajentamaan toimintaansa etähoitoon kiireellisesti muuttamalla mm. poliklinikkavastaanottoja videovastaanotoiksi. Vaikka pandemia on osittain saatu rauhoittumaan rokotteiden ja viruksen muuntautumisen avulla, etähoito ja erilaiset sähköiset palvelut ovat tulleet jäädäkseen.

Etähoitosta on tutkimuksien mukaan paljon etuja eri sidosryhmille. Vuonovirran väitöskirjassa (2011) kerrotaan etähoidon ja etäterveydenhuollon avulla pystyvän vaikuttamaan ja parantamaan hoidon saatavuutta, jatkuvuutta ja laatua. Etäterveydenhuollon käyttöönotto koetaan yleisesti positiivisena asiana, mutta käytön vakiinnuttaminen vaatii työtä. Henkilökunnan hyväksyntä ja osallistuminen muutokseen ovat keskeisiä tekijöitä etähoidon onnistumisessa. (Vuonovirta 2011, 55–60.) Etähoitoa ja etäteknologiaa on hyödynnetty maailmalla laajasti diabeteksen hoidossa. Etähoito soveltuu erityisen hyvin diabeteksen hoitoon sen parantumattomuuden vuoksi. (Bellazzi 2008, 98). Hyvä omahoito on diabeteksen hoidon onnistumisen ehto ja sen vuoksi siihen tulee panostaa. Monet ovat kiinnostuneet osallistumaan omaan terveyden- ja sairaudenhoitoon. Tarjoamalla erilaisia ja nykyaikaisia kanavia omahoitoon, tuetaan samalla potilaan motivaatiota, aktiivisuutta ja kokonaisvaltaista muutosta oman terveyden edistämiseksi. (Hyppönen, 2008, 14–15.)

Tämä opinnäytetyö kohdistuu eräälle suomalaiselle lasten ja nuorten diabetespoliklinikalle ja sieltä esiin nousseeseen tarpeeseen kehittää etähoitoa ja sen palveluita. Kohdeorganisaation anonymiteettia suojellaan, joten kohteesta ei puhuta sen oikealla nimellä. Lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla on jouduttu monen muun osaston tavoin siirtymään nopeasti ja valmistautumatta etähoidon palveluihin koronaviruspandemian vuoksi. Henkilökunta kokee tällä hetkellä tietynlaista osaamattomuutta etähoidon toteuttamiseksi yhteisten toimintatapojen ja mallien puutteen vuoksi. (Suullinen tieto, opinnäytetyön toimeksiantaja, 12.5.2021.) Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään etähoitoa ja sen kehittämistä henkilö-

kunnan näkökulmasta. Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kysymyksiin: Mitä etuja tai lisäarvoa etähoito tuo henkilökunnan kertomana? Mitkä ovat etähoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät henkilökunnan näkökulmasta? Mitä toimiva etähoitokäytännön kehittäminen vaatii?

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämisenä, mikä tukee käytännön työelämässä työskentelevien ammattilaisten työn kehittämistä ja tutkimista. Tämän opinnäytetyön toteutusvaihe alkoi syksyllä 2021 ryhmäteemahaastatteluilla. Haastattelut analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä keväällä 2022. Ryhmäteemahaastatteluiden jälkeen järjestettiin keskustelutilaisuus, jossa läpikäytiin haastatteluiden tuloksia. Keskustelutilaisuudessa ja opinnäytetyön tuloksissa huomattiin, että eri sidosryhmillä on tärkeä rooli etähoidon onnistumisen kannalta.

3 Opinnäytetyön lähtökohdat

3.1 Kohdeorganisaatio

Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaatio on erään suomalaisen sairaanhoitopiirin lasten ja nuorten diabetespoliklinikka. Anonymiteettisuojaan toteutumisen vuoksi kohdeorganisaation nimeä ei paljasteta opinnäytetyössä. Kohdeorganisaation tiedot perustuvat lasten ja nuorten diabetespoliklinikan henkilökunnan antamiin suullisiin tietoihin ja organisaation internetsivuihin.

Kyseisellä lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla hoidetaan alle 15-vuotiaita diabetesta sairastavia lapsia ja nuoria. Seurannassa diabetespoliklinikalla käy yli 300 lasta tai nuorta ja vuosittain uusia sairastumisia ilmenee 40–50 tapausta. Suurimmalla osalla lapsista tai nuorista diagnosoidaan 1. tyypin diabetes, mutta satunnaisesti todetaan myös harvinaisempia sokeriaineenvaihduntahäiriöitä. Diabetespoliklinikan toiminnassa korostuu pitkäjänteinen ja moniammatillinen hoidon ohjaus. Hoitotiimiin kuuluvat lääkärit, sairaanhoitajat, ravitsemusterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja. Lisäksi diabetespoliklinikka tekee yhteistyötä sairaalan sisäisten poliklinikoiden kanssa, kuten lasten- ja nuorisopsykiatristen poliklinikoiden kanssa. Lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla seuranta päättyy pääsääntöisesti 15 ikävuoteen. Sen jälkeen nuoret siirtyvät sairaalan sisätautien poliklinikan yhteydessä toimivalle nuorisopoliklinikalle seurantaan ja hoitoon.

3.2 Lasten ja nuorten diabetes

Diabetes on aineenvaihduntasairaus. Diabetesta on useita eri tyyppejä, mutta yhdistävä tekijä kaikkien diabetesryhmien kanssa on haiman insuliinituotannon häiriö ja kohonnut verensokeri. Diabeteksen päätyypit ovat tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes ja raskausajan diabetes. (Ilanne-Parikka 2018.) Lapsilla tyypin 1 diabetes on yleisin taudinmuoto, mutta myös tyypin 2 diabetesta esiintyy etenkin ylipainoisilla lapsilla ja nuorilla. Tyypin 1 diabetesta esiintyy suomalaisilla lapsilla enemmän kuin missään muualla maailmassa. Vuosittain noin 600 lasta tai nuorta saa 1 tyypin diabetes diagnoosin. (Keskinen 2019.)

Diabetes on sairaus, jossa veren glukoosipitoisuus eli verensokeri nousee yli normaalitason. Tyypin 1 diabeteksessa haiman insuliinin erityys vähenee eikä laske verensokeria esimerkiksi ruokailun jälkeen. Tyypin 2 diabeteksessa insuliini ei vaikuta riittävän hyvin kudoksissa kuten maksassa ja lihaksissa, tilaa kutsutaan insuliiniresistenssiksi. (Terveyskylä 2017a.) Diabeteksen tyypillisiä oireita ovat lisääntynyt jano, virtsaamisentarve, väsymys, laihtuminen ja huono ruokahalu. Infektio saattaa nostaa esiin mahdollisen diabeteksen. Diagnoosi perustuu veren glukoosipitoisuuden mittaamiseen ja muihin kokeisiin,

kuten kehon happamuuden, kuivuma-asteen, ketoaineiden ja pitkäaikaisen verensokerin mittaamiseen. (Terveyskylä 2017b, c.)

Tyyppin 1 diabetesta pidetään autoimmuunisairautena eli elimistön oman immuunipuolustusjärjestelmän aiheuttamana. Tätä käsitystä on viime aikoina kyseenalaistettu. Periytyvän diabetesalttiuden ja toistaiseksi tuntemattomien ympäristötekijöiden vaikutuksen uskotaan johtavan tapahtumaketjuun, jonka vuoksi ihminen sairastuu diabetekseen. (Keskinen 2018.) Mahdollisia diabetesta aiheuttavia ympäristötekijöitä on tutkittu paljon, vielä ei ole voitu osoittaa yhtään yksittäistä tekijää varmuudella syyksi diabeteksen puhkeamiselle. Monet tekijät kuten virusinfektiot, näistä etenkin enterovirusinfektiot, ravintotekijät, D-vitamiinin puutos, myrkylliset aineet kuten ravinnon nitrosoyhdisteet, nopea kasvu ja stressitilat saattavat olla diabetekselle altistavia tekijöitä. (Keskinen 2019; Marcovecchio ym. 2007, 35–38.)

Diagnoosin varmistuttua aloitetaan diabeteksen kokonaisvaltainen hoito ja ohjaus. Diabetes on elinikäinen sairaus, jota täytyy hoitaa päivittäin hyvällä omahoidolla. Omaha-ohje on diabeteksen hoidon onnistumisen perusta. Hoidonohjausta annetaan lapsen ikävaiheen mukaan lapselle ja vanhemmille. Diabeteksen hoito pyritään yksilöllistämään, jotta se onnistuu mahdollisimman hyvin perheen arjessa. (Saha 2019.) Perheille opetetaan verensokerin mittaaminen, aterioiden hiilihydraattien laskeminen ja insuliinin pistäminen ja annostelu, jotta omahoito olisi sujuvaa. (Terveyskylä 2017d.) Diabeteksen lääkkeellinen hoito on insuliini. Insuliini on ainoa verensokeria laskeva hormoni, jota haiman beetasolut erittävät. Insuliinihoidolla yritetään matkia terveen kehon insuliiniituotantoa ja yleisimmät insuliinihoitomuodot ovat monipistoshoido ja insuliinipumppuhoido. Diabeteksen hoidon seuranta tapahtuu pääosin poliklinikalla. Sairauden alussa tapaamisia on tiheästi, mutta jatkossa perhe käy poliklinikalla keskimäärin kolmen kuukauden välein, riippuen sairauden hoitotasapainosta. (Terveyskylä 2017d.)

3.3 Opinnäytetyön tausta

Koronaviruspandemia toi mukanaan äkkinäistä ja pakottavaakin tarvetta etähoidon lisääntymiselle koko maailmassa. Koronaviruspandemia näkyi myös lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla. Monet perheet joutuivat perumaan käyntejään vallitsevien suositusten ja sääntöjen vuoksi, mutta olisivat tarvinnut terveydenhuollon ohjausta, neuvontaa tai hoitoa. Etähoidon tarve korostui. Yksikössä huomattiin, että mm. hyvässä hoitotasapainossa olevien lasten kontrollikäynnit voitaisiin välillä hoitaa etähoidon avulla. Diabetespoliklinikan henkilökunta kuitenkin kokee, että etähoitoon siirtyminen ei ole toiminut riittävän hyvin. Etähoitoa annettava ohjelma ei ole vielä täysin hallussa sekä koulutus etähoitoon on jäänyt vähäiseksi tai sitä ei ole saatu lainkaan. Etähoitoon olisi pitänyt valmistautua parem-

min ja huolellisemmin, sillä yhtenäistä toimintamallia ei ole. Etähoitoa on toteutettu tähän asti pääosin puhelimitse ja vähäisissä määrin videopuheluiden avulla. Kyseisessä sairaalassa on käytössä ohjelma, jonka kautta etäpalveluita voidaan toteuttaa. Tässä opinnäytetyössä kyseistä ohjelmaa käytetään nimellä OmaEtä anonymiteetin takaamiseksi. OmaEtä on sähköinen asiointipalvelu potilaan ja sairaalan välillä, mutta sen käyttö vielä vähäistä lasten ja nuorten diabetespoliilla. Palvelusta näkee mm. omat varatut ajat, sähköiset kyselyt ja sen kautta voidaan järjestää etävastaanottoja. Diabetespoliklinikan henkilökunta kokee vielä osaamattomuutta ohjelman käyttöön, joka luo epävarmuutta etähoidon toteuttamiselle. (Suullinen tieto, opinnäytetyön toimeksiantaja, 12.5.2021.)

3.4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää etähoitoa lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla. Tarkoituksena on selvittää ryhmähaastatteluiden perusteella, mitä henkilökunta kertoo etähoidon nykytilasta, mahdollisista hyödyistä ja toteuttamiseen vaikuttavista tekijöistä. Näiden tietojen avulla voidaan kehittää etähoitoa ilmi tulleiden tarpeiden mukaan. Tavoitteena kehittämisen myötä on mahdollistaa etähoidosta yksikölle toimiva käytäntö ja hoitomuoto muiden annettavien palveluiden rinnalle.

Tutkimuskysymyksiksi tähän opinnäytetyöhön muodostui:

- 1.) Mitä etuja tai lisäarvoa etähoito tuo henkilökunnan kertomana?
- 2.) Mitkä ovat etähoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät henkilökunnan näkökulmasta?
- 3.) Mitä toimivan etähoitokäytännön kehittäminen vaatii?

4 Tietoperusta

4.1 Sähköiset palvelut ja digitalisaatio

Digitalisaatio voidaan määritellä teknologiseksi voimaksi, joka lisää globalisaatiota sekä taloudellisesti ja kulttuurisesti. Digitalisaation vaikutukset näkyvät useilla eri alueilla, viestinnässä, taloudessa, työnteossa, päivittäisessä elämisessä, sähköisissä palveluissa, koulutuksessa, terveydenhuollossa ja niin edelleen. Digitalisaation ja teknologian kasvu antaa niin yksilöille kuin organisaatioillekin rajattomat mahdollisuudet tiedon kasvulle. Ihmiset, paikat ja tieto liittyvät toisiinsa tavalla, joka muuttaa yhteiskuntaa ja pakottaa sen kehittymään. (Isaksson & Wennberg 2016, 2.) Teknologia muokkaa ja muuttaa myös terveydenhuoltoalaa monin tavoin digitalisaation aikakautena. Sosiaali- ja terveysalalla digitalisaatio ei tarkoita ihmisten korvaamista koneilla tai roboteilla, vaan osaamisen uudelleen jäsentämistä. Työntekijöiden täytyy löytää keinot sopeutua ja muuttaa toimintatapojaan uuden aikakauden kehityksen mukana. (Saetra & Fosch-Villaronga 2021, 14.)

Digitalisaatiosta puhutaan aikakautemme suurimpana muutosvoimana. Ihmisten tapa hankkia tietoa, kuluttaa palveluja, hoitaa ja jakaa asioita sekä olla vuorovaikutuksessa on muuttunut merkittävästi digitalisaation ansiosta. Digitalisaatio pakottaa uudistamaan toimintatapoja ja osaamista toimialasta riippumatta. Sen avulla tavoitetaan uusia asiakkaita, myydään enemmän, palvelee paremmin ja nopeammin, tehokkaammin ja laadukkaammin. Nykyisiä toimintatapoja tulee kyseenalaistaa ja suhtautua uusiin mahdollisuuksiin uteliaasti ja rohkeasti kokeillen. Digitalisaation vauhti on kiihtyvä, joten nykytasoon tyytyminen on riski toiminnalle, vaikka merkittäviä askelia kohti digitalisaatiota kohtaan olisi jo otettu. Uudistumiskyky ja ajanhermoilla pysyminen on menestyksen kannalta merkittävää. (Ilmarinen 2015, 13–16.) Saetra ja Fosch-Villaronga (2021) kertovat artikkelissaan, että digitalisaation pitkän aikavälin vaikutukset tulee asettamaan uudet vaatimukset digitaaliselle ja tekniselle osaamiselle. Näihin vaatimuksiin vastaaminen saattaa tulevaisuudessa muuttaa yhteiskuntaa esimerkiksi koulutusjärjestelmien uudistuksilla. (Saetra & Fosch-Villaronga 2021, 14–15.)

Digitaaliset palvelut mielletään sähköisiksi palveluiksi. (Ilmarinen 2015). Sähköisille palveluille, asiointille tai vuorovaikutteisille palveluille ei ole virallista yhtenäistä määritelmää. Käsitteitä käytetään eri tavoin osin käyttäjistä ja asiayhteyksistä riippuen. (Hyppönen 2008, 12.) Sähköisiä terveyspalveluita on kehitetty aktiivisesti viime vuosina. Uuden teknologian käyttöönotolla pyritään saamaan aikaan palveluita, jotka ovat kustannustehokkaita, saumattomia ja laadukkaita. Palvelujen pitäisi pystyä vastaamaan palvelujen sekä henkilöstön saatavuuteen ja palvelutarpeiden lisääntymisen haasteisiin. (Jauhiainen &

Sihvo 2015, 210.) Digitalisaation myötä kuluttajatottumukset muuttuvat, kuluttajien ja tuottajien välinen raja hämärtyy ja kuluttajien rooli palveluiden kehittämisessä kasvaa entisestään. Digitalisaatiolla on näin ollen suuri vaikutus myös asiakasarvon edistämiseksi, sillä se edistää arvon luomista myös asiakkaiden näkökulmasta. (Isaksson & Wennberg 2016, 1.) Monet ovat kiinnostuneet etsimään tietoa sairauksistaan ja osallistumaan omaa terveyden- ja sairaanhoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tarjoamalla tietoa ja sekä vuorovaikutteisia kanavia osallistua omaan hoitoon tuetaan samalla potilaan motivaatiota, aktiivisuutta ja kokonaisvaltaista muutosta oman terveyden edistämiseksi. (Hyppönen 2008, 14–15.) Isaksson ja Wennberg (2016) kertovat tutkimuksessaan digitaalisten terveyspalveluiden olevan yksi kysytyimmistä palvelumuodoista lähitulevaisuudessa. Ennusteen mukaan hoitomuotojen kehittäminen yhdessä palveluiden käyttäjien sekä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa kasvavat globaalisti merkittävästi lähivuosina. Etäterveydenhuollon avulla mahdollisesta palvelun arvon lisääntymisestä, terveyden laadun parantumisesta sekä työn tehokkuutta. (Isaksson & Wennberg 2016, 4–5.)

WHO määrittelee laadukkaan terveydenhuollon olevan vaikuttavaa (effective), tehokasta (efficient), oikea-aikaisesti saavutettavaa (timely), potilaskeskeistä (people-centered), oikeudenmukaista (equitable), kokonaisvaltaista (integrated) ja turvallista (safe). (WHO n.d.) Suomessa vastuu terveyspalveluiden tuottamisesta on ollut kunnilla ja kuntayhtymillä. Sote-uudistus on yksi Suomen historian merkittävimmistä hallinnollisista uudistuksista, joka tulee voimaan vuonna 2023. Vuoden alusta vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy 21 hyvinvointialueelle. Toimintarakenteita- ja malleja luodaan ihmislähtöisesti, jotta asiakkaille saataisiin parempia palvelukokonaisuuksia. (Sote-uudistus a.) Lillrankin (2015) mukaan terveydenhuollon laatu on korkeaa silloin kuin palveluissa hyödynnetään asiakkaisen vaatimukseen, toiveisiin ja odotuksiin perustuvaa palvelumuotoilua. Terveydenhuollon laatua on kuvattu matalaksi silloin kuin ennalta asetettuihin vaatimukseen vastataan, muttei huomioida muita tekijöitä. (Lillrank 2015, 356.) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma on osa sote-uudistusta, jonka tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta. Ohjelmassa pyritään painottamaan toimintaa ennaltaehkäisevään ja ennakoivaan työhön. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden varmistaminen ja palveluiden monialalaisuuden ja yhteen toimivuuden vahvistaminen ovat tärkeitä tavoitteita, joihin pyritään pääsemään osittain digitalisaation tuomia apua hyödyntäen. (THL 2022.)

4.2 Etähoito

Sosiaali- ja terveysala on sektori, jossa digitaalinen muutos alkaa muuttaa vallitsevia käytäntöjä ja ratkaisuja. Terveydenhuollon laadun ja tehokkuuden parantamisen tarve on

kasvava haaste kaikkialla. Syitä on monia, kuten väestön ikääntyminen, korkea elinikä, pitkäaikaissairaudet, kaupungistuminen ja maaseudun terveystalouden huono saataavuus. Ne maat, jotka pystyvät tarjoamaan uudenlaisia palveluita ovat luomassa tulevaisuudelle merkittävää lisäarvoa. Digitaalisesti hajautetut terveystaloudet sekä lääketieteen innovaatiot kasvavat maailmanlaajuisesti. (Isaksson & Wennberg 2016, 3–4.) Telelääketiede, etäterveys ja virtuaaliterveys lisääntyvät nopeasti terveydenhuollossa. Nämä termit viittaavat tietoliikennetekniikan ja sähköisen tiedon käyttöön terveyden tukemisessa ja etähoidon tarjoamisessa. (Burke & Lucas 2021, 8.)

Etäterveydenhuollon termeillä on käytännössä hyvin useita määritelmiä. Telelääketiedettä ja etäterveyttä käytetään usein vaihtokelpoisina termeinä. Telelääketiede tarkoittaa yleensä suoraa kliinisen palveluntarjoajan antamaa hoitoa. Etäterveyspalveluihin kuuluvat kliininen hoito sekä terveysseulonnat- ja ennaltaehkäisy, terveydenhuolto, ammatillinen terveyteen liittyvä koulutus, kansanterveys ja terveyshallinto. Virtual Health, e-Health ja digitaalinen terveys viittaavat entistä laajempaan joukkoon digitaalisia tieto- ja apuvälineitä. (Burke & Lucas 2021, 8–9.) Vuonovirta määrittelee väitöskirjassaan (2011) etäterveydenhuollon tarkoittavan terveystalouden tuottamista ja terveyteen liittyvien tietojen välittämistä teknologian avulla. Etäterveydenhuolto (telehealth) on laajempi käsite kuin etälääketiede (telemedicine). Etälääketiede-käsitettä käytetään yleensä silloin, kun puhutaan kliinisten lääkäripalveluiden tuottamisesta, konsultoinnista tai koulutuksesta. Etähoito (telecare) määritellään ihmisten hoitamisena, ohjaamisena, tukemisena tai elintoimintojen valvomisella etäteknologian avulla. (Vuonovirta 2011, 20.) Valvira määrittelee etäpalvelut terveydenhuollossa potilaan tutkimisena, diagnosoimisena, seurantana tai hoitona verkossa esimerkiksi videoyhteyden avulla. Etäpalvelun toteuttamiseen tarvitaan aina potilaan suostumus. Terveydenhuollon ammattihenkilön on erikseen arvioitava, soveltuuko potilas hoidettavaksi etäyhteyden avulla. Potilas on ohjattava paikan päälle vastaanotokäynnille, jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää fyysistä tutkimista tai hoitotilanteissa, joissa itsemääräämisoikeus saattaa rajoittua. Etäpalveluiden tulee olla lääketieteellisesti asianmukaisia ja potilasturvallisia. Annetusta etähoidosta pitää tehdä viralliset potilasasiakirjamerkinnot ja potilastietoja käsiteltäessä on käytettävä järjestelmiä, joissa salassapito, tietosuoja ja tietoturva ovat säännösten mukaisia. (Valvira 2020.)

Ensimmäiset etäterveydenhuoltokokeilut tehtiin jo 1960-luvulla, mutta varsinaisesti se on kehittynyt ja laajentunut 1990-luvulta lähtien. Aluksi etäteknologialla tarkoitettiin videoneuvottelutekniikkaa, mutta myöhemmin etäteknologia on laajentunut erilaisiin web-sovelluksiin ja mobiiliteknologiaan. (Vuonovirta 2011, 20.) Yhdysvaltojen terveys- ja ihmispalveluministeriön (HHS) mukaan etäterveyden perusmenetelmiä on neljä: synkroninen, asynkroninen, potilaan etäseuranta ja mobiiliterveys. Synkroninen menetelmä tarkoit-

taa suoran audiovisuaalisen interaktiivisen konsultoinnin toimittamista terveydenhuollon tarjoajan ja kenen tahansa henkilön välillä. Henkilö voi olla potilas, hoitaja tai muu asiantuntija. Tämä viestintä tapahtuu reaaliajassa ja usein korvaa henkilökohtaisen tapaamisen. Asynkroninen menetelmä tarkoittaa lähinnä tallennettujen tietojen siirtämistä suojatun sähköisen viestintäjärjestelmän kautta terveydenhuollon ammattilaisille. Tiedot voivat olla esimerkiksi kuvantamiseen liittyviä, kuten röntgen tai MRI-kuvia, videoita tai muita potilaan tietoja, joita ammattilaiset tarvitsevat myöhemmin diagnosointia tai hoidon suunnittelua varten. Potilaiden etävalvonta määritellään digitaalisten laitteiden ja tekniikoiden käyttönä, joiden data lähetetään etäterveydenhuollon tarjoajille. Etävalvonnan kautta voidaan kerätä tietoa esimerkiksi potilaan elintoiminnoista tai verensokerista erilaisten seurantalaitteiden avulla. Tällaisten laitteiden ja palvelun avulla voidaan tehostaa kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden säännöllistä seuranta ja tukea potilaita itsehoidossa. Mobiiliterveys on terveydenhuoltopalvelujen ja henkilökohtaisten terveystietojen tarjoamista mobiililaitteiden, kuten älypuhelimien ja tablettitietokoneiden kautta. Nämä laitteet lataavat ja käyttävät sovelluksia, jotka ovat suunniteltu edistämään terveyttä. Erilaiset mobiililaitteet voivat kerätä myös terveystietoa henkilöistä kameran, mikrofoniin ja muiden antureiden avulla. (Burke & Lucas 2021, 5–6.) Maailmalla etäteknologiaa on hyödynnetty paljon diabeteksen hoidossa. Etäterveydenhuolto ja etähoito soveltuu erityisen hyvin diabeteksen hoitoon sen elinikäisen keston ja itsehoidon keskeisyyden vuoksi. (Bellazzi 2008, 98; Verhoeven ym. 2010, 667–668.) Diabeteksen etähoitossa on hyödynnetty useita etähoidon menetelmiä potilaan hoidossa. Yhdessä nämä teknologiat vaikuttavat parhaiten diabeetikon elämäntilaan ja sairauden hoitoon. (Verhoeven ym., 2010, 667–668.)

Etäterveydenhoito kehittyi ja laajenee tänä päivänä useiden tekijöiden vuoksi. Koronaviruspandemia on ollut viime vuosina yksi suuri syy etäpalveluiden kasvun ja kysynnän nousuun, mutta muitakin syitä on. Potilaiden hoitopaikan valinnanvapaus, sijainti- ja tarjoajajajoitusten purku, on osa syy mahdollistamaan palvelujen laajenemisen. Tietoliikenneinfrastrukturi ja laajakaistayhteydet paranevat edelleen, mikä tukee laajempaa käyttöä. Lisäksi sähköisen kaupankäynnin nousu on nostanut ihmisissä odotukset korkeammalle myös terveydenhuoltoon pääsyn suhteen. Burke ja Lucas (2021) tunnistaa kuusi etäterveydenhoidon käyttöönottoon vaikuttavaa tekijää: politiikka, rahoitus, näytöt, teknologia, terveydenhuoltojärjestelmien muutos ja kulutuskysyntä. Silti etäpalvelut ovat koronaviruspandemian vauhdittamisesta huolimatta vasta alkuvaiheessa. (Burke & Lucas 2021, 3.)

4.3 Etähoidon hyödyt ja lisäarvo eri sidosryhmille

Potilaan rooli passiivisesta osallistujasta aktiiviseen lisää terveydenhuollon tuottamaa arvoa monella tavalla. Potilaiden omat valinnat mm. elintavoistaan vaikuttavat sairauksien

ehkäisyn ja pitkäaikaissairauksien hoidon tuloksiin. Potilas on yleensä oman sairautensa paras asiantuntija ja potilaan valinnan vapauden lisääminen vahvistaa terveydenhuollon motivaatiota kehittää palveluita tehokkaammin terveyttä tuottaviksi kokonaisuuksiksi. (Teperi ym. 2009, 19.) Koronaviruspandemia on vaikuttanut kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden elämään huomattavan paljon. Etenkin kakkostyyppin diabetesta sairastavien henkilöiden arveltiin olevan suuremmassa vaarassa saada vakava taudinmuoto pandemian alussa. Maailmassa alettiin kehittämään uusia terveydenhuollon palveluita etähoidon avulla, jotta pystyttiin vähentämään sairaala- ja poliklinikkakäyntejä koronaviruksen leviämisen ehkäisemiseksi. Tutkimuksissa on tullut hyviä tuloksia etenkin diabeteksen etähoitossa. (Silva-Tinoco & de la Torre-Saldana 2020, 309; Al-Sofiani ym. 2020, 229–230.) Maissa, joissa etähoito oli jo vakiintunut käytäntö ennen koronaviruspandemiaa, pystyttiin ylläpitämään paremmin diabeteksen hoitotasapainoa kuin maissa, joissa etähoito ei ollut tuttua. Kehitysalueilla kuten Lähi-Idässä ja Etelä-Aasiassa etälääketieteen infrastruktuurissa on puutteita, mutta pandemian edessä kehitettiin yksinkertaisia ja helppokäyttöisiä etähoitoklinikoita niillä resursseilla ja välineillä, mitä potilailla ja terveydenhuollolla oli saatavilla. Al-Sofianin ym. tutkimuksessa oli mukana myös diabetesta sairastavia lapsiperheitä. Tulokset olivat hyviä, vaikka etähoitokonsepti kehiteltiin nopeasti maailmanlaajuisen hätätilan sanelemana. (Al-Sofiani ym. 2020, 229–231.) Silva-Tinocon ja de la Torre-Saldanan (2020) tutkimuksessa tutkittiin diabetesta sairastavien raskaana olevien naisten hoidon siirtämisestä kasvokkain tapahtuvista vastaanottokäynneistä etäyhteydellä pidettäviin palveluihin Meksikossa. Potilaisiin otettiin yhteyttä pandemian aikana pääosin puhelimitse tai videoyhteyden avulla. Tutkimustulokset olivat hyviä ja etähoito saatiin toimivaksi käytänteeksi nopeasti käyttämällä niitä resursseja, jotka olivat tilanteeseen mahdollisia. Potilaat saivat reaaliaikaista neuvontaa ja hoitoa etäyhteyden avulla. (Silva-Tinoco & de la Torre-Saldana 2020, 309–311.)

Arvoon perustuva terveydenhuolto perustuu Michael E. Porterin ja Elizabeth Olmstead Teisbergin vuonna 2006 ilmestyneen teoksen ”Redefining Health Care” esiteltyyn strategiseen viitekehykseen tulevaisuuden terveydenhuollosta. Mallia kutsutaan ”Value-based Health Care”, suomeksi arvoon tai vaikuttavuuteen perustuva terveydenhuolto. Arvo voidaan terveydenhuollossa määritellä asiakkaille tai potilaille tuotettuna terveytenä suhteutettuna käytettyihin voimavaroihin. Arvoon perustuva terveydenhuolto tarkoittaa terveyttä tehokkaasti tuottavaa järjestelmää. Kilpailu perustuu arvon tuottamisen paremmuuteen ja sen saavuttaminen vaatii uudenlaisia toimintamalleja ja rakenteellisia uudistuksia. (Teperi ym. 2009, 15–16.) Tällaisilla uudenlaisilla toimintamalleilla kuten Silva-Tinoco ja de la Torre (2020) sekä Al-Sofiani ym. (2020) ovat artikkeleissaan kuvanneet, on saatu tuotettua lisää arvoa etähoidon avulla.

Gadeikiene ym. (2021) artikkelissa tutkitaan etäterveyspalveluita ja niiden tuomaa lisäarvoa eri sidosryhmille. Etäterveyden lisäarvo määritellään artikkelissa lisäarvona, joka syntyy yhdessä etäterveydenhoidon ja yleisen terveydenhuollon arvon lisäksi. Artikkelissa kerrotaan että, etäterveyspalveluiden kehittämisen äärellä on tärkeää ymmärtää etäpalveluiden lisäarvo kaikille sidosryhmille. Yhdessä luodun ja tuotetun lisäarvon moninaisuuden huomiotta jättäminen voi johtaa etäterveyspalveluiden epäonnistumiseen. Jos etäpalvelut tuottavat esimerkiksi potilaille merkittävää lisäarvoa ja muille sidosryhmille, esimerkiksi maksajille tai organisaatiolle ei, saattaa etäpalveluiden käyttöönottoon muodostua haasteita. Artikkelissa tutkitaan lisäarvon tuottamista potilaille, lääkäreille ja organisaatiolle Liettuassa ja Yhdysvalloissa. Tulokset osoittivat, että lisäarvoa pystyttiin tuottamaan etähoidon avulla niin potilaille, lääkäreille sekä organisaatiolle. (Gadeikiene ym. 2021, 1434–1438.)

Etäterveydenhuollon kasvaminen uskotaan tuovan paljon hyötyjä niin organisaatiolle kuin asiakkaalle. Etähoitopalveluiden laajentuminen sekä teknologian ja digitalisaation kehittyminen mahdollistavat terveyspalveluita niihin paikkoihin, joissa ne eivät ole mahdollisia. Etäpalveluiden avulla on parannettu terveydenhuollon saatavuutta maantieteellisesti syrjäisillä aluilla, mutta myös muita hyötyjä on vuosien saatossa havaittu. Näitä etuja ovat mm. kyky alentaa terveydenhuollon kustannuksia, tehostaa terveydenhuollon resurssien käyttöä, edistää parempia terveystuloksia ja vaikutuksia sekä parantaa potilaiden tyytyväisyyttä. (Burke & Lucas 2021, 2.) Vuonovirran (2011) väitöskirjan tulokset tukevat Burken ja Lucasin kertomaa; etäterveydenhuollon avulla parannetaan hoidon saatavuutta, laatua ja jatkuvuutta. Etähoito saattaa tuoda merkittäviä hyötyjä kustannuksiin, sillä informaatio siirtyy nopeammin ja paremmin sekä matkustamisesta aiheutuva vaiva ja kustannukset vähenevät. Sen uskotaan vaikuttavan hoitoaikojen ja hoidonpääsyn lyhenemiseen ja tehokkaampaan hoitoon. (Vuonovirta 2011, 30.) Myös Gadeikienen ym. 2021 kertovat artikkelissaan etäterveyspalveluiden tuoneen terveydenhuollon tarjoajalle eli organisaatiolle taloudellista lisäarvoa. Etäpalvelut nähdään uuden tulovirran lähteenä ja kustannustehokkaana palveluna. Etähoidon avulla uskotaan saavan aikaan säästöä resursseissa ja ajassa. Etähoidon uskotaan tuovan myös toiminnallista arvoa palvelun laadun parantumisena. (Gadeikiene ym. 2021, 1434–1438.) Wade ym. (2010) artikkelin mukaan organisaatiolle muodostui säästöjä etähoidosta, jossa käytettiin potilaiden omia laitteita ja verkkoyhteyksiä ja vain yhden terveydenhuollon ammattilaisen työaikaa. (Wade ym. 2010, 9–10).

Etäterveydenhuollon kustannuksia pohtiessa täytyy myös ajatella työntekijöiden ja ammattilaisten saamaa lisäarvoa etähoidosta. On todettu, että terveydenhuollon ammattilaisten konsultaatioiden lukumäärät sekä hoitoon osallistuvien ammattilaisten lukumäärä vaikuttavat kokonaiskustannuksiin (Wade ym. 2010 8–13), mutta myös ammattilaisten saamaa

lisäarvoa etähoidosta on syytä arvioida. Gadeikien ym. (2021) artikkelissa lääkäreiden saama lisäarvo etähoidosta oli vähäisempää. Lääkäreiden kokema lisäarvo syntyi pääosin potilasetävalvonnan kautta. Tämä koostui kahdesta eri potilasseurannan tyyppistä: kroonista sairautta, kuten diabetesta sairastavien potilaiden ja sairaalasta kotiutuvien potilaiden etäseurannasta. Suuri osa tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä koki etähoidon tuovan hyötyä työhönsä. Etähoidon ei koettu vievän niin paljon aikaa kuin tavallisen vastaanoton. Osa lääkäreistä koki videovastaanotot varsin hyvinä kohtaamisina ja tunsivat pystyvän luomaan jopa paremman yhteyden potilaiden kanssa etähoidon avulla. Osa lääkäreistä mainitsi etäpalveluiden haittana luottamuksen niin itseensä kuin potilaaseen, onko potilaan kertomat tiedot totta, tekeekö lääkäri oikean diagnoosin, jos potilas ei puhu totta tai jääkö lääkäriltä jotain tärkeää huomaamatta. (Gadeikiene ym. 2021, 1434–1438.)

Etähoidon hyödyistä kerrotaan paljon. Toisaalta joissain tutkimuksissa etähoidosta puhutaan melko neutraaliin tai jopa negatiiviseen sävyyn. Esimerkiksi Cartwright ym. (2013) eivät tutkimuksessaan löytäneet etähoidosta hyötyä kroonisia sairauksia sairastaville potilaille. Artikkelin mukaan etähoitoa ei pitäisi käyttää välineenä potilaiden elämänlaadun tai psyykkisten tulosten parantamiseen. (Cartwright ym. 2013, 7.) Etähoidon taloudellisista hyödyistä on hyvin ristiriitaisia tuloksia mm. Hendersonin ym. (2013) laajassa tutkimuksessa etäterveydenhuollon kokonaiskustannukset muodostuivat lopulta suuremmiksi kuin perinteisellä tavalla toteutettu hoito paikan päällä. Tutkimuksessa ilmeni myös, että potilaille ei etähoidon avulla tullut sen parempia tuloksia kuin perinteisillä terveydenhuollon menetelmillä. (Henderson ym. 2013, 8.) Zachrison ym. (2020) mainitsevat artikkelissaan, että etäpalvelujen kustannukset ovat raportoitu olevan yksi suurimmista esteistä etähoidon käyttöönotolle. Kustannuksia syntyy etenkin teknologiaan liittyviin seikkoihin kuten viestintäverkkoihin, laitteiden hankintaan ja ylläpitoon ja tietoturvaan. (Zachrison 2020, 398.)

Gadeikien ym. (2021) artikkelin mukaan potilaat hyötyivät etähoidosta muita sidosryhmiä enemmän. Potilaiden saama lisäarvo etähoidosta koostui toiminnallisesta arvosta, taloudellisesta arvosta sekä tunnearvosta. Toiminnalliseen arvoon sisältyi hoidon saataavuuteen ja helppouteen liittyvät seikat, kuten nopea hoitoon pääsy milloin potilaille sopi parhaiten ja matkustamisesta aiheutuvan vaivan poistumiseen. Potilaat olivat myös tyytyväisiä varhaiseen ja nopeaan diagnoosiin etähoidon avulla. Potilaiden taloudellinen arvo koostui kustannussäästöistä ja aikakustannussäästöistä. Etähoito koettiin halvemaksi rahallisesti sekä ajallisesti hyödyllisemmäksi. Tunnearvo piti taas sisällään potilaiden kokemuksen emotionaaliseen arvoon. Potilaat tunsivat alhaisempaa stressitasoa etähoidon avulla, koska heidän ei tarvinnut mennä sairaalaan. Etähoidon avulla potilaiden motivaatio itsehoitoon kasvoi. (Gadeikiene ym. 2021, 1434–1438.)

Suomessa Iho- ja allergiasairaalan lastenyksikössä HUS:ssa aloitettiin Terveyskylän Omapolun etävastaanotot vuonna 2020 koronapandemian vuoksi. Muutamassa kuukaudessa 80 % vastaanotoista oli muutettu etävastaanotoiksi. Perheet saivat etävastaanotto-ohjeet tekstiviestillä, eikä Omapolulle rekisteröityminen tuottanut digitaalisiin ratkaisuihin tottuneille vanhemmille suurempia ongelmia. Vanhempien kerrottiin olevan erittäin tyytyväisiä palveluun ja etenkin siihen, että peruuntuneet ajat korvattiin etäkäynneillä. Peijaksen sairaalassa keuhkosairauksien poliklinikalla otettiin käyttöön keväällä 2020 Apotin Maisa-videokäynnit. Kokemuksen mukaan etävastaanotto sopii hyvin potilaille, jotka ovat kontrollin tai hoidon seurannan tarpeessa. Videoyhteyden merkitystä korostettiin, sillä kasvokkain näkeminen videon avulla koettiin tärkeäksi. Sanattoman viestinnän rooli kuvattiin tärkeäksi ja videokuvan avulla kontaktista muodostui henkilökohtaisempi. Poliklinikalla on huomattu, että varsinkin kiireistä elämänvaihetta elävät työkäiset ovat olleen tyytyväisiä palveluun. Asiakkaan eduksi koettiin etähoidon myötä ajan säästö matkustamisen suhteen sekä aikojen peruuntumisen väheneminen. (Aho 2020.)

Tällä hetkellä viidennes HUS:in vastaanotoista toteutuu etänä. Etävastaanotot vakiintuivat Peijaksen sairaalan lasten vastaanotoilla. Etävastaanottoja kerrotaan olevan suunnitellusti, mutta myös yllättävissä tilanteissa kuten sairastumistapauksissa. Etävastaanotot soveltuvat pitkäaikaissairautta kuten kilpirauhasen vajaatoimintaa, diabetesta tai astmaa sairastaville lapsille. Jos sairauden hoito on hallussa ja tasapainossa, näissä tilanteissa kerrotaan joka toisen käynnin voivan olla etävastaanotto. Etähoidon käynnistymisen alussa huomattiin, että selkeät ohjeet niin henkilökunnalle kuin potilaille ovat ensiarvoisen tärkeitä, jotta etävastaanotto toimii. Perheet ovat kokeneet paljon etuja etähoitokäynneistä. Matkustamisen väheneminen etenkin niissä perheissä, joissa käyntejä on paljon, on tuonut helpotusta arkeen. Myös osa nuorista on kokenut etähoidon hyödylliseksi vaihtoehdoksi, jos motivaatio on kadoksissa sairauden hoidon tai hoitoon tulemisen vuoksi. HUS:ssa halutaan lisätä etävastaanottojen määrää edelleen sen hyötyjen vuoksi, mutta vain silloin kun etähoito toimii ja tuo lisäarvoa. Etävastaanoton kerrotaan sopivan tilanteisiin, joissa ei tarvita potilaan varsinaista tutkimista. On tärkeää, että molemmat osapuolet, ammattilainen ja potilas, kokevat etähoidon miellyttävänä hoitomuotona, eikä se ole ulkopuolisten syiden pakottama. (HUS 2022.)

Kuten minkä tahansa nousevan innovaation tai uudenlaisen teknologian kohdalla, myös etähoidon lisääntynyt käyttö on tuonut haasteita. (Burke & Lucas 2021, 2.) Vuonovirta (2011) kertoo väitöskirjassaan etäterveydenhuollon hyödyissä, vaikuttavuudessa ja kustannusvaikuttavuudessa olevan ristiriitoja. Useat tutkimukset etähoidon hyödyistä ja kustannusvaikuttavuudesta osoittavat epäyhtenäisyyttä ja metodologisia puutteita, mitkä vaikuttavat yleistettävyyteen. (Vuonovirta 2011, 31.) Silva-Tinocon ja de la Torre-Saldanan

tutkimuksessa kävi ilmi, että pandemian vuoksi nopealla aikataululla tehty etähoito kaipaisi kuitenkin uudelleensuunnittelua pandemiatilanteen rauhoituttua. Tämän hetken näkemyksen mukaan etähoito tulee olemaan osa terveydenhuoltoa jatkossakin, etenkin kroonisten sairauksien kuten diabeteksen hoidossa, mutta paikan päällä tapahtuvan hoidon uskotaan säilyttävän silti paikkansa. Etäterveydenhoito kaipaa vielä hiomista ja kehittämistä, missä otetaan paremmin huomioon erilaisten hybridimallien suunnittelu, protokollat, hoidon laatu, koulutus ja potilasturvallisuus. (Silva-Tinoco & de la Torre-Saldana 2020, 309–311.) Samankaltaisia suunnitelmia on myös HUS:n seudulla, vaikka etävastaanotot ovat käynnistyneet hyvin, tarkoituksena on selvittää, miten etähoito sujuisi jatkossa paremmin. Tavoitteena olisi myös kehittää yhdenmukainen toimintamalli, jonka avulla pystytään parantamaan entisestään saatavuutta ja asiakaskokemusta. (Aho, 2020.)

4.4 Etähoidon käyttöönottoon vaikuttavat tekijät

Sähköisten terveystalveluiden kehittämisessä ja käyttöönotossa on kyse ennen kaikkea muutosprosessista. Prosessissa palvelujen tuottaminen muuttuu ja samalla työtoiminta henkilöstöllä uudistuu. Muutos tapahtuu henkilökunnan lisäksi myös asiakkaissa, joiden vastuu oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi lisääntyy ja asiakkaan rooli palvelujen vastaanottajasta muuttuu itse aktiiviseksi toimijaksi. (Jauhiainen & Sihvo 2015, 211.) Muutoksen määrittely ja hahmottaminen on hyvin haasteellista. Muutokset voivat pieniä tai suuria, organisaatio taseisia tai pelkästään yksittäistä työyhteisöä koskevaa. Muutoksiin pyritään aina valmistautumaan suunnitelmalla, mutta joskus muutokset voivat olla yllätyksellisiä, tiedostamattomia tai huomaamattomia. (Laitinen & Stenvall 2014, 96.) Sankelo ja Heikkilä kertovat THL:n raportissa, että suomalaiset ovat varsin muutosmyönteisiä työntekijöitä ja haluavat kehittää työpaikkaansa. Johtajien saama kritiikki muutostilanteissa koskee usein muutosten paljoutta, valmistelua, toteutusta ja tiedottamista. Muutokset aiheuttavat epävarmuutta ja luottamuspulaa, jos keskustelu ja muutoksien perustelut ovat puutteellisia. Muutoksiin sisältyy yleensä uudistuksia, jos muutokset johdetaan hyvin, siitä saattaa syntyä innovaatioita, jotka kehittävät organisaatiota tai työyhteisöä entisestään. (Sankelo & Heikkilä 2015, 191–192.) Uudistumisen myötä on uskallettava kyseenalaistaa vanhoja toimintamalleja ja olla peloton virheiden suhteen. Epäonnistumisen pelko ja vanhentuneet toimintamallit ovat usein pahimmat kehittämisen ja uusiutumisen esteet. (Hänninen 2014, 105.)

Etäteknologian ja etähoidon käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät. Prosessi on yleensä hidas ja monimutkainen, sillä siihen liittyy monta muuttujaa, kuten erilaiset kliiniset sovellukset ja organisaation kontekstit. Onnistumisen arviointi on pitkäjänteistä ja saattaa vaatia useita vuosia ennen kuin onnistumista voidaan tarkastella paremmin.

Syitä hitaaseen onnistumisen arviointiin voivat olla mm. se, että uuden toimintamallin käyttöönottoon osallistuu alussa vähäisiä määriä toimintayksiköitä, ammattilaisia ja potilaita. (Vuonovirta 2011, 25.) Isaksson ja Wennberg (2016) kertovat etäterveydenhuollon kehitystä hidastavan tekniset seikat, integraatiokustannuksiin ja joskus vanhentuneisiin säästöksiin liittyvät ongelmat. Eri järjestelmien yhteensopivuus ja niiden jatkuva kehittäminen olisi tärkeää digitaalisen terveydenhuollon onnistumisen kannalta. (Isaksson & Wennberg 2016, 4–6.)

Zachrison ym. (2020) mainitsevat artikkelissaan etähoidon käyttöönottoon liittyvän erilaisia haasteita eri sidosryhmille. Henkilökunnan etähoidon käyttöönottoon vaikuttavat mm. teknologiset ongelmat, mitä esiintyy laitteiden käyttötaidoissa ja taitojen ylläpitämisessä. (Zachrison ym. 2020, 398.) Vuonovirran (2011) väitöskirjassa esitettiin etäterveydenhuollon käyttöönottoon myönteisesti vaikuttavan teknologian ja laitteiden helppokäyttöisyys. Tutkimus osoitti, että kokeilumahdollisuus, atk-tuen saatavuus ja henkilökohtainen teknologiaosaaminen edes auttoi etäpalveluiden käyttöönoton onnistumista. Videoyhteyksien hallintaan ja helppouteen liittyi laitteen tai ohjelman helppokäyttöisyys ja toimivuus. Tekniset ongelmat ja yhteysongelmat olivat varsinkin alussa yleisiä ja aiheuttivat joillekin kiusaantumisen tunnetta. Atk-asiantuntijoiden tuella oli suuri merkitys ongelmatilanteissa. (Vuonovirta 2011, 57–58.)

Etäpalveluiden käyttöönotto edellyttää työtä ammattilaisten, organisaation, potilaiden ja yhteiskunnan tasolla. Etähoidon onnistumiseen vaikuttavat myönteinen suhtautuminen etäpalveluihin, toimivat työvälineet sen toteuttamiseen sekä kunnollinen koulutus. (Sharma & Prashar 2019, 12.) Zachrisonin ym. (2020) mukaan henkilökunta koki, ettei etähoidon toteutumiseen panostettu tarpeeksi esimerkiksi koulutuksella, mikä vaikutti negatiivisesti käyttöönottoon. (Zachrison ym. 2020, 398). Etähoidon nopea käyttöönotto koronapandemian myötä paljasti muodollisen koulutuksen arvon tehokkaassa etähuollossa. Koulutuksen puute raportoitiin myös Joshin ja Sikkani (2021) artikkelissa olevan yksi suuri tekijä epäonnistuneeseen etäterveydenhoitokokeiluun. Etäterveyspalvelujen laajentuessa on tullut välttämättömäksi varmistaa kaikkien organisaation sidosryhmien koulutus, jotta voidaan maksimoida käyttöönoton ja laadun varmistaminen sekä tarjota yhtenäinen potilaskokemus. Terveydenhuollon organisaatiot voivat kehittää koulutusta, joka vastaa niiden etäterveystarjontaa. Tärkeää kuitenkin on, että koulutusta kehitetään kaikille sidosryhmille sopiviksi. Koulutuksen pitäisi pitää sisällään organisaation käyttämän etähoito-ohjelman perusteellisen perehtymisen, perusteknologiset käyttötaidot laitteisiin, ongelmien vianetsintä- ja ratkaisutaidot sekä tietyn verkkoetiketin. Etähoitoa voi myös harjoitella etukäteen sillä virtuaalinen kanssakäyminen ei kaikilta suju luontevasti. Esimerkiksi videovastaanotolla on kohteliasta huomioida asiallinen tausta ja valaistus sekä pyrkiä katsomaan

kameraan katsekontaktin luomiseksi. Videokameralle puhuminen voi tuntua epämiellyttävältä, mutta harjoittelemalla siinäkin voi kehittyä. (Joshi & Sikka 2021, 2–7.)

Vuonovirta (2011) kirjoittaa väitöskirjassaan terveydenhuollon ammattilaisten hyväksynnän ja osallistumisen olevan keskeinen tekijä onnistuneeseen etäterveydenhoitoon ja sen käyttöönottoprosesseihin. Etähoidon tulisi perustua todelliseen tarpeeseen ja olevan hyödyllinen, jotta henkilökunta kokee muutoksen merkitykselliseksi. (Vuonovirta 2011, 26–32.) Organisaatioiden ja eri toimipisteiden sitoutuminen koettiin olevan ratkaisevan tärkeää hyvän etähoidon lopputuloksen kannalta. Etähoidon edut ja sen asianmukainen käyttö tulisi tunnistaa ja ymmärtää, jotta potilaita voidaan auttaa etähoidon avulla. Jokaisen yksikön tulisi pohtia miten ja millä tavalla etähoito sopii heidän toimintaansa ja käytäntöihin. On myös hyvä pohtia, ketkä hyötyisivät etähoidosta ja olisivat sopivia etähoidon kohde-ryhmäksi. (Joshi & Sikka 2021, 2–3.) Muita raportoituja haasteita etähoidon toteutumisen suhteen koettiin asenteiden ja kulttuuristen esteiden suhteen. (Zachrisson ym. 2020, 398). Henkilökunnan asenteiden ja kokemusten merkitys onnistuneen etähoidon käyttöönottoon mainittiin myös Sharman ja Prasharin (2019) artikkelissa. (Sharma & Prashar 2019, 12).

Hitaaseen käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä voivat olla johdon vähäinen tuki ja kannustuksen puute. Onnistunut muutosprosessi edellyttää hyvää johtamista, tukea, suunnittelua ja riittäviä resursseja. Kehittämispöytätyö vaatii myönteistä suhtautumista ja kaikkien sitoutumista muutokseen. (Jauhiainen 2015, 211.) Organisaation tehtävänä on myös varmistaa, että etäpalvelut ovat hyväksytyt kaikkien sidosryhmien osalta ja organisaatiolla on asiakkaiden luottamus uudenlaisten etäpalveluiden tarjoajana. (Sharma & Prashar 2019, 12.) Etäterveydenhoidon toimeenpano tarvitsee vahvaa johtamista, aikaa, tarpeiden analysointia, suunnittelua ja vaiheittain etenemistä onnistuakseen. Työntekijöitä tulee rohkaista etähoitoon ja pitää huolta, että muutoksesta tulee vakiintunut pysyvä tapa. (Vuonovirta 2011, 36–37.)

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

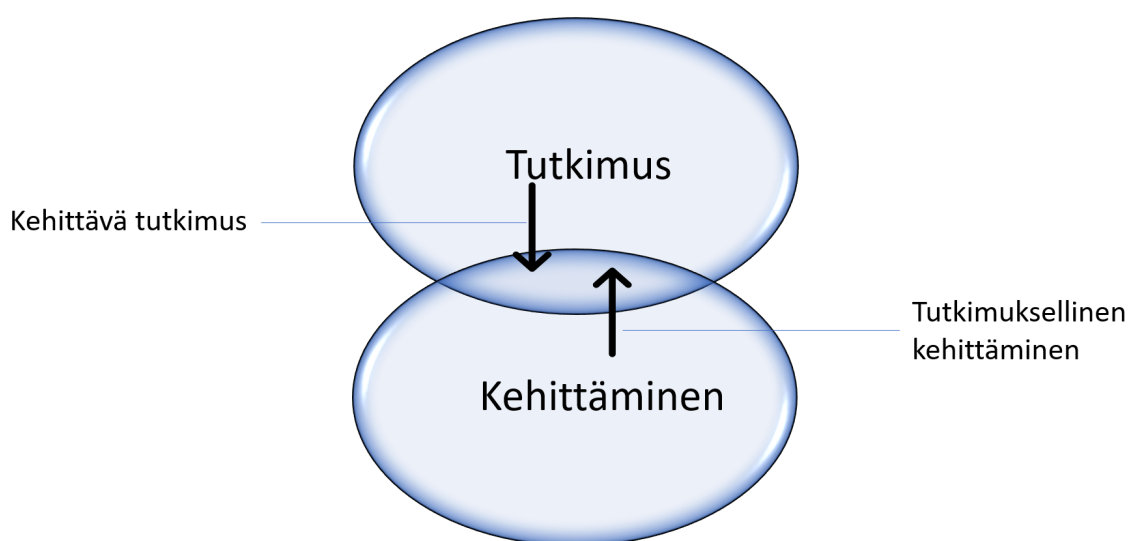
Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämisenä, sillä se tukee käytännön työelämässä työskentelevien ammattilaisten työn kehittämistä ja tutkimista.

Kehittäminen mielletään yleensä konkreettisena toimintana, jonka avulla pyritään saavuttamaan tavoitteet. Kehittämistoiminnan kohde, laajuus, toimintatapa ja lähtökohta voivat kuitenkin vaihdella hyvinkin paljon. Kehittämisellä voidaan pyrkiä muuttamaan toimintatapa tai toimintarakennetta. Toimintatavan kehittäminen voi koskettaa yhden työntekijän työskentelytapoja tai laajemmin koko organisaation yhteisen toimintatavan selkeyttämistä. Iso osa organisaation kehittämisestä määritellään ylhäältä- tai ulkoapäin esimerkiksi organisaation strategisten tavoitteiden muodossa. On myös mahdollisuus edetä toimijälähtöisesti, jossa suunnitellaan kehittämistä avoimesti yhdessä sekä määritellään tavoitteet prosessin edetessä. (Toikko & Rantanen 2009, 14–15.)

Innovatiivisuus ymmärretään käytännöllisenä toimintana, joka syntyy tarpeesta ja uusista ideoista, sisältää tuotoksen ja luo arvoa. Arvo ei ole välttämättä materiaallinen, eikä sitä välttämättä näe heti. (Salonen ym. 2013, 19.) Kehittäminen voi sisällyttää uusien asioiden ideoimista sekä niiden levittämistä ja vakiinnuttamista. Voidaan ajatella, että kehittäminen on käytännön asioiden korjaamista, parantamista ja edistämistä. Onnistuessaan kehittäminen saattaa levitä laajemmalle organisaatioon ja on näin ollen myös uuden taidon ja tiedon siirtämistä. Kehittäminen tähtää muutokseen, jolla tavoitellaan jotain uudempaa, parempaa tai tehokkaampaa toimintamallia kuin aikaisemmin. Kehittämisen alulle paneva tekijä voi olla nykyisen tilanteen tai toiminnan haasteet ja ongelmat tai muuttuvan maailman tuomat uudet näkemykset toimintaan. Kehittämistä voidaan organisoida johtajakeskeisesti, mutta se voi olla myös koko työyhteisön yhteistä toimintaa. Tällöin työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua omaa työtään koskeviin muutoksiin. (Toikko & Rantanen 2009, 14–18.) Salonen ym. kertovat, että työn kehittämiseen tulee osallistua ne henkilöt, jotka tekevät työtä, käyttävät palveluita tai toimivat merkittävinä yhteistyökumppaneina. Kehittämistä ei voi kukaan tehdä yksin, vaan siihen tarvitaan kaikkien panos, jotta lopputulos on luotettava. (Salonen ym. 2013, 39.)

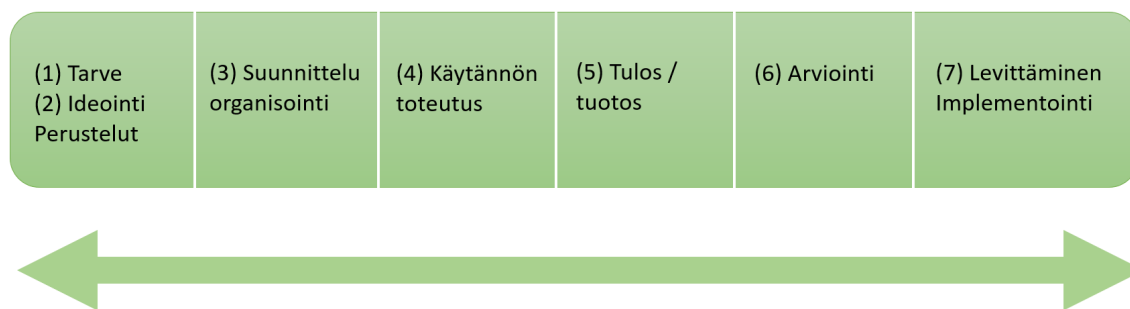
Kehittämisen menetelmät viittaavat usein tutkimusmenetelmiin. Tutkimusmenetelmien ja kehittämismenetelmien välillä on kuitenkin eroavaisuuksia. Tutkimusmenetelmät perustuvat tutkimusongelmaan, eli millaiseen kysymykseen etsitään ratkaisua, niiden luotettavuus arvioidaan tieteellisten periaatteiden mukaisesti. Kehittämisessä ongelmien tieteellisten ratkaisuiden sijaan lähtökohta on käytännöllisempi. Yleensä kehittämismenetelmät vali-

taan sen mukaan, millä päästään tavoiteltuihin tuloksiin. Kehittämisvälineitä voidaan jäsentää sen mukaan, mitä halutaan saada aikaan, esimerkiksi selvittämään kehittämisen tarvetta, ylläpitämään kehittämisen prosesseja tai arvioimaan tavoitteiden saavuttamista. Kehittämisen ja tutkimuksen suhde voidaan selittää niin, että kehittämisessä sovelletaan tutkimustietoa. Tutkimuksen tuottaman uuden tiedon avulla sovelletaan sitä käytäntöön. Voidaan puhua siis tutkimuksellisesta kehittämisestä, jota ohjaa käytännölliset asiat teoreettisten sijaan, mutta käytännölle haetaan tukea teoriasta. Tutkimuksellinen kehittäminen voidaan määritellä yleiskäsitteenä, jolla kuvataan tutkimustoiminnan ja kehittämisen yhteyttä. Tutkimuksellinen kehittäminen näyttäytyy tutkimuksen ja kehittämisen risteyskohdassa kuvio 1. (Toikko & Rantanen 2009, 14–21.)



Kuvio 1. Tutkimuksen ja kehittämisen risteyskohta (mukailtu Toikko & Rantanen 2009.)

Kehittämistoiminta etenee prosessimaisesti ketjuna. Sillä tavoitellaan konkreettisten asioiden tai toiminnan muuttamista tutkittua tietoa hyödyntäen. (Salonen ym. 2013, 34–35.) Kehittämistyössä voidaan ratkoa käytännön ongelmia, luoda uutta tietoa ja käytäntöjä. Myös Ojasalo ym. kuvaavat kehittämistyötä jatkumona, joka voidaan jäsentää muutostyön prosessiksi. Kehittämistyön prosessivaiheet jäsennellään kehittämistarpeiden tunnistamisena, suunnitteluna, organisointina, toteutuksena, tuotoksena, arviointina ja levityksenä. (Kuvio 2.) Käytännössä kehittämistoiminta ei välttämättä etene näin lineaarisesti, vaan vaiheet saattavat nivoutua päällekkäin tai olla yhtäaikaista. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 18–19, 23–25; Salonen ym. 2013, 56.)



Kuvio 2. Lineaarinen eteneminen kehittämistoiminnassa (mukailtu Salonen ym. 2017.)

Kehittämistarpeen tunnistaminen on työn liikkeelle laittava voima. On tärkeää muodostaa yhteinen ymmärrys kehittämisen kohteelle jo vahaisessa vaiheessa ja tehdä rajausta. (Salonen ym. 2015, 56.) Tämän opinnäytetyön toteuttaminen on aloitettu jo huhtitoukokuussa 2021, kun otin yhteyttä lasten ja nuorten diabetespoliklinikan erikoislääkäriin ja osastonhoitajaan. Esitin halukkuuteni tehdä opinnäytetyöni diabetespoliklinikalle ja tiedustelin mahdollista kiinnostusta yhteistyölle. Yhteisen palaverin jälkeen sovimme alustavasti opinnäytetyöaiheeksi organisaation tarpeesta nousseen etähoidon kehittämisen. Tässä opinnäytetyössä edettiin lineaarisesti yllä olevan kuvion mukaisesti.

Ideointivaiheeseen kuuluu vapaata ideointia kehitettävästä aiheesta, esimerkiksi mitä muutettavaa nykykäytännössä on ja miten muutokseen päästään. Ideointi vaiheessa on hyvä osallistaa henkilökuntaa laajasti, jotta aiheeseen saataisiin erilaisia näkökulmia. (Salonen ym. 2013, 58.) Kävin tutustumassa diabetespoliklinikalle ja pääsin tutustumaan, millaista poliklinikan työ todellisuudessa on. Sain myös vaihdettua kuulumiset kasvokkain henkilökunnan kanssa ja kerroin mahdollisesta opinnäytetyöstä lasten diabeteksen etähoidon kehittämiseksi. Tutustumiskäynti poliklinikalle oli itselleni tärkeä ideointi- ja suunnitteluvaiheen kannalta. Salonen ym. (2013). kertoo, että kehittämistoiminnan tulee aina olla myös tarvelähtöistä, tavoitteeltaan tarkoituksenmukaista ja riittävän hyvin suunniteltua. Suunnitteluvaiheen tehtävänä on tarkentaa ideointivaiheen ajatuksia, mitkä ovat realistisia tavoitteita ja mitkä ovat toteuttamisedellytykset. Tässä vaiheessa yleensä selviää, onko kehittämistarve tärkeä organisaation strategian kannalta vai asiakkaiden. Suunnitteluvaiheessa tutustutaan myös teoriaan ja tutkittuun tietoon, sillä se on kehittämistoiminnan perustuvuuden vaateena ja tehdään työstä kirjallinen suunnitelma. Käytännön työskentelyä ei voi kuitenkaan suunnitella liian pikkutarkasti, sillä toteutusvaiheessa voi ilmetä yllättäviä asioita, jotka muuttavat työn suuntaa. (Salonen ym. 2013, 59–60.)

Toteutusvaihe alkaa heti, kun opinnäytetyönsuunnitelma on hyväksytty ja tarvittavat luvat työlle on saatu. Toteutusvaiheessa on tarkoituksena edetä opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti. (Salonen ym. 2013, 60.) Tämän opinnäytetyön toteutusvaihe alkoi syksyllä 2021

ryhmäteemahaastatteluilta. Haastattelut analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä keväällä 2022. Ryhmäteemahaastatteluiden jälkeen oli tarkoitus järjestää workshop- eli työpajatoimintaa, mutta tiukan aikataulun ja ulkopuolisten haasteiden vuoksi työpajatoiminnan järjestäminen olisi merkittävästi hidastanut opinnäytetyöprosessiani. Keväällä 2022 terveys- ja sosiaalialan ammattijärjestö Tehy aloitti työtaistelun Tehyn ja Kunnallisen työmarkkinalaitoksen KT:n tuloksettomiksi jääneiden neuvotteluiden vuoksi. Useiden sairaanhoitopiirien ammattijärjestöön kuuluvat hoitajat menivät lakkoon huhtikuussa 2022. Vaikka lakko kesti vain muutaman viikon, uhka lakon uusiutumisesta ja muista työtaistelun toimenpiteistä esti osaltaan suunnittelun myös tähän opinnäytetyöhön liittyen. Työpajojen järjestämiseen vaikutti myös lähestyvä kesäaika. Kesäloma-ajalle oli jo lähtökohtaisesti vaikea sopia työpajatyöskentelyä niin, että mahdollisimman moni henkilökunnasta pääsisi osallistumaan, joten työpajatoiminnasta luovuttiin kokonaan. Työpajat korvattiin diabetespoliklinikalla järjestettävällä keskustelutilaisuudella. Keskustelutilaisuudessa esiteltiin analyysin tulokset ja henkilökunta sai mahdollisuuden kertoa ajatuksiaan tuloksia ja vielä keran etähoidon kehittämistä kohtaan. Opinnäytetyöni kohdalla siis tapahtui yllättäviä seikkoja, jotka hieman muuttivat työni suunnitelmaa ja kulkua, niin kuin Salonen ym. (2013, 59–60.) varoittelivat. Alun perin opinnäytetyöni piti olla toimintatutkimus, jonka tarkoituksena on yhdistää toimintaa (haastattelut ja työpajat) ja tutkimusta. Mutta opinnäytetyöni eteni tutkimuksellisenä kehittämistyönä laadulliseen tutkimusotteeseen yhdistyen.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tarkasteltavaa ilmiötä tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita henkilöiden kokemuksista, ajatuksista, tunteista ja niiden merkityksistä, joita tutkimuksen kohteena olevat kertovat. Koska toisten ihmisten kokemusmaailmaan on mahdollonta päästä koskaan täysin sisälle, on kehitetty menetelmiä helpottamaan laadullisen tutkimuksen tekemistä. Menetelmillä tarkoitetaan keinoja, joilla lähestytään tutkittavaa aihetta ja vastataan tutkimuskysymyksiin. (Juuti & Puusa 2020, luku 1.) Vilkka (2015, luku 5) kirjoittaa, että laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytäminen esitettävästä asiasta. Tutkimuksen tavoitteena sen sijaa on tuoda julki ihmisten kokemusten ja käsitysten avulla tulkintoja, joita ei voisi havainnoimatta tehdä. (Vilkka 2015, luku 5.)

Laadullista tutkimusta käytetään tietyn ongelman ratkaisuvälineenä. Laadullisessa lähestymistavassa pyritään johtopäätöksissä ja tuloksissa pääsemään pinnan alla oleviin rakenteisiin ja tulkintoihin. (Puusa & Juuti 2020, luku 4.) Tutkimusaineistoksi valitaan usein haastattelu. Haastattelut voivat olla yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluita. Tutkimustavoitteeseen päästäkseen pitää löytää oikea haastattelumetodi, sillä haastatteluun osallistuvien ei odoteta antavan pelkästään tietoa aineistoon. Ideaalista olisi, että haastateltavatkin hyötyisivät tutkimukseen osallistumisesta oppimalla uutta tutkittavasta ilmiöstä. Jos laadul-

linen tutkimus on haastattelu, haastattelijalle olisi eduksi kohderyhmän, toimintaympäristön sekä kulttuurin hyvä tuntemus, jotta laadullisen tutkimuksen erityispiirteinä pidetyt käsitteet ja kokemukset eivät tule väärinymmärretyiksi. (Vilkka 2015, luku 5.)

5.2 Aineiston keruu

Tähän opinnäytetyöhön aineisto kerättiin ryhmäteemahaastatteluilla. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa vastaaja saa vastata omin sanoin kysymyksiin. Keskeinen idea teemahaastattelussa on, että se etenee tiettyjen ja tärkeiden teemojen mukaisesti. Teemahaastattelussa metodologisesti korostetaan tulkintoja, asioille antamia merkityksiä ja miten vuorovaikutus vaikuttaa niihin. (Hirsjärvi ym. 2015, 47; Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 3.) Teemahaastattelussa tutkimusongelma määrittelee haastattelun keskeiset teemat ja aiheet. Ilman näitä tarkkaan mietittyjä teemoja tutkimushaastattelu ei onnistuisi. Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu, ettei haastateltavalla ole tarkkaa kysymyslistaa, jota noudattaa. Haastattelu etenee tiettyjen teemojen mukaisesti ja haastateltavat voivat kertoa vapaasti teemoista sen minkä haluavat kerrottavan. (Vilkka 2015, luku 5.) Ryhmähaastatteluissa haastattelijalla on erilainen rooli kuin normaalissa kahden keskeisessä haastattelussa. Vuorovaikutus ohjaa haastattelun kulkua ryhmän sisällä ja haastateltavan tehtävänä on aiheuttaa keskustelua ja pitää huoli siitä, että jokainen osanottaja saa mahdollisuuden osallistua keskusteluun. (Hirsjärvi ym. 2015, 61–62.) Haastattelija itse ei osallistu keskusteluun muuten kuin alkuun pääsemisen helpottamiseksi tai tarkentavia kysymyksiä kysyäkseen. (Vilkka 2015, luku 5.)

Haastateltavien määrään ei ole oikeaa lukua tai vastausta, haastateltavia on niin monta, että saadaan kokoon tarvittavat tiedot. Haastatteluihin valitaan yleensä edustava otos perusjoukosta. Ryhmähaastattelun hyvänä puolena pidetään sitä, että sillä saadaan nopeasti vastauksia ja mielipiteitä useammalta henkilöltä kerralla. (Hirsjärvi ym. 2015, 58–59.) Ryhmähaastatteluiden haittana voi olla, ettei haastateltavat kehtaa tai uskalla puhua omista asioista tai mielipiteistään julkisesti muiden kuullen. Tällöin haastattelu saattaa jäädä pinnalliseksi myöntelyksi, jolloin tulokset eivät ole todenmukaisia. (Alasuutari 2011, 117.)

Tallentaminen kuuluu teemahaastatteluiden luonteeseen, sillä haastateltavan tulisi suorittaa tehtävästään ilman muistiinpanovälineitä. Tallentamiseen täytyy aina kysyä lupa haastateltavilta ja haastattelijaa koskee aina vaitiolovelvollisuus. Haastattelijan tulee käyttäytyä haastattelutilanteessa puolueettomasti, diplomaattisesti ja aktiivisena kuuntelijana. Teemahaastatteluilla saatu aineisto on usein varsin laaja. Teemahaastatteluiden aineiston analyysi alkaa jo haastattelutilanteessa. Se helpottaa aineiston purkamista, sillä teemahaastatteluiden aineisto on yleensä hyvin laaja. Aineisto voidaan purkaa sanatarkasti litte-

roiden tai teema-alue kerrallaan. Aineisto luokitellaan, yhdistellään, tulkitaan ja esitetään tekstinä tai muina kaavioina, numeroina tai kuvina. Aineisto ja keskeinen tieto haastattelusta raportoidaan kehittämistyöhön. (Hirsjärvi ym. 2015, 92–103, 130–193.)

Puusa ja Juuti (2020, luku 11) kirjoittavat, että tutkija on interaktiivisessa suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Tulosten päättelypolku on hyvä tehdä näkyväksi lukijalle, jotta tuloksia voidaan pitää luotettavina, todenmukaisina ja tieteellisten käytäntöjen kriteerit täyttävinä. Tutkijan on hyvä ottaa huomioon laaja yleisö, että ei loukkaa tuloksilla jotain ryhmää tai organisaation osaa. Haastattelun aikana ja sen jälkeen on hyvä varmistaa, että tutkija on ymmärtänyt asiat oikein eikä sekoita omia ja haastateltavien näkemyksiä keskenään. (Puusa & Juuti 2020, luku 11.)

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin Lasten ja nuorten diabetespoliklinikan henkilökuntaa. Ryhmähaastattelut järjestettiin kahdessa osassa, ensimmäinen marraskuussa ja toinen joulukuussa 2022. Molempiin haastatteluihin osallistui 5–8 henkilöä eri ammattikunnista (sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lääkäreitä ja sihteerejä). Eri ammattikuntien työntekijöiden osallistuminen ryhmähaastatteluihin toi moniammatillisia näkemyksiä tutkittavaan ilmiöön ja rikastutti aineistoa. Haastatteluihin osallistuville lähetettiin tiedote opinnäytetyöhön osallistumisesta (Liite 1) sekä ryhmähaastattelun aihekokonaisuuksien teema-alueet (Liite 2) ennen haastatteluiden toteutusta. Haastattelutilaisuuden alussa osallistujille jaettiin opinnäytetyöhön osallistumisen suostumuslomake allekirjoitettavaksi. Haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja opinnäytetyön aineiston keruun osallistumisen sai keskeyttää ilman syytä missä vaiheessa tahansa. Molemmat ryhmähaastattelut kestivät noin tunnin verran ja kerääntynyt aineisto tähän opinnäytetyöhön oli hyvin runsas.

Koska en tuntenut diabetespoliklinikan henkilökuntaa entuudestaan koin tärkeäksi aikaisemman tutustumisvierailuni poliklinikalla. Haastattelutilaisuuksissa pääsimme nopeammin etenemään itse haastatteluihin, sillä esittelyihin ja tutustumiseen ei tarvinnut käyttää juurikaan aikaa. Minun ja haastateltavien välillä vallitsi rauhallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri alun jännityksen väistyttyä. Haastattelut sujuivat luonnollisesti, rennosti ja avoimesti keskustellen.

5.3 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysia voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Laadullisen sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja ehyt kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään jäsentämään aineisto niin, että se on selkeä ja tiivis informaati-

tiota kadottamatta. Analyysin avulla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta siitä voidaan tehdä johtopäätöksiä. Aineiston analysoinnissa aineisto rikotaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudeksi kokonaisuudeksi hyvän päättelyn ja tulkinnan perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.)

Haastattelututkimuksessa analyysi tehdään litteroidusta aineistosta, joka tarkoittaa puheen muuttamista tekstiksi. Litteroinnin avulla tavoitetaan vaan osa haastattelutilanteen tarjoamasta informaatiosta, sillä tutkijalta jää havainnointikyvyn rajallisuuden vuoksi aina jotain huomaamatta tai kuulematta. Lisäksi haastatteluissa vuorovaikutus on muutakin kuin sanallista, huokailut, pään liikkeet ja naurahdukset ovat tärkeitä merkityksen luomisen kannalta. Litteraatiossa tutkija tekee isoja valintoja sen suhteen, mikä on nähtävissä, kuultavissa ja mikä on tarpeellista tutkimuksen ja tutkimuskysymysten kannalta. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 427–428.) Kuuntelin tallennetut haastattelut useampaan kertaan läpi ennen litterointia. Litteroin haastattelut sanasta sanaan jättäen pois huokaukset, naurahdukset ja suurimman osan täytesanoista kuten ”niinku”, äännähdykset ”öö” ja turhat sanojen toistot. Lisäksi litteroinnista jäi pois selvästi opinnäytetyöhön ja haastatteluihin kuulumattomat materiaalit.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet voidaan jakaa karkeasti kolmeen kategoriaan; 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisympäristössä informaatio voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto, joka pelkistetään niin, että jäljelle jää tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Pelkistäminen voi tapahtua siten, että litteroidusta aineistoista etsitään vastauksia tutkimustehtävän kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2015, luku 4.) Pelkistämisympäristössä alleviivasin erivärisillä kynillä litteroidusta tekstistä lauseita, jotka vastasivat aineistolle esittämiini kysymyksiin. Kysymykset olivat mm. ”millaista etähoitoa tällä hetkellä annetaan? Kenelle etähoito sopisi?” Alleviivatut lauseet järjestelin Microsoft Excel-taulukkoon allekkain ja muutin alkuperäisilmaisut yksinkertaisempaan ja tiiviimpään muotoon pelkistetyksi ilmaukseksi. Kuviossa 3 on esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
Se (digitaalisuus) on meidän strategiassa yks keskeinen juttu. Tässä sairaalassa sitä ei oo voinut ohittaa. Se tulee ylhäältä pain.	Digitaalisuuden lisääminen on organisaation strateginen tavoite.
Niin onhan siis nä pumppujen purut sun muut hoidot, niin meneehän se siihen suuntaan. Näitä potilaita on niin paljon, että se on todennäköistä, siis se optio tulevaisuudessa, että käytämme sitä tulevaisuudessa enemmän (digitalisaatiota ja sähköisiä palveluita.)	Digitalisaatio ja sähköiset palvelut tulevaisuudessa tulevat lisääntymään.

Kuvio 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä alkuperäisilmaukset käydään läpi ja etsitään niille samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia aineistoista. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistellään omaksi luokaksi, joka nimetään sen sisältöä kuvaavalla sanalla tai käsitteellä. Näin ollen aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset lauseet yhdistyvät suurempaan kokonaisuuteen. Pelkistetyiden ilmauksien ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka. Alaluokkien ryhmittelyllä saadaan yläluokka, yläluokkien ryhmittelyllä pääluokka ja lopuksi pääluokkien ryhmittämisellä muodostetaan yhdistävät luokat. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.) Opinnäytetyössä ala-, ylä- ja pääluokkien ryhmittely olivat todella hidasta ja haastavaa työtä. Suuren aineiston vuoksi aikaa meni luokitteluun yllättävän paljon aikaa, sillä eri luokkien alle tuli runsaasti sisältöä. Luokittelun apuna käytin yksinkertaista muistilapputekniikkaa, sillä tietokoneen ruudulla Excel-taulukot näyttivät hyvin sekavilta. Järjestelin alaluokat yläluokiksi eriväristen muistilappujen avulla. Kun yläluokat olivat jäsentyneet, pääluokkien ryhmittely oli jo huomattavasti helpompaa (Kuvio 4.)

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Teknologia ja laitteet mahdollistavat etähoitoon osallistumisen	Kenelle etähoitoa	Etähoitoon sopiva ryhmä	Etähoidon kohderyhmä
Etähoito sopii hyvässä hoitotasapainossa oleville			
Etähoito sopii huolehtiville ja teknologian taitaville			
Etähoito sopii hyvässä hoitotasapainossa oleville			
Ohjauksen saaneille perheille etähoitoa			
Nuoret osaavat käyttää teknologiaa			
Nuorten kanssa viedopuhelu			
Etähoito sopii aktiivisille osallistujille			
Etähoito ei ole mahdollinen yli 13vuotiaalle	Etähoidon mahdollisuus nuorille	Nuoret	
Nuorille ei etähoito mahdollinen			
Mahdollisuus etävastaanottoon			
Nuoret rajautuvat pois etähoidosta			

Kuvio 4. Esimerkki aineiston sisällönanalyysin vaiheista

Aineiston klusterointia seuraa abstrahointi, eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4). Teemahaastatteluiden aineistoa abstrahoitiiin niin kauan, että luokittelun tuloksena muodostuivat viisi yhdistävää luokkaa (kuvio 5). Yhdistävät luokat olivat digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkitys, etähoidon nykytila, etähoidon kohderyhmä, etähoidon tuomat edut ja etähoitoon vaikuttavat tekijät. Tulokset ovat esitetty niin, että aineistolle esitettyihin kysymyksiin saadaan vastaus luokittelun perusteella. Digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkityksen tuloksien yhteydessä ilmenee, mitä vaikutuksia uusilla digitaalisilla palveluilla on työn tekemiseen tällä hetkellä ja diabeteksen hoitotyöhön tulevaisuudessa. Etähoidon nykytilan tuloksiin on koottu, millaista etähoitoa tällä hetkellä annetaan, millaiselle etähoidolle olisi tarvetta ja onko etähoidolle ollut kysyntää. Etähoidon kohderyhmä osiossa henkilökunta kertoo, keille etähoitoa voisi antaa. Etähoidon tuomat edut luokkaan on yhdistetty kaikki etähoidon tuomat hyödyt, niin perheiden kuin henkilökunnan näkökulmasta. Tähän luokkaan on koottu myös hyvät kokemukset etähoidosta ja teknologian tuomat hyödyt. Viimeisessä yhdistävässä luokassa on käsitelty etähoitoon vaikuttavia tekijöitä. Pääloukkia muodostui tähän yhdistävään luokkaan eniten, sillä etähoidon onnistumiseen ja sen edellytyksiin vaikuttaa hyvin monet asiat teknisistä haasteista kokemuksellisiin tekijöihin. Aineiston analysointitaulukko on liitetty opinnäytetyön loppuun (liite 3).

YHDISTÄVÄT LUOKAT
Digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkitys
Etähoidon kohderyhmä
Etähoidon nykytila
Etähoidon tuomat edut
Etähoitoon vaikuttavat tekijät

Kuvio 5. Opinnäytetyön yhdistävät luokat

Opinnäytetyön aineiston analysoinnin jälkeen tulokset esiteltiin lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla. Henkilökunta sai kertoa ajatuksiaan tuloksista ja tarvittaessa lisätä asioita, joita jäi haastatteluissa tai analysoinnissa puuttumaan. Henkilökunnalla ei juurikaan ollut lisättävää tai kysyttävää sisällönanalyysistä, mutta joitakin yksittäisiä asioita halusivat kuitenkin vielä korostaa aineistoon. Keskustelutilaisuudessa henkilökunta antoi itse kehittämissuhteita etähoidolle. Henkilökunnalta tuli hyviä näkökulmia ja keinoja saada etähoitoa toimivammaksi käytänteeksi diabetespoliklinikalla ja mitkä sidosryhmät pitäisi saada entistä enemmän kehittämiseen mukaan. Keskustelutilaisuus nauhoitettiin osallistuvien henkilöiden suostumuksella, jotta keskustelu ei ole vain tutkijan muistin varassa. Keskustelutilaisuus oli kestoltaan alle tunnin mittainen ja siihen osallistui 8 henkilöä eri ammattikunnista.

6 Opinnäytetyön tulokset

6.1 Digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkitys

Digitalisaatio on aikakautemme merkittävä muutosvoima. Se pakottaa uudistamaan työtapoja ja osaamista alasta riippumatta. (Ilmarinen 2015, 13–16.) Ensimmäinen yhdistävä luokka muodostui digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkityksestä. Aineistosta etsittiin vastauksia kysymykseen, millaisena näette digitalisaation ja sähköiset palvelut nyt ja tulevaisuudessa. Henkilökunta kertoi digitalisaation lisääntymisen ja kasvun olevan sairaanhoitopiirin strateginen tavoite, jota ei ole voinut välttää. Henkilökunta oli sitä mieltä, että digitalisaatio on kasvussa ja se on tulevaisuuden työn kannalta merkittävä ja väistämätön asia.

”Se (digitalisuus) on meidän strategiassa yks keskeinen juttu. Tässä sairaalassa sitä ei oo voinut ohittaa. Se tulee ylhäältä päin.”

”Niin onhan siis nää pumppujen purut sun muut hoidot, niin meneehän se siihen suuntaan. Näitä potilaita on niin paljon, että se on todennäköistä, siis se optio tulevaisuudessa, että käytämme niitä enemmän (digitalisaatiota ja sähköisiä palveluita.)”

Digitalisaatio ja sähköiset palvelut ovat vaikuttaneet työntelemiseen. Digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkitys työn kannalta koettiin suurimmaksi osaksi hyödylliseksi ja työntekoa helpottavaksi. Jotkut sähköiset palvelut koettiin jopa niin tärkeäksi, että ilman niitä työnteko vaikeutuu huomattavasti ja vastaanottokäynti saattaa olla osittain turha. Osa kuitenkin koki, etteivät digitalisaatio ja sähköiset palvelut ole merkittävästi nopeuttaneet tai sujuvoittaneet työntekoa.

”Sähköisistä palveluista on enemmän hyötyä kun haittaa.”

”Työ on sekä vaikeutunut ja helpottunut digitalisaation myötä. Sekä että.”

”Niin kun tänään tuli yks esimerkki, kun ei ollutkaan sitä kotipurkua nähtävillä. Sitten oltiin vähän, että mitäs tässä nyt osaa sanoa kun sitä tietoa ei ole saatavilla.”

”Jos ei oo dataa, niin kyllä se käynti vähän on turha. Vaikee lähteä miettimään vaikka insuliini määrä, kun sulla ei oo mitään dataa siinä koneella”

”Mutta kyllä niinkun sanottiin monet asiat on vielä tosi mutkikkaita meidän järjestää, että nää varsinaisesti sujuvoittais meidän päivää.”

6.2 Etähoidon nykytila

Toiseen yhdistävään luokkaan etsittiin vastausta etähoidon nykytilasta, eli millaista etähoitoa on toteutettu ja millaiselle olisi tarve. Haastatteluiden analysoinnissa nousi esille, että etähoitoa on toteutettu diabetes poliklinikalla jo vuosia. Puhelimella annettua etähoitoa ja ohjausta on annettu pitkään, mutta kaikki eivät kokeneet sitä etähoidoksi. Merkittävä tulos oli, että suurin osa henkilökunnasta halusi määritellä etähoidon videoyhteyden avulla annettavaksi hoidoksi tai ohjaukseksi. Etähoidon kehittämisen näkökulmasta tavallista puhelua ei nähty etähoidon merkittävänä välineenä tässä yhteydessä. Etähoitoa pelkkänä puheluna annettavana palveluna halutaan kehittää eteenpäin.

”Kyllähän me etähoitoa toteutetaan joka päivänä, jos etähoito määritellään puhelimessa annettavaksi hoidoksi. Katsotaan kurvia ja silleen. Eli sehän on akuuttia etähoitoa.”

”Kyllä tässä yhteydessä se videopuhelu tai videovastaanotto olis sitä etähoitoa.”

”Toivon mukaan se ei ole pelkkä puhelu enää.”

”Puhelussa on vaan se ongelma, ettei se valitettavasti korvaa sitä tapaamista. Sen takia just joku helposti napsautettava videoyhteys olisi parempi.”

Etähoitoa on tarvittu tähän mennessä peruuntuneiden tai käyttämättä jääneiden aikojen korvaamiseen ja akuuteissa hoitoa tai neuvoa vaativissa tilanteissa. Nämä tilanteet ovat korvattu tavallisena puheluna sen helppouden ja vaivattomuuden vuoksi. Etähoitoa videoyhteyden avulla on annettu hyvin vähän.

”Eilen oli kolme diabeetikon vastaanottoa vaihtunut puheluksi. Ex tempore ne oli perunut sen ja se vaihdetaan saman tien puheluksi. Eli ei meillä ole mitään kynnystä toteuttaa sitä puheluna. Se on ollut mahdollisuus tosi pitkään.”

”Voidaan konkreettisesti sanoa, että puhelu on suoraan järjestettävissä, mutta jos sulla on videovastaanotto niin se edellyttää, että perhe, lapsi on alle 13-vuotias ja sitten pitää olla kirjautunut OmaEtään. Siinä on ne stepit, et jos meillä aika perutaan, ettei voi tulla vastaanotolle ja halutaan et me hoidetaan se saman tien, se on paljon helpompi soittaa, kun ottaa se videovastaanottona. Et se konkretisoi nyt tän eron.”

”Niin puhelinsoitto on helposti tehtävissä.”

”Kyllä me ollaan niitä puheluita lennosta vaihdettu, jos on pystynyt. Mutta ei paljon videopuheluita, niihin on kyllä kynnys vielä olemassa.”

Covid 19 eli koronapandemia toi sysäyksen kehittää etähoitoa ja etähoitopalveluita koko maailmassa, myös diabetes poliklinikalla. Koronapandemian ehkäisykeinona vuosina 2020–2022 pidettiin kontaktien välttämistä, etenkin infektio-oireisina. Pienen nuhan tai kurkun karheuden vuoksi kaikki menot ja tapaamiset peruttiin erityisen herkästi. Koronapandemia on vaikuttanut diabetes poliklinikan arkeen etenkin peruuntuneisiin aikoihin.

”Käyntejä on peruuntunut tosi paljon tän (koronan) myötä.”

”Infektiokautena ja varsinkin nyt korona-aikana peruuntumisia tulee herkemmin. Aikaisemmin saatettiin lähteä vähän nuhassa asioille, mutta nyt ei voi.”

Mutta koronapandemia toi hoitohenkilökunnan mukaan myös positiivisia asioita tullessaan. Perheet ryhtyivät paljon omatoimisemmiksi ja tekniset taidot karttuivat ainakin osalla perheistä pandemian aikana. Perheet, joilta eivät tekniset asiat sujuneet aiemmin saattoivatkin kiinnostua ja onnistua niissä paremmin.

”Keväällä 2020 tuli sellainen hyppy siihen, että nekin jotka eivät olleet aikaisemmin onnistuneet purkamaan laitteitaan yllättäen onnistuivatkin.”

”Korona on auttanut tässä tosi paljon (omatoimisuuden lisääntymisessä.)”

Etähoidon kysyntä määrittelee ainakin osittain etähoidon tarvetta. Etähoidolle on ollut kysyntää, mutta kysyntä on lähinnä ollut pyyntö korvata käynti puhelimella soittamalla. Henkilökunta arvelee, että syynä saattaa olla, etteivät perheet tiedä vaihtoehtoisesta etähoidon mahdollisuudesta. Henkilökunta on kuitenkin sitä meiltä, etteivät he voi vielä edes tarjota etähoitoa videoyhteydellä asiakkailleen. Päiväkodeista sen sijaan on tullut pyyntöjä diabeetikolapsen hoidon ohjaukseen videopuhelun kautta.

”Puheluina ne kysyy. Ei oo osannut pyytää videovastaanottoa.”

”Nyt korona aikaan ollaan hoidettu puhelimesta, niin jotkut pyytää että voisiko tänkin hoitaa puhelimesta. Sitä kysyntää on.”

”On ollut kysyntää. Puhelua ne pyytää. Monet.”

”Paitsi niitä päiväkotiohjauksia, niitä on pyydetty videona teamsin kautta.”

Tulosten perusteella etähoidon lisäämiseen on tullut myös jonkin laista painetta organisaatiotasolta.

”Ei kehittää, vaan sitä pitäisi lisätä.”

”Strateginen tavoite tais olla, että etähoitoa lisättäisiin 10 %, johon lastentaudit ei kyllä millään pääse.”

6.3 Etähoidon tuomat edut

Kolmanteen yhdistävään luokkaan nivoutuivat yhteen etähoidon tuomat edut. Etähoito henkilökunnan mukaan toisi etuja etenkin perheille. Työntekoon liittyvät edut koettiin lähinnä palvelun saatavuuteen ja tarjonnan kasvuun liittyvinä. Videopuhelun tai videovastaanoton mahdollisuus koettiin olevan tärkeä hyöty pelkän puhelun korvaajana.

Henkilökunta näkee, että osa perheistä voisi hyötyä etähoidosta hyvinkin paljon. Eduiksi luokiteltiin matkustamiseen liittyvän vaivan ja ajankäytön vähentyminen. Kaukana asuvat perheet voisivat hyötyä etähoidon mahdollisuudesta, sillä fyysisesti paikanpäälle saapuminen ei aina ole henkilökunnan mielestä välttämätöntä. Perheet säästäisivät näin matkustusajassa ja matkustamiseen liittyvissä kuluissa. Etähoito voisi tuoda myös enemmän joustoa ja valinnan vapautta perheille.

"Mun mielestä etähoito on hyvä ja tarpeellinen juttu. Ei aina oo oikeesti tarpeen lähteä sinne paikan päälle."

"Mä tykkään, että perinteiset vastaanotot ei häviäisi mihinkään. Mutta onhan tää mieleton tuki perinteisen hoidon tueksi. Ja helpottaisi perheenkin arkea, ettei tarttis lähteä kauhean kaukaa ja aikaisin hoitamaan tänne asioita, jos sen pystyisi hoitamaan etänäkin."

"Tarve on hyvä pointti, eli kummastakin näkökulmasta. Meidän tarve tulee siitä, että saadaan ne nopeat peruutukset muutettua kunnollisemmaksi vastaanotoksi kun puheluksi. Ja se elektiivinen sovittu vastaanotto, se tulee sieltä, jos se on perheelle mukavampi. Eihän se missään tapauksessa vähennä meidän työtä. Siis se on yhtäläinen vastaanotto ja yhtälaiset kirjaukset. Ei se meidän toimintaa tehosta. Se on enemmänkin sellainen, ettei mene aikoja hukkaan, ja jos se palvelee perhettä. Perhe ainakin säästää matkoissa aikaa."

Henkilökunnan kokemat etähoidon edut jakoivat mielipiteitä. Kuten edellisessä lainauksessa todettiin, etähoidon ei varsinaisesti koeta vähentävän henkilökunnan työmäärää, saati tehostavan sitä. Vastaanotolla käydään läpi tietyt asiat ja tehdään kirjaukset, oli vastaanotto paikan päällä tai etänä. Osa kuitenkin oli sitä mieltä, että hyvin onnistuneen etähoidon avulla vastaanottoihin voisi kulua vähemmän aikaa. Onnistumiseen vaadittaisiin kuitenkin, että etähoidon aikaa ei tulisi teknisiä ongelmia ja kaikki toimisi täydellisesti. Hukka-ajan vähentymisen vuoksi toimintaa pystyttäisiin jopa tehostamaan, sillä asiakkaita voitaisiin teoriassa hoitaa näin ollen enemmän.

"On kyllä mun mielestä hyvä. Ja mahdollistaa hoitaa enemmän, koska ei se välttämättä veisi niin paljon aikaa."

”Ehkä se etänä menis se homma vähän nopeemmin, kunhan ei tuu mitään ongelmia.”

Etähoidon ajateltiin tuovan etuja myös tarjonnan ja saatavuuden näkökulmasta. Organisaatioilla on kova kilpailu asiakkaista tänä päivänä, kun asiakkaat saavat itse valita mihin hakeutuvat saamaan sosiaali- ja terveystalvveluita. Etähoito yhtenä hoitomuotona muiden joukossa ja uutena tarjontana valikoimassa voisi tuoda kilpailuetua organisaatiolle. Parempi tarjonta ja hoidon saatavuuden lisääntyminen olisi myös asiakkaiden etu.

”Hirveesti puhutaan rahoista ja kilpailuista ja pitää kehittää, niin tää on varmaan yks tarjonta lisää valikoimaan.”

”Etähoito voisi olla vaihtoehto osana tätä kaikkea muuta.”

”Se on strategiassa. Ajatellaan, että sillä halutaan korvata jotain potilaan kannalta mahdolliseksi. Että meidän saatavuus on heidän näkökulmastaan parempi.”

Teknologian toi henkilökunnan mielestä etähoitoon suuren hyödyn, sillä ilman teknologiaa etähoito ei olisi mahdollista. Merkittävä tulos etähoidon etujen kannalta oli, että videopuhelu tai videovastaanotto koettiin olevan hyödyllisempi kuin tavallinen puhelu. Videoyhteydellä annettava hoito olisi lähempänä oikeaa vastaanottoa kuin pelkkä puhelu. Videoyhteyden hyödyt saattaisivat näkyä myös hoitoon osallistumisessa positiivisesti.

Videopuhelun koettiin antavan enemmän arvoa hoitokerralle kuin tavallisen puhelun. Tavallisen puhelun ei koettu korvaavan vastaanotolla käyntiä, vaikka peruuntuneita vastaanottoaikoja korvataankin puhelun avulla tällä hetkellä. Videopuhelulla tai videovastaanotolla päästäisiin lähemmäksi normaalia vastaanottoa. Videopuhelun kerrottiin olevan jopa 75 % tavallisesta vastaanotosta, puhelu sen sijaan olisi 50 % videovastaanotosta.

”Perheiden pitäis tajuta, että tää on tärkeä juttu, että se ei oo mikään tavallinen soitto, että se on oikeesti käynnin korvaava yhteys. Puhelussa on vaan se ongelma, ettei se valitettavasti korvaa sitä tapaamista. Sen takia just joku helposti napsautettava videoyhteys olis toimivampi.”

”Se olis tällaisissa akuteissa tilanteissa, jos nyt mennään videovastaanottoihin, niin se tarve, ja miten se meitä nyt tosi hyvin palvelis, kun aikoja on niin kortilla ja kun puhelut on vaan noin 50% siitä videovastaanotosta, joka on 75% konkreettisesta vastaanotosta.”

Videoyhteyden tärkeyttä perusteltiin hoitoon osallistumisen kautta. Diabetes sairautena on hyvään omahoitoon perustuva, joten hoitoon osallistuminen jo lapsesta lähtien on tärkeää. Videoyhteydellä hoitoon osallistuminen olisi helpompaa kuin puhelinsoiton avulla. Puheli-

messa vanhemmat puhuvat pääosin lapsen puolesta, varsinkin mitä nuorempi lapsi on kyseessä. Videopuhelun avulla keskusteluun pystyisi osallistumaan useampi henkilö. Videoyhteydellä vuorovaikutus voisi olla parempaa, sillä näköyhteyden avulla kommunikointi voisi olla osallistavampaa. Myös nuoria saatettaisiin saada kiinnostumaan sairautensa hoitoon paremmin etähoidon avulla, sillä henkilökunnan mukaan nuorten motivaatio ja hoitoon osallistuminen teini-iässä saattaa laskea.

”Mä tykkäisin, jos se olis sen käynnin korvaava kerta, että se nuori tai lapsi olis siinä itsekin mukana. Ettei se vaan oo niin, että äiti tai isä vaan hoitaa diabetesta ja se lapsi on ulkoistettu sinne jonnekin.”

”Mutta sinänsä diabetes sopii tällaiseen videovastaanottoonkin varmasti paremmin, kun moni muu sairaus, kun se on sitä keskustelua ja meillä on ne dokumentaatiot yhteisesti nähtävillä purkut ja verensokerin käyttäytyminen. Ja verrattuna puhelussa sä puhut vaan sen vanhemman kanssa, kun diabetesvastaanotolla on hurjan tärkeitä, että asianosainen on itse paikalla ja osallistuu keskusteluun. Ja häneen on myös näköyhteys, sen se videotapaaminen mahdollistaa.”

”Tärkeää olis, että lapsi on mukana vastaanotolla. Ja että me nähdään ilmeet, osa kommunikaatiota mitä ei vain äänestä välity. Sitten me pystytään tarkastelemaan niitä purkuja yhdessä, ettei tarvii puhelimessa selittää että silloin tiistaina katsos kello 13 kun se verensokeri nousi. Niin pystyy ihan konkreettisesti siitä ruudulta sitä katselemaan.”

”Kontaktin ylläpitäminen nuorten kanssa on vastaanotollakin vaikeaa, kun ne on niiden puhelimien kanssa digimaailmassaan, tai jos ne on siellä kotona, niin sitä suuremmalla todennäköisyydellä ne tekee jotain muuta kun me yritetään jutella äidin kanssa häntä koskevista asioista. Se nuoren rekrytoiminen olis tärkeää.”

Henkilökunta kertoi hyvistä kokemuksistaan etähoitoon liittyen. Hyvä kokemukset syntyivät onnistuneesta videovastaanotosta, jossa asiat sujuivat helposti ja luontevasti. Katseyhteys videovastaanotolla loi paremman vuorovaikutussuhteen perheen ja henkilökunnan välille. Videoyhteyden avulla koettiin pystyvän tekemään jollain tapaa monipuolisempaa ja laajempaa arviota potilaan terveydentilasta. Henkilökunta kertoi esimerkkinä mahdollisuuden arvioida diabeetikon pistospaikkoja videoyhteyden avulla. Etähoidon kerrottiin myös tuoneen eräälle eroperheelle avun tasapuoliselle hoitoon osallistumiselle. Etähoito videoyhteyden avulla auttoi eräitä eronneita vanhempia osallistumaan lapsensa diabetesvastaanotolle maantieteellisistä välimatkoista huolimatta. Molempien vanhempien osallistuminen yhteisen lapsen diabetesvastaanotolle eri paikkakunnilta mahdollistui uudella tavalla

etähoidon avulla. Molemmat vanhemmat saivat samat tiedot käynniltä ja pääsivät yhdessä osallistumaan hoitoon etäyhteyden avulla.

”Joitakin kertoja olen hoitanut etänä videopuhelun avulla vastaanoton, ja olihan se nyt paljon parempi se videopuhelu, kun tavallinen puhelu. Kun näkee ja näkee ilmeitä ja näin.”

”Mulla on yks hyvä kokemus, no oli se toinenkin sitten lopulta ihan hyvä kokemus, kun saatiin yhteys pelittämään. Mutta se oli perhe, joka ei vaan päässyt tänne vastaanotolle. Siinä oli teknologisestiikin orientoitunut perhe, kun se liittymisenkin sujui heiltä niin hyvin ja multakin sujui hyvin. Se lapsi ja äiti ja oli siinä joku sisaruskin. Ja kun mä kysyin, voitko näyttää niitä sun pistopaikkoja, niin se lapsi nosti paitaa ja toi lähelle kameraa ja siitä näki kyllä oikein hyvin hänen pistopaikkansa. Statustamiseenkin liittyviä asioita pystyi tekemään vähän sen avulla.

”Paras kokemus mulla on, kun vanhemmat olivat eronneet ja toinen vanhemmista oli lapsen kanssa toisessa kodissa ja toinen oli omassa kodissaan eri paikkakunnalla. Ja me kaikki olimme, neljä aikuista ja lapsi mukana siinä etävastaanotossa. Kyllä se silloin tuntui tosi hyvältä, kun pystyi jakamaan sen näytön.”

6.4 Etähoidon kohderyhmä

Etähoidon kohderyhmäksi henkilökunnalla oli selkeä ajatus haastatteluissa. Etähoitoa voitaisiin jatkossa tarjota etenkin hyvässä hoitotasapainossa oleville diabeetikoille. Etähoidon kohderyhmältä henkilökunta odottaisi myös hyvää ja aktiivista otetta hoitoon osallistumisesta. Laitteiden ja ohjelmien sujuva käyttö katsottiin eduksi heille, joille etähoitoa voisi tulevaisuudessa tarjota. Etähoidon kohderyhmäksi soveltuisi myös ne perheet, joille on jo annettu ohjausta videovastaanottoihin ja siihen liittyvän ohjelman kanssa. Annetun ohjauksen kirjaus tietojärjestelmään koettiin tärkeäksi, jotta ne perheet, joille etähoitoa voidaan tarjota löytyvät järjestelmästä helposti.

”Varsinkin perheiden kanssa, keillä menee tosi hyvin. Ei tarvi aina tulla näyttämään, että hyvin menee.”

”Hyvä hoitotasapaino ja osaaminen hyvää. Niin sellaisessa hyvässä hoitotasapainossa olevat.”

”Sellainen joka on itse tosi aktiivinen. Tekee ja säätää itse tosi paljon ja on niin kun ajan tasalla miten se diabetes menee.”

”Jotka huolehtii asioistaan, niin ne purut, pitää olla purut tarkasteltavana ja käytännön asioiden sisäistäminen ja hoitaminen.”

*”Ja että jos ollaan perheen kanssa käyty nämä ohjeet läpi, niin pitäisi olla paikka mi-
hin kirjataan tieto, että perheelle on tähän asiaan ohjeet annettu. Koska sitten ei voi
kaikille ehdottaa etähoitoa. Että kun aamulla tulee se tieto sairastumisesta, niin voi-
daan heti tarjota etävaihtoehtoa kun se lukee jossain, että tälle perheelle voi sitä an-
taa.”*

Hoitohenkilökunnan mielestä nuoret olisivat etähoidosta kaikista eniten hyötyvä ikäryhmä, mutta etähoito ei ole mahdollista yli 13-vuotiaille lapsille. Siihen syynä on lapsen puolesta asiointi OmaEtä-ohjelmassa. Henkilökunta kertoi, että lapsen puolesta asiointi on mahdol- lista vain alle 13-vuotiaille. Yli 13-vuotiaat tarvitsisivat omat verkkopankkitunnukset tai muun keinon henkilöllisyytensä todistamiseen, jotta OmaEtä-ohjelman kautta voidaan varata ja antaa etähoitoa.

”Sillä nuorella olisi paremmat lähtökohdat varmasti tälle etähoidolle, kun niillä on se osaaminen näihin juttuihin. Niillä on se puhelin tai tietokone kädessä koko ajan.”

”Niin se olis varmasti just se ikäryhmä, nuoret, jotka osais ja olis kivakin videopuhe- lun välityksellä jutella.”

”Ja toki vielä se, että puolesta asiointi on mahdollista vain alle 13-vuotiaille. Näin etävastaanotosta ja hoidosta rajautuu pois se ehkä jopa tärkein asiakasryhmä, eli nuoret. Tälle pitäisi saada valtakunnallisesti joku muutos.”

”Niin ei me saada tehdä videovastaanottoa yli 13 vuotiaalle, koska se puolesta asi- ointi ei ole mahdollista omaEtä:ssä.”

”Se tuntuu tällä hetkellä kaukaiselta se ajatus. Niillä ei ole sellaiseen vielä mahdolli- suutta (etähoitoon nuorilla).”

”Teamsia ei haluta käyttää organisaatiossa potilasturvallisuussyistä. Ja siis tää kos- kee alle 13 vuotiaiden palveluita, eli nuoriso-ikäiset eivät ole tän palvelun ulottuvilla. Et se on enintään 12 vuotta.”

6.5 Etähoitoon vaikuttavat tekijät

Viides yhdistävä luokka muodostui kysymyksen mitkä tekijät vaikuttavat etähoidon toteu- tumiseen ympärille. Haastatteluissa etähoitoon vaikuttavia tekijöitä mainittiin hyvin paljon. Etähoidon toteuttamiseen vaikuttaa tällä hetkellä kehittämisen ja koulutuksen puute sekä kokemukselliset tekijät, kuten epäonnistuneet etävastaanottoyritykset. Yhdeksi suurim- maksi haasteeksi koettiin kuitenkin OmaEtä-ohjelman tekniset ja käyttöön liittyvät haas- teet. Henkilökunta kertoi, että OmaEtä-ohjelma, jolla annetaan etähoitoa, ei toimi halutulla tavalla. Ohjelman kanssa on usein teknisiä ongelmia videovastaanottotilanteissa. Video-

vastaanoton järjestäminen koetaan hyvin monimutkaiseksi ja vaikeaksi järjestää käytännössä. Etävastaanottoa ei haluta tämän vuoksi tehdä nopealla aikataululla, vaikka juuri sellaisiin tilanteisiin etähoitoa haluttaisiin käyttää. Ohjelman ohje koetaan liian monimutkaiseksi ja toimimattomaksi. Muita ongelmia kerrottiin olevan mm. yhteysongelmat ja yleisesti ohjelman toimimattomuus ja hitaus.

”Mun mielestä se omaEtä tökkii aika pahastikin. Kun kotonakin käy kattoo niin pyörii ja sitten kattoo koko homman. Että ei sekään vielä ihan kunnolla pelaa.”

”Puhelin vastaanotolle ei ole mitään estettä. Jokaisella on luuri. Mutta videovastaanotossa esteenä on OmaEtä-kirjautuminen ja pitäis olla mahdollisimman selkeät ohjeet niin asiakkaalle kun työntekijälle. Ja että tekniikka pelaisi. Kiteyttäen kolme asiaa.”

”Ja videovastaanotto valitettavasti vielä niin mutkikasta, että sitä ei lennosta tehdä. Esimerkiksi potilas peruu tältä päivältä niin se aika valitettavasti korvaantuu puhelulla, jos on pakko korvata, kun ei siinä lennossa pysty järkkäämään.”

”Se koko varaamissysteemi on hankalaksi tehty.”

”Se on jotenkin tällä hetkellä monimutkaisen oloista (videovastaanotto), pitäis olla helpompaa.”

Henkilökunta toivoi etenkin käytön helppoutta ja yksinkertaisuutta. Ajan hukkaaminen teknisiin ongelmiin ja niiden ratkaisuihin ei nähty järkeväksi muutenkin ruuhkautuneessa toiminnassa. Henkilökunnan mukaan järjestelmien tekijöiden pitäisi kuunnella käyttäjiä enemmän, jotta ohjelmat olisivat heitä hyvin palvelevia. Myös muita etävastaanoton järjestämiseen vaikuttavia asioita mainittiin haastatteluissa. Tietokoneiden, mikrofoniin, kameroiden ja selainten toimivuudessa ja käytössä oli tullut ongelmia vastaan.

”Se joka niitä on kehittänyt ei oo ihan oikein ymmärrä millaiset systeemit olisivat parhaiten pelittävät, mitä me oikeasti tarvitaan ja sitten ihan se tietotekniikan toimivuus ja käytön helppous. Se käytön helppous olis sellainen tärkeä juttu miten nää systeemit saa oikeasti toimimaan ja palvelemaan. Mutta liian moni systeemi on vielä liian monimutkainen käyttäjälle.”

”Niin ja onhan siinä varmasti se vastaanottava, että se ei ole vaan käytön määrästä, vaan se on myös sen vastaanottavan pään ohjauksesta. Et ne kerrat, kun mä oon videovastaanotto yrittänyt pitää tai pitänyt, niin siinä saattaa tulla sellaisia ihan yllättäviä teknisiä ongelmia ja hankaluuksia, vaikka se olis sinne OmaEtään viety hyvin ja saadaan periaatteessa niin kun klikattua. Jonkun perheen kanssa se oli niin

kun 3. yritys kun saatiin se onnistumaan, kun oli väärä selain ja oli vähän väärä laite. Ja mulla oli mikin kanssa ongelmia, piti käydä tuolta valitsemassa joku toinen kana-va, mistä se mikki rupes toimimaan. Ihan tällaisia lapsellisia asioita. Se pitäis olla, että klikkaa vaan ja sulla on puheyhteys.”

”Eikä se oo enää meidän työtä. Ne tekniset ongelmat menee jo niin pitkälle siitä, mikä se meidän työ on täällä. En mä ymmärrä niin paljon tietokoneista, että osaisin kaiken ratkoa.”

Tekniset ongelmat eivät rajaudu tuloksien mukaan pelkästään henkilökuntaan. Myös perheet kokevat osaamattomuutta ja ongelmia teknologian kanssa. Haasteita on tullut videoyhteyden muodostamisessa sekä kirjautumisessa OmaEtä-ohjelmaan. OmaEtä-ohjelmaan kirjautuminen ei ole ollut täysin yksiselitteistä. Ohjelmaan täytyy luoda tunnukset ja kirjautua sisälle, jotta videovastaanotto on mahdollista. Kirjautuminen ei aina yrityksistä huolimatta onnistu. Epäselväksi kuitenkin jää, että onko kyseessä tekninen ongelma vai käyttäjästä itsestään riippuva syy.

”Monta on sanonut, että se ei onnistu. Vaikka se meidän linkki on tarkistettu, että se on oikein. Siinä tulee sitten joku mikä ei onnistu ja homma on hoidettu pelkällä puhe- lulla.”

”Sitten on joskus tullut esiin joidenkin kanssa sellainen tekninen hankaluus. Että ovat yrittäneet monta ja monta kertaa, mutta ei vaan niin kun onnistu. Mä en tiedä mistä se johtuu, onks se oikeesti että tekevät väärin jotain vai onko se joku tekninen yhteys. Uskon, että ne on oikeesti yrittänyt, mutta joku siinä mättää.”

Perheiden ohjaus nousi käyttöönottoon liittyvissä tekijöissä yhdeksi pääluokaksi. Henkilökunta kertoi, että perheiden ohjaaminen laitteiden ja ohjelmien käyttöön ovat pääosin heidän vastuullaan. He antavat ensiohjauksen ja auttavat perheitä akuuteissa ongelmissa. Tuloksista kävi ilmi, että henkilökunta kokee perheiden ohjauksen työlääksi, aikaa vieväksi ja vaikeaksi. Perheille kaivattaisiin selkeämpää ja yksinkertaisempaa ohjetta OmaEtä-ohjelman käyttöön. Henkilökunta kertoi perheiden ohjaamisen kompastuskiviä olevan, että perheet eivät välttämättä ole luoneet tiliä OmaEtään lainkaan, joka vaikeuttaa ja hidastuttaa toimintaa ja etähoidon antamista.

”Joo kyllä me tässä niitä aluksi ohjataan. Sitten jos se ei toimi, niin me pyydetään niitä ottamaan yhteyttä tekniseen tukeen. Kauheen vaikee on mennä karpäseksi katon, että mikä siellä nyt mättää.”

”En mä oikeen osaa neuvoa vanhempia. En mä tiedä mitä niiden pitää klikata, en osaa neuvoa tässä.”

”Ajatellaan esimerkiksi nyt no reseptiohjelmat tai röntgenkuvien katsomien tai purkujen kattaminen niin nää toimii, puhelu toimii, mut sitten meillä on digihoitopolkuja. Potilaan liittäminen digihoitopolulle ja opastamaan käyttämään sitä on hirvittävän mutkikasta.”

”Meillä nämä teknologiset haasteet eivät liity pelkästään yhteydenpitoon vaan heidän laitteisiin, että onko tosiaan muistettu tehdä, ja siirretty ja onko tilit kunnossa ja linkkaukset kunnossa. Se on sellainen jatkuva prosessi. Nää purkujärjestelmätkin tuntuu olevan koko ajan muutoksessa. Laitteet on muutoksessa. Siinä on extra hommaa vielä.”

”Vanhemmille pitää soitella perään, että siirtävät sitä tietoa. Eilenkin jouduin soittamaan, että lapsen kurvia ei näkynyt, mutta eihän ne ollut luoneet koko tiliä. Jouduin neuvomaan sen miten se tehdään, jotta voidaan huomenna soitella sitten uudelleen.”

”Ja just sellainen selkeä ohje perheille, mitä me voitaisiin antaa olis hyvä. Sellainen prosyyri.”

Ennen kuin henkilökunta voi ohjata perheitä etähoidon toteuttamisessa tuloksien mukaan he tarvitsisivat itse koulutusta etähoitoon enemmän. Henkilökunta kertoi haastatteluissa, että ovat saaneet hyvin vähän koulutusta etähoidon toteuttamiseen. Etähoidon koulutuksella henkilökunta lähinnä viittasi OmaEtä-ohjelman käyttöön liittyvän koulutuksen. Henkilökunta kertoi saaneensa koulutusta digihoitajalta. Koulutusta on ollut kuitenkin tarpeeseen nähden liian vähän ja sen pitäisi olla systemaattista.

”On sieltä tullut yksi digihoitaja auttamaan, kun on niitä vaikeuksia tullut, mutta kyllä mä ainakin kaipaisin enemmän koulutusta.”

”Systemaattista koulutusta ei ole.”

”Kävihän se kerran se digihoitaja antamassa koulutusta.”

Etähoidon koulutuksessa pitäisi henkilökunnan mukaan ottaa huomioon ohje ja sen käytettävyys. OmaEtä-ohjelman ohje koetaan tällä hetkellä monimutkaiseksi ja vaikea käyttää. Ohjeen ongelmaksi koettiin myös jatkuvat päivitykset ja ohjeiden muutokset. Toisaalta haastatteluissa kerrottiin, että henkilökunnan pitäisi ryhtyä käyttämään ohjelmaa enemmän, jotta se tulisi tutuksi. Ohjelman aktiivinen käyttö saattaisi auttaa etähoidon toteuttamisessa, jos ohjelma ja ohje olisi hyvin käyttäjien hallussa.

”OmaEtä ohje on yks suurin haaste tällä hetkellä.”

”Sen pitäis olla hirveen simppeli ja päivittyvä ohje.”

”On olemassa ohje, mutta se ei ole käytettävissä oleva. Pitäisi olla vielä yksinkertaisempi. Siihen menee liikaa lisääaikaa. Koko ajan tulee päivityksiä, ohjeet muuttuu koko ajan. Tai ei ohjeet vai sen laitteen käyttö. Tänään toimii toi selain huomenna se ei taas toimi.”

”Kaivataan sellaisia konkreettisia ohjeita. Samoin sellaisia mitä potilaille ja perheille antaa. Mä oon sähköpostilla yrittänyt, että onks teillä chome vai mikä selain ja olisko se sitten parempi, kun ei onnistunutkaan mobiililla niin kokeillaan muuta. Että olis sellaiset selkät ohjeet niin sihteerille, meille kuin perheelle. Että tee näin, niin homma toimii.”

”Niin kaikki osaa käyttää teamsia, mutta joo me ollaan käytetty sitä liian vähän (omaa järjestelmää), että me osattais ja saataisiin se sujuvaksi.”

”En mä tiedä tarvisko muuta koulutusta. Jos sais sen linjan toimimaan, niin kyllä me sitten osattais. Ja jos niitä pystyis enemmän tekemään, niin heräis niitä mitä siihen enemmän kaipais ja tarttis. Sais alkaa tekee niitä.”

Henkilökunnalta tuli koulutuksen suhteen myös hyviä käytännön vinkkejä, millä saataisiin etähoitoa kehitettyä eteenpäin. Videovastaanoton varaamista ja pitämistä voisi harjoitella, ikään kuin simulaatioissa harjoitellaan yllättäviä ja harvoin eteen tulevia asioita. Etähoito ja videovastaanotot ovat henkilökunnalle uusi asia, johon ei ole vielä juurikaan osaamista. Yllättäviin ongelmatilanteisiin voisi etukäteen miettiä ratkaisuja ja keinoja välttää niitä erilaisilla harjoituksilla.

”Mä luulen, että tää on sen verran uutta ja tulee niitä yllättäviä juttuja, joihin ei ees asiantuntijat osaa vastata. Että miks perhe ei pysty luomaan yhteyttä ja miksi mikrofoni ei toimi. Tätä pitäisi koeponnistaa niin paljon, että tällaisiin ongelmiin olisi se ennaltaehkäisy olemassa jo. Vähän niin kun harjoitella.”

” Joo, vois pitää vähän niin kuin simulaatiota.”

Kaiken uuden ja muutoksen lähtökohtana on hyvä suunnittelu ja kehittäminen. Henkilökunnan mukaan etähoitoa pitäisi yleisesti kehittää poliklinikalla, sillä sitä ei juurikaan ole ollut. Uuden kehittämiseen täytyy resursoida niin aikaa kuin henkilöstövaroja. Kehittämisen kerrotaan olleen henkilökunnan omalla vastuulla, johon koetaan saaneen liian vähän työtunteja. Kuormittunut työtilanne ja kiire on vienyt kehittämiseltä aikaa entisestään. Haastatteluissa kävi ilmi, että koronapandemian myötä kaikenlainen kehittäminen poliklinikalla on muutenkin ollut vähäisempää. Lähiesihenkilöiltä kaivattaisiin enemmän apua ja tukea kehittämiseen. Ajan järjestämisen lisäksi henkilökunta kertoi tarvitsevansa oman työryhmän etähoidon kehittämiselle.

”Kyllä se on tässä omassa porukassa, missä tätä työstetään jos jossain. (Etähoidon kehittämistä.)”

”Muutenkin meillä on ollut tää diabetespolin kehittäminen ihan nollassa viime aikoina kun on ollut kauhee kiire ja tää korona. Että sitä kehittämistarvetta on kyllä muillakin osa-alueilla. Että se kehittäminen on jäänyt melkein kokonaan pois aiempaan verrattuna.”

”Mä luulen, että tää kiire ja korona on sabotoinut tätä kehittämishommaa.”

”Ei olla saatu kyllä esimiestasolla mitään ollenkaan tähän etähoidon kehittämiseen.”

”Ei oo annettu kehittämiseen työtunteja.”

”Ei oo kehittämisryhmää, sellainen olis kyllä hyödyllinen.”

Etähoidon mahdollistamiseen tuli haastatteluissa hyviä ideoita ja ajatuksia. Etähoitoa pitää suunnitella niiden asioiden kautta, jotka ovat helposti järjestettävissä ja mahdollisia. Henkilökunta kertoi, että etähoidon toteuttamiseksi poliklinikalle on annettu välineistöä, mm. kameroita ja mikrofoneja. Tiedostettiin myös mistä apua voisi pyytää etähoidon kehittämisessä ja jalkauttamisessa. Sairaalan toimialueella työskentelee digihoitajia, jotka ovat apuna sitä tarvitseville. Tuloksista kävi ilmi, että digihoitajien apua ei ehkä ole osattu pyytää tarpeeksi tähän mennessä. Etähoidon implementoinnissa teknisen tuen tai it-tuen tarve koettiin tärkeäksi. Ensimmäisille etävastaanottokerroille toivottaisiin paikalle tekniset asiat taitavia ihmisiä tueksi. Tuki koettiin tärkeäksi, jotta etähoito sujuisi hyvin ja siitä jäisi positiivinen kokemus molemmille osapuolille. Tekninen tuki olisi tarpeellinen myös hukkaajan minimoimiseksi. Etävastaanottojen käytännön ratkaisuja pitäisi henkilökunnan mukaan myös miettiä tarkasti. Etävastaanotoilla ajankäyttö ja sujuva työnjako lääkärin ja hoitajan välillä pitää huomioida.

”Tai sit siinä tarvittais toinen työntekijä ja sihteeri järjestämään kaikki asiat siinä välissä. Ja sitten joissain sairaaloissa se on tehty teamsin kautta, mutta meidän sairaalassa se ei ole käytössä. Niin se on niin kun se ero, miksi se muualla on niin paljon yleisempää kuin meillä.”

”No meillä on digihoitaja. Tällä toimialueella on näitä ihmisiä, jotka osaa tän ja heitä voi käyttää apuna etähoidossa ja siinä kehittämisessä.”

”Ja me saatiin 3 kameraa ja mikrofontia, eli laitteita saatiin. Meillä on olemassa mahdollisuus siis.”

”Varmaan se pitäis saada se ohje yksinkertaistettua ja se it-tuki siihen. Ja riittävästi aikaa että sais sen homman toimimaan.”

”Tarttis kyllä sen teknisen apulaisen siihen viereen ainakin ekoille kerroille.”

”Eikä tarttis tietää, että mikähän tietokone niillä on siellä kotona ja mistä pitää painaa. Ja onks niillä oikeet ohjelmat siellä. Ja sitten tullaan taas siihen, että onks tää oikeesti enää sitä meidän työtä ja osaamista?”

”Se on ihan totta, ettei siinä jää sitten se hoidon ohjaus sitten osuus pois. Ja sitten ehkä sitten se, jos molemmat (lääkäri ja hoitaja) on koko ajan paikalla, niin ehkä siinä tulee tässä nykyisessä tiukassa aikataulussa liikaa hukka-aikaa.”

Viimeiseen etähoitoon vaikuttaviin tekijöihin aineistosta muodostui luokka kokemuksellista tekijöistä. Etähoidolla on tällä hetkellä hyvin ristiriitaisia tunteita herättävä vaikutus. Etähoidolle ja sen kehittämiseksi oltiin pääosin myötämielisiä ja siihen suhtauduttiin positiivisesti, kunhan etähoito olisi varsinkin teknisesti sujuvaa. Epäonnistuneet etävastaanotot ja teknisiin vaikeuksiin kaatuneet hoitokerrat luonnollisesti vaikuttavat negatiivisesti etähoiton kokemuksiin.

”Varsinkin jos vähänkin on kiire ja hässäkkää, niin kyllä sitä helppoutta siihen kaipaa. Ymmärtää että se on nykypäivää ja sitä tarvitaan lisää, mutta...”

”Kyllä se tällä hetkellä on se fiilis, jos joku sanois, että sulla on videovastaanotto, että eikä!”

”Ja sitten kun tulee usein niin, ettei se onnistu, niin tulee silleen aaargh!! Oot siinä ja on musta ruutu ja ihmettelet onks siellä joku vai ei. Tulee sellainen olo että olkoot...”

Henkilökunnan mukaan asenne on merkittävä vaikuttava tekijä etähoitoon ja sen toteutumiseen. Avarakatseisuus ja positiivinen suhtautuminen sekä rohkeus kokeilla uusia asioita edesauttavat uuden edessä.

”Henkilökunnan asenne vaikuttaa ja on merkittävä asia kyllä. Osa täällä varmasti on tosi myönteinen etähoiton suhteen ja itse myönnän olevani melko vanhakantainen, mutta kuitenkin ihan myötämielinen tämän asian kehittämisen suhteen. Mutta voi varmasti olla henkilökohtaisia eroja.”

”Ja on varmasti merkitystä kuinka rohkeita ollaan näiden asioiden kehittämisessä, kuinka avoimesti suhtaudutaan etähoitoon ja tälleen.”

”Jos nyt sanottais, että sulla on videovastaanotto, niin ei siinä mitään jos ne yhteydet toimis ja se olis se porukka tuolla ruudun toisella puolella. Jos homma toimii, niin mikäs siinä.”

6.6 Sidosryhmät etähoidon kehittämiseksi

Aineiston analyysin jälkeen lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla järjestettiin keskustelutilaisuus, jossa esiteltiin aineiston tuloksia. Keskustelutilaisuudessa henkilökunta toi esille ajatuksiaan jatkosta etähoidon kehittämisen suhteen ja antoivat kehittämissuhteita. Henkilökunta kertoi, että asiat etähoidon suhteen eivät ole edenneet syksyn 2021 aineiston keruun jälkeen. Keskustelutilaisuudessa nousi esiin, että OmaEtä-ohjelman vastuuhenkilöt sekä diabetespoliklinikan lähijohto ovat myös merkittävässä roolissa etähoidon kehittämisen suhteen. Aineistonanalyysin tulokset tukevat tätä huomiota. Henkilökunnan mukaan suurimmat haasteet etähoidon toteuttamiseen koettiin OmaEtä-ohjelmaan- ja ohjeeseen liittyen sekä kehittämisen ja koulutuksen puutteeseen. OmaEtä-ohjelman työntekijöiden ja organisaation digihoitajien toivottaisiin tulevaisuudessa olevan henkilökunnan tukena etähoidon kehittämisessä, koulutuksessa ja videovastaanottojen implementoinnissa. Digihoitajien asiantuntemusta ja ammattitaitoa halutaan hyödyntää enemmän, jotta etähoidosta saadaan toimiva käytäntö poliklinikalla.

Lähijohdolla on suuri merkitys etähoidon onnistumisen kannalta. Lähijohdolta kaivattiin keskustelutilaisuudessa suurempaa roolia etähoidon kehittämisen mahdollistajana. Etähoitoa ei ole juurikaan kehitetty, joten siihen olisi tarpeen resursoida aikaa. Henkilökunnan mielestä kehittäminen voisi alkaa etähoidon oman työryhmän kokoamisella. Työryhmän olisi hyvä olla moniammatillinen, jotta eri ammattikuntien näkökulmat ja mielipiteet tulisivat parhaiten esille. Työryhmän sisällä voitaisiin miettiä ohjeistuksia, koulutuksia, huomioon otettavia asioita ja etävastaanoton konkreettisia toimintatapoja. Koulutuksissa olisi hyvä kiinnittää huomiota käytännön asioihin ja teknisiin asioihin, kuten ohjelman käyttöön ja mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Etähoidon implementointi on lähijohdon harteilla. Riittävän hyvä resursointi kehittämisen ja jalkauttamisen suhteen on tarpeen. Etähoidon vaikutusten mittaaminen tulevaisuudessa kertoo etähoidon onnistumisesta ja kehittämisen tarpeista, missä lähijohto on avainasemassa. Erilaisten mittareiden, tilastoinnin ja seurannan avulla voidaan selvittää perheiden asiakastytytyvyyttä ja henkilökunnan mielipiteitä toteutuneesta etähoidosta. Myös taloudellista näkökulmaa etähoidon tuomista kuluista, vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta voidaan tulevaisuudessa mitata. Erilaiset mittarit antavat tietoa etähoidon hyödyistä ja kehitettävistä kohteista.

Keskustelutilaisuudessa nostettiin esille henkilökunnan ja perheiden merkitys etähoidon toteutumiselle. Henkilökunta on vain yksi osapuoli etähoidon toteutumisessa, myös perheiden on oltava valmistautunut etähoidon mahdollisuuteen. Perheiden rekrytointi ja valmistelu etähoitoon on tärkeää etähoidon onnistumisessa. Perheiden tulisi huolehtia hyvissä ajoin, että tarvittavat tunnukset ja kirjautuminen OmaEtä-ohjelmaan on hallussa, sekä

etävastaanotolle liittyminen sujuu ongelmitta. Perheiden rekrytointi etähoitoon voisi alkaa jo varhaisessa vaiheessa, vaikka siihen ei pystyisi esimerkiksi diabeteksen huonon hoitotasapainon vuoksi vielä ryhtyäkään. Niin kuin aineiston analyysin tuloksissa kävi ilmi, etähoidon suurin tarve tällä hetkellä on korvata peruuntuneita aikoja videopuhelun tai videovastaanoton avulla. Jos perheet ovat valmisteltu jo hoidon aikaisessa vaiheessa digipoluille, heidän olisi helpompi vastaanottaa etähoitoa silloin kuin sitä tarvitaan. Myös haastattelussa kerrottiin ohjelman informoimisen tärkeydestä, jotta perheet oppisivat käyttämään sitä. OmaEtä-ohjelma voisi olla jo alusta lähtien yksi väline yhteydenpitoon ja annettavaan hoitoon.

”Sen prosessin pitäis lähteä siitä, kun tulee uusi potilas, sen pitäis kirjautua sinne OmaEtään. Sen pitäis olla automaatio. Että se on olemassa siellä jo. Tápät valmiina ja kaikki. Ei tarvis siinä vaiheessa alkaa pohtimaan ja neuvomaan, että mites tää menikään.”

”Ehkä sitten, jos mietitään tätä sometusta, kun on se oma instagram-tili, ehkä pitäis sieltäkin promota OmaEtää ja mainostaa, että kirjautukaa sinne ja kertoa etävastaanotoista. Että se tietoisuuskin lisääntyis, että sellainenkin on mahdollista. Se on yks kanava, jota me ei olla osattu käyttää.”

Seuraavassa kuviossa (kuvio 6) on esitetty keskustelutilaisuudessa esille nousseet sidosryhmät, jotka ovat merkittävässä roolissa etähoidon kehittämisen suhteen. Keskustelutilaisuudessa kerrottiin hyviä kehittämissuhteita ja keinoja niiden toteuttamiseen. Jotta etähoitoa voidaan tulevaisuudessa toteuttaa, nämä sidosryhmät ja heidän tehtävänsä ovat prosessin kannalta tärkeitä. Yksittäinen ryhmä ei omalla panostuksellaan vie vielä prosessia päätökseen, jokaisen tahon on tehtävä hyvää ja tiivistä yhteistyötä onnistuneen lopputuloksen kannalta.



PERHEET

- Perehtyminen ja valmistuminen etähoitopalveluun
- Tekniikan haltuunotto (laitteet, mikrofonit, kamerat)
- OmaEtä kirjautuminen ym.



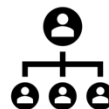
HOITOHENKILÖKUNTA

- Etähoidon kehittäminen
- Työryhmä etähoidolle
- Kouluttautuminen
- Perheiden rekrytointi



OmaEtä/DIGITALISAATIO RYHMÄ

- Yhteistyö poliklinikan kanssa
- Kehittämisaapu
- Koulutuksen anto
- Ohjeen selkiyttäminen
- Tekninen tuki



LÄHIJOHTO

- Resursointi kehittämiselle
- Koulutuksien mahdollistaminen
- Etähoidon jalkauttaminen
- Mittaaminen

Kuvio 6. Sidosryhmät etähoidon kehittämiseen

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Etäterveyspalvelut ovat olleet osittain hyvässä kasvussa maailmalla jo ennen koronaviruspandemiaa, mutta sen myötä kaikkialla on jouduttu ottamaan iso loikka etähoitopalveluiden suuntaan. Koronaviruspandemia pakotti ihmisiä ottamaan etäisyyttä ja välttämään kontakteja viruksen leviämisen estämiseksi. Etäisyyden ottaminen on ollut luonnollisesti hankalaa ja välillä mahdotonta terveydenhuollossa, mutta uusien innovaatioiden avulla on pystytty tuottamaan uusia hoitomuotoja teknologiaa ja digitalisaatiota apuna käyttäen.

Tämä opinnäytetyö on tehty eräälle lasten ja nuorten diabetespoliklinikalle Suomessa. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli ryhmähaastatteluiden avulla selvittää henkilökunnan ajatuksia etähoidosta, sen nykytilasta, mahdollisista hyödyistä ja etähoitoon vaikuttavista tekijöistä. Ryhmähaastatteluiden laadullisen sisällönanalyysin jälkeen järjestettiin keskustelutilaisuus, jossa esiteltiin haastatteluiden tulokset henkilökunnalle. Keskustelutilaisuudessa pohdittiin, miten etähoitoa voidaan viedä eteenpäin kyseisessä yksikössä ja mitkä sidosryhmät ovat keskeisessä roolissa etähoidon kehittämisen ja toteuttamisen suhteen.

Isaksson ja Wennberg (2016) artikkelissaan kertovat digitaalisten terveystalveluiden olevan yksi kysytyimmistä palvelumuodoista lähitulevaisuudessa. Ennusteen mukaan hoitomuotojen kehittäminen yhdessä palveluiden käyttäjien sekä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa kasvavat globaalisti merkittävästi. (Isaksson & Wennberg 2016, 4–5.) Opinnäytetyöntulokset tukevat Isakssonin ja Wennbergin sanomaa. Myös lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla oltiin sitä mieltä, että digitalisaatio ja sähköiset palvelut tulevat lisääntymään kohdeorganisaatiossa. Digitalisaation lisääminen kerrottiin olevan yksi organisaation strategisesta tavoitteesta, joten siihen kannustetaan myös ylemmästä johtoportaasta. Digitaalisten muutoksien ja sähköisten palveluiden kehittymisen koettiin olevan merkityksellisiä työn kannalta. Työ on osittain helpottunut ja nopeutunut erilaisten laitteiden, teknologian ja digitalisaation kasvun myötä, mutta osittain myös vaikeutunut. Henkilökunta koki, että jo valmiiksi tiukassa ja kiireisessä työtahdissa uusien asioiden, käytäntöjen ja laitteiden haltuunotto ei ainakaan aluksi tunnu helpottavan työntekoa. Uusien asioiden ja työskentelytapojen omaksuminen ei ole helppoa ja siksi siihen tulisi varata riittävästi aikaa. Jotta käytetyt resurssit, esimerkiksi kouluttamiseen ja kehittämiseen eivät mene hukkaan täytyy uuden edessä olla pitkäjänteinen, mutta päättäväinen. Etähoidon tulokset vaikkapa työn helpottumisen suhteen ei välttämättä näy hetkessä.

Etäterveydenhoidolla on monta määritelmää. Vuonovirta määrittelee väitöskirjassaan (2011) etäterveydenhuollon tarkoittavan terveystalouden tuottamista ja terveyteen liittyvien tietojen välittämistä teknologian avulla. Etähoito (telecare) määritellään ihmisten hoitamisenä, ohjaamisena, tukemisena tai elintoimintojen valvomisella etäteknologian avulla. (Vuonovirta 2011, 20.) Lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla kerrottiin, että etähoito ei ole heille täysin vieras asia. Henkilökunta on toteuttanut etähoitoa jo vuosien ajan puhelimitse ja sähköpostin avulla. Etähoidoksi haluttiin kuitenkin tässä yhteydessä määritellä videoyhteydellä annettava etähoito. Etähoitoa on annettu puhelimesta, jos perheelle on tullut jotain akuuttia sairauden hoitoon liittyen tai käynti on peruuntunut esimerkiksi sairastumisen vuoksi. Henkilökunta ajattelee kuitenkin videoyhteydellä annetun etähoidon olevan parempi vaihtoehto kuin pelkästään puhelimitse. Etähoidolle uskotaan olevan kysyntää, sillä puhelinaikoja pyydetään usein, mutta henkilökunta ei koe vielä olevan valmis tarjoamaan videovastaanottoja perheille.

Lasten ja nuorten diabetespoliklinikan henkilökunta näkee etähoidossa paljon etuja. Etähoidon uskotaan tuovan hyötyjä eri sidosryhmille, kuten perheille, henkilökunnalle ja organisaatiolle. Gadeikiene ym. (2021) artikkeli tukee tätä huomiota. Artikkelissa kerrotaan, että etähoito pystyi tuottamaan lisäarvoa potilaille, lääkäreille ja organisaatiolle. Lisäarvo saattoi koostua toiminnallista-, taloudellisesta- ja tunnearvosta eri sidosryhmille. (Gadeikiene 2021, 1434–1437.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa etähoidon kerrotaan tuovan etuja etenkin perheille. Etähoitopalvelut vähentäisivät perheiden matkustamiseen käytettyä aikaa. Tämä tuo joustoa ja helpotusta erilaisissa elämänvaiheissa eläville perheille. Perheiden valinnan vapaus hoitomuodolle arvellaan luovan asiakastytyvyyttä etenkin niille perheille, jotka ovat teknologisesti motivoituneita ja edistyksellisiä. Etähoidon uskotaan myös tuovat uutta kulmaa nuorten omahoitoon. Nuoret saattavat kiinnostua eri tavalla diabeteksen hoidosta, kun heitä lähestytään heille sopivalla tavalla teknologiaa hyväksi käyttäen. Henkilökunnan työn kannalta etähoidon ajatellaan tuovan hyötyä ajankäyttöön asioihin. Etähoito saattaa kuluttaa vähemmän työaikaa kuin tavallinen vastaanotto, kunhan yllättäviä ongelmia ei synny etähoitoa toteutettaessa. Etähoidolla saattaa olla myös hukka-aikaa vähentävä vaikutus, sillä peruuntuneet ajat voidaan muuttaa paremmin hyötykäyttöön etähoidon avulla. Hoidon tarjonnan ja saatavuuden lisääntyminen tuo etuja koko organisaatiolle. Vaikka henkilökunta on pääosin myötämielisiä etähoidolle ja sen kehittämiseksi, epäilyksiäkin on. Onko etähoito todella niin tehokasta, helppoa ja tuloksia edistävä hoitomuoto, kun annetaan ymmärtää? Vai onko se vaan yksi monimutkainen järjestelmä lisää haastavaan työhön? Tässä opinnäytetyössä on tuotu esille artikkeleja, joissa etähoidosta ollaan puolesta ja vastaan, esimerkiksi Cartwright ym. (2013), Gadeikiene ym. (2021) ja Burke & Lucas (2021). Kaikissa tutkimuksissa kuitenkin peräänkuu-

lutettiin hyvää kehittämistä ja koulutusta etähoidon antamiseen, jotta se olisi käytännössä toimiva konsepti.

Etähoidon kohderyhmän tunnistaminen on tärkeää ennen kuin palvelua aletaan tuottaa. Etähoidon kohderyhmän luokittelu oli henkilökunnalla kirkaana mielessä. Etähoito henkilökunnan mukaan sopisi hyvässä hoitotasapainossa oleville diabeetikoperheille, aktiivisille hoitoon osallistujille, teknologian ja laitteet taitaville perheille sekä etähoitoon ohjauksen saaneille perheille. Etähoidon katsotaan soveltuvan ideana erityisesti nuorille, mutta tällä hetkellä puolesta asiain haasteet hankaloittavat sitä. Mieleeni heräsi ajatus, onko etähoito tasapuolista, jos kohderyhmä on liian kriittisesti mietitty? Jotkut saattavat kokea epäreiluna, että toiset perheet saavat valita erilaista palvelua kuin toiset. Toisaalta etähoitoa voidaan käyttää väärin, jos kohderyhmää ei rajata tai kontrolloida huolellisesti. Pääasia kuitenkin, niin etähoidossa kuin kaikissa terveystalvissa, on hyvä ja turvallinen hoito.

Etähoitoon vaikuttavat tekijät- luokasta kasvoi suuri aihe opinnäytetyöhön. Etähoidon toteutumiseen vaikuttavat monet tekijät. Sähköisten terveystalvuiden kehittämisessä ja käyttöönnotossa on kyse ennen kaikkea muutosprosessista. Prosessissa palvelujen tuottaminen muuttuu ja samalla työnteko henkilöstöllä uudistuu. (Jauhainen & Sihvo 2015, 211.) Uudistumisen myötä on uskallettava kyseenalaistaa vanhoja toimintamalleja ja olla peloton virheiden suhteen. Epäonnistumisen pelko ja vanhentuneet toimintamallit ovat usein pahimmat kehittämisen ja uusiutumisen esteet. (Hänninen 2014, 105.) Henkilökunnan kertoman mukaan etähoito on hyvä lisä annettaviin palveluihin, kunhan se on hyvin hallussa ja suunniteltu. Asenne, avarakatseisuus ja rohkeus kokeilla uutta vaikuttaa etähoidon toteutumiseen. Henkilökunnan asenteisiin etähoitoa kohtaan on joltain osin vaikuttanut huonot kokemukset annetusta etähoidosta. Muutamilla kokeilu kerroilla kerrottiin olleen teknisiä ongelmia, jotka osittain vesittivät etävastaanottoyritykset. Nämä negatiiviset kokemukset luonnollisesti ovat tuoneen jännitystä ja epävarmuutta etähoidon toteuttamista kohtaan. Positiivista kuitenkin oli se, että nämä negatiiviset kokemukset eivät ole jättäneet niin suuria ennakkoluuloja, ettei palvelua haluttaisiin kehittää ja kokeilla paremman valmistautumisen ja koulutuksen jälkeen uudelleen.

Suurimmaksi haasteeksi etähoidon toteutumiselle kerrottiin olevan OmaEtä-ohjelma, jonka kautta etähoitoa kohdeyksikössä annetaan. Henkilökunnan kertoman mukaan ohjelman käytössä ja toimivuudessa on puutteita. Ohjelman tuomiin ongelmiin ja niiden ratkominen menee suhteessa liikaa aikaa, mikä pitäisi käyttää potilaan ja perheiden hoitoon. Henkilökunnan mukaan suurin syy ohjelman käyttövaikeuksiin uskottiin olevan osittain koulutuksen puute, mutta ohjelman itsensäkin kerrottiin ”tökkivän”. Ohjelman toimivuuteen

olisi hyvä kuulla ohjelman tuottajien tai vastuuhenkilöiden näkökulma, onko ohjelma hyvin muualla toimiva vai kohdistuuko ongelmia vain kyseiseen yksikköön? Henkilökunta kertoi, että tekniset haasteet eivät kohdistu vain heihin, sillä myös perheillä on teknisiä ongelmia. Perheiden ohjaus on hoitohenkilökunnan harteilla. Perheiden ohjaamisen teknisiin asioihin, kuten OmaEtä-ohjelmaan kerrottiin olevan työlästä ja vaikeaa. Ohjaamista luonnehdittiin välillä hyvin epätoivoiseksi ja kyseenalaistettiin, kuuluuko teknisenä tukena olo lainkaan sairaanhoitajan tai lääkärin työnkuvaan?

Koulutus uusiin toimintatapoihin on hyvän lopputuloksen kannalta oleellista. Etähoidon suhteen henkilökunta kokee koulutukselle tarvetta. Koulutuksen pitäisi pitää sisällään kunnan perehdytyksen OmaEtä-ohjelmaan sekä selkeät ohjeet sen käyttöön niin henkilökunnalle kuin perheillekin. Etävastaanottoja pitäisi henkilökunnan kertoman mukaan harjoitella ja pilotoida, sillä ohjelma tulee tutuksi vain sitä käyttämällä. Tekniselle tuelle koettiin olevan tarve, etenkin ensimmäisille etävastaanotto kerroille. Kun apu on lähellä, ongelmien ratkomisiin ei kulu varsinaista vastaanottoaikaakaan.

Etähoidon kehittäminen koettiin tällä hetkellä olevan lähijohdon sijaan henkilökunnan vastuulla. Etähoidon kehittämiseen henkilökunta ei koe saaneensa resursseja, vaikka etähoidon lisäämistä toivotaan organisaation strategiasta lähtien. Etähoidon kehittämisen alulle panoon kerrottiin tarvittavan omatyöryhmä ja työryhmälle riittävästi kehittämissaikaakaan, jotta etähoidolle saadaan toimintamalli. Opinnäytetyön keskustelutilaisuudessa nousi esille eri sidosryhmien tärkeys etähoidon kehittämisessä (kuvio 6). Kehittäminen ei ole vain yhden sidosryhmän harteilla. Lähijohdon tehtävä on mahdollistaa kehittäminen, koulutus ja etähoidon jalkauttaminen yksikköön. OmaEtä-ohjelman ja digihoitajien vastuuhenkilöiden tehtävänä ajateltiin olevan perusteellisen koulutuksen anto ohjelman käyttöön ja tarkastella kriittisesti ohjeita, että ne ovat ajantasaiset ja käyttäjäystävälliset. Myös muu apu kehittämisen ja etävastaanottojen implementoinnin suhteen saattaa löytyä tästä sidosryhmästä. Henkilökunnan vastuulla on kouluttautuminen ja etähoidon kehittämisen työryhmän perustaminen sekä perheiden rekrytointi etähoitopalveluun. Myös perheillä on tärkeä rooli etähoitopalvelun onnistumisessa. Heidän tehtävänä on valmistautua ja perehtyä etähoidon, etävastaanottoihin ja OmaEtä-ohjelmaan, niin että tunnukset, kirjautumiset ym. ovat hallussa silloin kuin etähoitoa tarvitaan.

Terveydenhuollon resurssit ovat suppeat, varsinkin koronaviruspandemian tuomien rankkojen vuosien jälkeen. Tällä hetkellä Suomen terveydenhuoltoa koettelee myös hoitajapuola ja ammattijärjestöjen työtaistelut. Rajallisten resurssien käyttöä täytyy tarkoin miettiä. Paikoilleen ei kuitenkaan kannata jäädä muuttuvassa maailmassa. Niin kuin Saetra ja Fosch-Villaronga artikkelissaan sanovat, teknologia muokkaa ja muuttaa myös terveyden-

huoltoalaa monin tavoin digitalisaation aikakautena. Terveydenhuollon ja sen työntekijöiden täytyy löytää keinot sopeutua ja muuttaa toimintatapojaan uuden aikakauden kehityksen mukana. (Saetra & Fosch-Villaronga 2021, 14). Etähoidon uskotaan alentavan terveydenhuollon kustannuksia, tehostavan terveydenhuollon resurssien käyttöä, edistävän parempia terveystuloksia ja vaikutuksia sekä parantavan potilaiden tyytyväisyyttä. (Burke & Lucas 2021, 2.) Myös Vuonovirta (2011) kertoo väitöskirjassaan, että etähoito saattaa tuoda merkittäviä hyötyjä kustannuksiin, sillä informaatio siirtyy nopeammin ja paremmin sekä matkustamisesta aiheutuva vaiva ja kustannukset vähenevät. Sen uskotaan vaikuttavan hoitoaikojen ja hoidonpääsyn lyhenemiseen, tehokkaampaan hoitoon sekä parempaan vaikuttavuuteen ja saatavuuteen. (Vuonovirta 2011, 30.)

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Uskottavuus, luotettavuus ja eettisyys ovat käsitteitä, jotka tulee liittää jokaiseen tutkimukseen. Puusan ja Juutin (2020) mukaan uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimusta lukevat henkilöt, tutkimukseen osallistuneet tai kohteena olevat henkilöt ja muu suuri yleisö uskoo lukemansa todeksi ja luottaa sen oikeellisuuteen. Luotettavuudella tarkoitetaan, että tutkijan on pystyttävä vakuuttamaan lukijansa uskottavin perusteluin siitä, että on kyennyt valitsemaan oikeanlaisia ja perusteltuja tutkimusmenetelmiä ja lähestymistapoja tutkimuksen toteuttamiseen. (Puusa & Juuti 2020, luku 11.) Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan kokonaisuutena, johon sisältyy seuraavat vaiheet:

1. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus on selkeästi määritelty.
2. Tutkimuksen tärkeys on osoitettu.
3. Aineiston keruu menetelmät, tekniikka ja sen erityispiirteet on raportoitu.
4. Haastateltavien valinta ja määrä on perusteltua.
5. Haastattelijan ja haastateltavien suhteen toimivuutta on avattu.
6. Aikataulu on esitelty.
7. Aineiston analyysi on selvillä ja tulokset ja johtopäätökset perusteltu.
8. Tutkimuksen luotettavuus on selitetty.
9. Tutkimus on raportoitu asianmukaisesti ja selkeästi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 6.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu edellä mainittuja ohjeita ja kriteerejä parhaalla mahdollisella tavalla. Laadullinen tutkimus on luotettavaa, jos tutkimuskohde ja tutkimuksesta saatu aineisto ovat yhteensopivat, eikä teoreettiseen viitekehykseen ole vaikuttanut epäolennaiset tekijät. Tutkimuksen tärkein luotettavuuden tekijä on kuitenkin tutkija itse omalla rehellisyydellään, luotettavuuden arvioinnillaan ja valinnoillaan. (Vilka 2015, luku 7.)

Laadullista tutkimusmenetelmää käyttäessä tutkimus on aina ainutkertainen, sillä tutkimusta ei voi käytännössä toistaa sellaisenaan. Tutkimukseen vaikuttaa teoreettinen tausta suhteessa tutkimuksen tavoitteeseen. Lukijan on saavutettava sama päämäärä tutkijan kanssa ja tämä edellyttää hyvää raportointia menetelmistä ja tulosten havainnollistamista. Puolueeton näkökulma lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Vilka 2015, luku 7.) Opinnäytetyön menetelmät ovat esitelty tarkasti kappaleessa 4 ja tulokset kerrottu haastatteluiden alkuperäisilmauksia siteeraten luotettavuuden lisäämiseksi. Puolueettomuus säilyi opinnäytetyöprosessin ajan hyvin. Puolueettomuus korostui sen vuoksi, että tutkimuskohteena ei ollut oma työyhteisöni eikä etähoitoaiheesta ollut omakohtaista kokemusta aikaisemmin. Omalla tavalla otin riskin aiheenvalinnan kanssa, koska aihe ei ollut omaa erikoisosaamistani, eikä opinnäytetyön kohdeyksikkö ennalta tuttu. Toisaalta koen siitä olleen itselleni, opinnäytetyön kohteelle ja koko prosessille enemmän hyötyä kuin haittaa.

Tutkimuksen eettisyyden takaamiseksi tutkijan tulee noudattaa hyviä eettisiä periaatteita läpi tutkimuksen. Tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jos se on eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja uskottavaa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on kirjannut hyvän tieteellisen käytännön ohjeen suomalaisen tiedeyhteisön kanssa yhteistyönä. Ohjeistuksen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja ehkäistä epärehellisyyttä tutkimusta harjoittavissa yhteisöissä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.) Tutkimuksen eettisyyden katsotaan toteutuneen, kun tutkija noudattaa eettisiä periaatteita läpi tutkimusprosessin. Tutkimuksen täytyy pyrkiä saamaan aikaiseksi tutkimukseen osallistuville tahoille hyvää, eikä aiheuttaa haittaa. (Puusa & Juuti, 2020, luku 11.) Ihmisten parissa tehtävässä tutkimuksessa on erityisen tärkeää eettisten ohjeiden noudattaminen ja hyvän tutkimuskäytännön noudattaminen. Tutkittavan ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus korostuvat tällaisissa tutkimuksissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.) Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyöhön on valittu luotettavia, ajankohtaisia ja relevantteja lähdemateriaaleja ja arvioitu niitä kriittisesti. Opinnäytetyölle haettiin asianmukaista tutkimuslupaa kohdeorganisaation ja oppilaitoksen sääntöjen mukaisesti. Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin 17.11.2021. Tutkimukseen osallistuminen haastatteluiden muodossa on ollut osallistujille vapaaehtoista alusta lähtien ja sen on voinut keskeyttää ilman syytä missä vaiheessa ta-

hansa. Haastatteluiden alussa opinnäytetyöhön osallistuville henkilöille annettiin lupaus luottamuksellisuudesta, kerrottiin aineiston käyttötarkoituksesta ja sen asianmukaisesta säilytyksestä. Aineistoa käsiteltäessä, litteroitaessa ja raporttia kirjoittaessa pidettiin huoli, ettei haastatteluihin osallistuvia voida identifioida. Opinnäytetyön raportin valmistuttua kaikki nauhoitettu ja kirjoitettu aineisto on hävitetty ohjeiden mukaisesti. Kohdeorganisaatiota ei mainita tässä opinnäytetyössä, jottei opinnäytetyöhön osallistuvia henkilöitä tunnista ja anonymiteetti säilyy.

7.3 Jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyön aihetta oli rajattava monta kertaa suunnitteluvaiheessa. Opinnäytetyöstä olisi saanut hyvin laajan lisäämällä etähoidon kehittämiseen myös perheiden näkökulman. Lasten ja nuorten diabeteksen etähoidon jatkokehittämisen kohteena voisi olla perheiden ajatukset etähoidon tarpeellisuudesta, hyödyistä ja huomioon otettavista seikoista. Perheiltä voisi kysyä, millaisia muita uusia palveluita perheet haluaisivat tulevaisuudessa käyttää digitalisaatiota ja etäteknologiaa hyödyntäen.

Opinnäytetyöhön jatkokehittämisehdotuksena voisi tutkia, miten etähoito on kehittynyt tämän opinnäytetyön saattamana. Erilaisia mittareita (työtyytyväisyys, asiakastytyväisyys, seurannat ja tilastot ym.) apuna käyttäen opinnäytetyölle saataisiin useita jatkotutkimuksia, esimerkiksi onko etävastaanotot lisääntyneet ja onko osoitettuihin ongelmakohtiin saatu ratkaisuja sidosryhmien avulla? Onko etähoito tuottanut sitä asiakasarvoa ja hyötyä yksikölle, mitä sillä haetaan? Millaisia muita vaikutuksia etähoidolla on ollut, esimerkiksi henkilökunnan työntekoon tai kustannustehokkuuteen?

Haastatteluissa henkilökunta nosti esille nuorten tarpeen etähoidolle, joka ei ollut vielä mahdollista opinnäytetyöprosessin aikana puolesta asioinnin vuoksi. Vanhemmat eivät voi asioida yli 13-vuotiaiden puolesta, mutta nuorilla ei välttämättä ole mahdollisuuksia tunnistautua kaksivaiheisesti, kuten suurin osa järjestelmistä vaatii. Nuorilla mielenkiinto diabeteksen hoitoon saattaa laskea murrosiässä. Nuorien pitäisi viimeistään nuoruusiässä alkaa ottamaan itse suurempaa vastuuta omasta sairaudestaan vanhempien sijaan. Jatkuvasti kontrolloitava ja huomioon otettava sairaus voi tuntua nuorista liian vastuullisilta. Nuorille on usein myös kova paikka tuntea itsensä erilaisiksi tai sairiksi muihin verrattuna. Nuorten motivointi hoitamaan omaa sairauttaan kehittämällä juuri heille suunnattuja hoitomuotoja ja palveluita on tämän opinnäytetyön yksi suurin ja merkityksellisin jatkokehittämisehdotus. Päästäksemme nuorten kanssa samalle aaltopituudelle, meidän on oltava valmiita sukeltamaan heidän teknologiamaailmaansa ja kehitettävä heille sopivia etäterveyspalveluita. Nuorille täytyy toki ensin mahdollistaa etähoito puolesta asioinnin ja muiden esteiden poistamisella tai korjaamisella.

Lähteet

- Aho, T. 2020. Etävastaanotoista hyviä kokemuksia. Husari 3/2020. Viitattu 18.8.
 Saatavissa: <https://www.hus.fi/ajankohtaista/etavastaanotoista-hyvia-kokemuksia>
- Al-Sofiani, M., Alyusuf, E., Alharthi, S., Alguwaihes, A., Al-Khalifah, R. & Alfadda, A. 2021. Journal of Diabetes Science and Technology. Vol 15 (2), 329-338. Rapid Implementation of a Diabetes Telemedicine Clinic During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak: Our Protocol, Experience and Satisfaction Reports in Saudi Arabia. Viitattu 16.8.2022.
 Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7925440/pdf/10.1177_1932296820947094.pdf
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Bellazzi, R. 2008. Journal of Diabetes Science and Technology. Vol 2, issue 1, 98-104. Telemedicine and diabetes management: current challenges and future research direction. Viitattu 20.8.2021. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769718/pdf/dst-02-0098.pdf>
- Burke, G. & Lucas, J. 2021. Telemedicine Basics. Teoksessa Sikka, N. A Practical Guide to Emergency Telehealth. Oxford University Press, 1-11.
- Cartwright, M., Hirani, S.P., Rixon, L., Beynon, M., Doll, H., Bower, P., [. . .] Rogers, A. 2013. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (whole systems demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. BMJ, Vol. 346 No. f653, p. 653. Viitattu 19.8.2022. Saatavissa: DOI 10.1136/bmj.f653
- Gadeikiene, A., Pundziene, A. & Dovaliene, A. 2021. How does telehealth shape new ways of co-creating value? International Journal of Organizational Analysis. Vol 29 No 6, 1423-1442. Viitattu 19.8.2022. Saatavissa: DOI 10.1108/IJOA-07-2020-2355
- Henderson, C., Knapp, M., Fernandez, J.L., Beecham, J., Hirani, S.P., Cartwright, M., [. . .] Doll, H. 2013. Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (whole systems demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. BMJ, 1–19. Viitattu 21.8.2022.
 Saatavissa: DOI 10.1136/bmj.f1035
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

- HUS, 2022. Lasten vastaanotoilla Peijaksen sairaalassa etävastaanotot ovat osa arkea. Viitattu 19.8.2022. Saatavissa: <https://www.hus.fi/ajankohtaista/lasten-vastaanotoilla-peijaksen-sairaalassa-etavastaanotot-ovat-osa-arkea>
- Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisen sähköisten terveyspalveluiden rakentamisen hyvää käytäntöä. Stakes. Stakesin raportteja 9/2008. Viitattu 13.8.2021. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74979/R9-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ilanne-Parikka, P. 2018. Diabetes ”sokeritauti”. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00011>
- Ilmarinen, V. & Koskela, K. 2015. Digitalisaatio Yritysjohdon käsikirja. Helsinki: Talentum.
- Isaksson, D. & Wennberg, K. 2016. Digitalization and Collective Value Creation. Ratio Working Paper No. 283. Ratio Institute. Stockholm, Sweden. Viitattu 1.7.2022. Saatavissa: https://cms.ratio.se/app/uploads/2016/12/di_kw_digitalization_collective_value_creation_283.pdf
- Jauhiainen, A. & Sihvo, P. 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalveluiden käyttöönottomalli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. Finnish journal of eHealth and eWelfare. 2015;7/ (4), 210-220. Viitattu 15.5.2022. Saatavissa: <https://journal.fi/finjehew/article/view/53520>
- Joshi, A & Sikka, N. 2021. Telehealth Training and Education. Teoksessa Sikka, N. A Practiacal Guide to Emergency Telehealth. Oxford University Press, 1–19.
- Juuti, P. & Puusa, O. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Keskinen, P. 2019. Miksi lapsi sairastuu diabetekseen? Duodecim oppiortti, 23.5.2019. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa: <https://www-oppoportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/dbs02100/do>.
- Laitinen, I. & Stenvall, J. 2012. Ihminen ja vuorovaikutus muutoksessa – kompleksisuus ja muutosten hallinta. Teoksessa Perttula, J. & Syväjärvi, A. Johtamisen psykologia. Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Jyväskylä: PS-kustannus, 91-115.
- Lillrank, P. 2015. Small and big quality in health care. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 28 (4), 356–366. Viitattu 9.8.2022. Saatavissa: DOI 10.1108/IJHCQA-05-2014-0068

Marcovecchio, L., Dunger, D., Peakman, M. & Taylor, K. 2007. Aetiology of type 1 diabetes mellitus- genetics, autoimmunity and trigger factors, chapter 3, 26-41, teoksessa Allgrove, J., Swift, P. & Greene, S. Evidence-based Paediatric and Adolescent Diabetes. Blackwell Publishing.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 20.6.2021. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_4.html

Saetra, HS. & Fosch-Villaronga, E. 2021. Healthcare Digitalisation and the Changing nature of Work and Society. Healthcare 2021,9,1007. Viitattu 27.6.2022. Saatavissa: <https://doi.org/10.3390/healthcare9081007>

Saha, M-T. 2019. Diabetesta sairastavan lapsen hoidon aloitus. Duodecim oppiportti. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa: <https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/dbs02055/do>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tampere: Juvenes Print.

Sankelo, M. & Heikkilä, J. 2015. Johtaminen ja osallistuvan innovaatiotoiminnan toteutuminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. Yhdessä innovoimaan- Osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, raportti 4/2015, 188–196.

Silva-Tinoco, R. & de la Torre-Saldana V. 2020. Gaceta Medica de Mexico 2021; 157:309-312. The imperious need for telemedicine for the care of diabetes during the COVID-19 pandemic. A comprehensive approach study. Viitattu 19.8.2022. Saatavissa: DOI: 10.24875/GMM.M21000563

Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. Viitattu 22.6.2022. Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Terveyskylä, 2017a. Tietoa diabeteksestä. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/diabetes/tietoa-diabeteksesta>

Terveyskylä, 2017b. Oireet. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/diabetes/oireet>

Terveyskylä, 2017c. Toteaminen. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa:

<https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/diabetes/toteaminen>

Terveyskylä, 2017d. Insuliinihoito. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa:

<https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/diabetes/itsehoito/insuliinihoito>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 13.6.2022. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelma. Viitattu 22.6.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Juvenes Print.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 20.6.2021. Saatavissa:

https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valvira. 2020. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Viitattu 19.8.2022. Saatavissa:

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

Vilkka, H. 2015. Tutkija ja kehittäjä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Verhoeven F, Tanja-Dijkstra K, Nijland N, Eysenbach G & van Gemert-Pijnen L. 2010. Journal of Diabetes Science and Technology vol. 4, issue 3, 666–684. Asynchronous and Synchronous Teleconsultation for Diabetes Care: A Systematic Literature Review. Viitattu 20.8.2021. Saatavissa:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/193229681000400323>

Vuonovirta T. 2011. Väitöskirja, Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Tampere: Juvenes print.

Wade V, Jonathan Karnon J, Elshaug AG & Hiller JE. 2010. A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. BMC Health Services Research 10: 233. Luettu: 21.8.2022. Saatavissa:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-233.pdf>

WHO. n.d. Quality of Care. Viitattu 9.8.2022. Saatavissa: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Zachrison, K., Boggs, K., Hayden, E., Espinola, J. & Camargo, C. 2020. Understanding Barriers to Telemedicine Implementation in Rural Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*. Vol 75, No. 3, 392–399. Viitattu 21.8.2022. Saatavissa:

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.06.026>

Liite 1: Tiedote opinnäytetyöhön osallistumisesta

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

10.11.2021

Hyvä Lasten ja nuorten diabetespoliklinikan työntekijä,

Olen Emilia Mertsola ja opiskelen sosiaali- ja terveystieteiden YAMK-tutkintoa LAB-ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyöni Lasten ja nuorten diabetespoliklinikalle etähoidon kehittämiseksi. Pyydän Teitä osallistumaan tähän opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmä on ryhmähaastattelu, joka rakentuu tietoperustan teemojen ympärille. Teemahaastattelussa pyrin kartoittamaan henkilökunnan sen hetkistä tilannetta etähoidon suhteen, mm. valmiuksia, asenteita ja haasteita etähoidon toteuttamiselle. Haastatteluista saadun aineiston ja sen analyysin jälkeen kehittämistä lähdetään työstämään työpajoilla. Työpajojen tuloksena on tarkoitus saada rakennettua toimintamalli tai kehittämissuunnitelma, miten etähoitoa saadaan lisättyä, kehitettyä ja vahvistettua suunnitelmallisesti ongelmat ja haasteet tiedostaen Lasten ja nuorten diabetespoliklinikalla.

Opinnäytetyön tekemiseen on saatu tarvittavat luvat XXX sairaanhoitopiiriltä. Osallistuminen opinnäytetyöhön on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Ryhmähaastattelut ja työpajatyöskentely nauhoitetaan analyysin helpottamiseksi, mutta osallistujan anonymiteetti säilyy läpi opinnäytetyön. Tutkimusaineisto kerätään vain tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään sen valmistuttua asianmukaisesti.

Ryhmähaastattelun kesto on noin 1–1,5 h, samoin työpajatyöskentelyn. Haastattelun ja työpajan ajankohdasta ilmoitetaan erikseen ja ne tapahtuvat Diabetespoliklinikan tiloissa työajalla.

Tutkimus valmistuu kesään/syksyyn 2022 mennessä. Tutkimustulokset kerrotaan osastolla erikseen järjestetyssä tapaamisessa. Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus-julkaisuarkistossa ja toimitan työni myös tulostettuna Lasten diabetespoliklinikalle.

Vastaa mielelläni tutkimukseen koskevista kysymyksistä: Emilia.Mertsola@student.lab.fi

Kiitos yhteistyöstä.

Ystävällisin terveisin,

Emilia Mertsola

Liite 2: Haastatteluiden teema-alueet

Ryhmähaastattelun teema-alueet

Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä on kehittää etähoitoa Lasten ja nuorten diabetesosastolla. Haastattelun avulla pyritään saamaan tietoa etähoidon tämänhetkisestä tilanteesta ja haasteista sen toteutumiselle. Teemojen alakysymykset ovat tukikysymyksiä, joita ei välttämättä esitetä juuri näin tai lainkaan haastattelun aikana. Lisäkysymyksiä voi tulla lisää haastattelun edetessä.

Teema 1. SÄHKÖISET PALVELUT JA DIGITALISAATIO

- Minkälaisena näette digitalisaation tulevaisuudessa diabeteksen hoidossa?
- Millainen osaaminen sähköisiin palveluihin teillä on? Esim. OmaEtään?
- Millaisia kokemuksia sähköisistä palveluista ja etähoidosta teillä on?
- Minkälaisia ongelmatilanteita sähköiset palvelut ovat tuoneet?

Teema 2. ETÄHOITO

- Oletteko saanut koulutusta etähoitoon liittyen?
- Millainen suhtautuminen etähoitoon on tällä hetkellä?
- Mitä ajatuksia etähoito herättää?

Teema 3. ETÄHOIDON KÄYTTÖÖNOTTOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

- Mitkä ovat etähoidon toteutumisen suurimmat haasteet tai esteet tällä hetkellä?
- Mitä vahvuuksia teillä on etähoidon toteuttamiseksi?
- Mitä odotatte etähoidolta tulevaisuudessa?

Liite 3: Aineiston luokittelutaulukko

Yhdistävä luokka	Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Digitalisaation ja sähköisten palveluiden merkitys	Digitalisaatio ja sähköiset palvelut	Digitalisaation ja sähköisten palveluiden kasvu	Digitalisaatio ja sähköiset palvelut tulevat lisääntymään
		Digitalisaation ja sähköisten palveluiden vaikutus	Digitalisaatio ja sähköiset palvelut helpottaneet työtä
			Digitalisaatio ja sähköiset palvelut merkittävä asia.
			Työhön liittyvä vaikutus
		Digitalisaation kasvu	Digitalisaation kasvu
			Strateginen tavoite
		Digitalisaation vaikutus	Digitalisaation ja sähköisten palveluiden vaikutukset positiivisia ja negatiivisia
		Sähköisten palveluiden vaikutus	Sähköiset palvelut nopeuttavat työtä.
			Sähköisistä palveluista on enemmän hyötyä, kun haittaa.
Etähoidon kohderyhmä	Etähoitoon sopiva ryhmä	Kenelle etähoitoa	Etähoito sopii huolehtiville ja teknologian taitaville
			Etähoito sopii hyvässä hoitotasapainossa oleville
			Nuoret osaavat käyttää teknologiaa
			Nuorten kanssa videopuhelu
			Ohjauksen saaneille perheille etähoitoa
			Teknologia ja laitteet mahdollistavat etähoitoon osallistumisen
		Kenelle etähoitoa	Etähoito sopii aktiivisille osallistujille
		Etähoidon mahdollisuus nuorille	Etähoito ei ole mahdollinen yli 13vuotiaalle
	Nuoret		Mahdollisuus etävastaanottoon
			Nuoret rajautuvat pois etähoidosta
			Nuorille ei etähoito mahdollinen
Etähoidon nykytila	Annettu etähoito	Annettu etähoito	Etähoitoa kokeiltu vähän
			Etähoitoa puhelimella
			Peruuntunut aika puheluksi
			Puhelu helposti tehtävissä.
			Puhelut korvannut käynnin
			Tavallinen puhelu helpompi
			Videopuheluita vähän
	Etähoidon lisääminen	Etähoidon lisääminen	Etähoidon lisääminen
	Etähoidon tarjonta	Etähoidon tarjonta	Etähoitoa ei ole vielä voitu tarjota asiakkaille
	Koronan tuomat vaikutukset	Koronan vaikutukset	Korona lisännyt teknologian käyttöä
			Omatoimisuuden lisääntyminen
		Koronan vaikutukset	Koronan myötä aikoja peruuntunut
	Tarve etähoitoon	Etähoidon tarve	Etähoitolle tarve käyttämättömille ajoille
			Etähoidon tarpeellisuus
			Käynnin peruuntuminen
			Osa käynneistä etänä
			Videopuhelu akuuteissa tilanteissa
	Kysyntä etähoitoon	Etähoidon kysyntä	Kysyntää etähoitolle
			Ohjauksia pyydetty videopuheluna
			Puhelu etähoitona
Etähoidon tuomat edut	Etähoidon edut työhön	Etähoidon hyöty työhön	Hoidon lisääntyminen hukka-ajan vähentymisen vuoksi.
			Etävastaanottoon kuluu vähemmän aikaa
	Hoidon tarjonta	Hoidon tarjonnan kasvu	Etähoito hoitomuotona
			Hoidon tarjonnan lisääminen
		Hoidon tarjonta	Etähoito lisää hoidon saatavuutta
	Hoitoon osallistuminen	Hoitoon osallistumisen mahdollisuus	Lapsen osallistuminen hoitoon tärkeää
			Osallistuminen ja vuorovaikutus tärkeää vastaanotolla
			Videovastaanotto mahdollistaa hoitoon osallistumisen.
	Hyvä kokemus	Positiivinen kokemus etähoitosta	Hyvä etähoito kokemus

			Hyvä kokemus etähoidosta
			Videopuhelu parempi kuin tavallinen puhelu
	Perheen edut	Etähoidon edut perheelle	Etähoito vähentää perheiden aikaa matkoihin.
			Etähoidolla voidaan lisätä nuorten hoitoon osallistumista
			Etähoito vähentää perheiden matkustamiseen vievää aikaa.
			Joustoa ja helpotusta perheille
			Nuorten osallistuminen hoitoon etähoidon avulla
			Perheen valinnan vapaus hoitomuotoon.
			Perheiden matkustamisen väheneminen
			Perheiden valinnan vapaus hoidolle
	Teknologian hyöty	Hoitoon osallistumisen mahdollisuus	Videovastaanotolla katseyhteys
		Käynnin korvaaminen etähoidolla	Videovastaanotto korvaa käynnin
		Puhelun korvaaminen etähoidolla	Puhelu ei korvaa videota
			Videovastaanotto parempi kuin pelkkä puhelu
Etähoitoon vaikuttavat tekijät	Etähoidon kehittämisen	Etähoidon kehittäminen	Henkilökunta kehittää etähoitoa
			Kehittäminen vie aikaa
			Kehittämiseen ei ole aikaa
			Kehittämistä ollut vähän
			Kiire ja korona kehittämisen esteenä
			Lähiesihenkilön tuki kehittämiselle
		Kehittämisen työryhmä	Etähoidon kehittämiseen työryhmä
	Etähoidon mahdollistaminen	Etähoidon lisääminen	Laitteita etähoidon lisäämiseksi
		Etähoidon suunnittelu	Etähoidon apuna digihoitajia
			Etähoidon järjestäminen vie henkilöstöresursseja
			Hukka-aika huomioon etähoidon suunnittelussa
		Tekninen tuki	Tekninen tuki tärkeää ja ohjeen yksinkertaistaminen
			Teknisen tuen tarve
			Teknisenä tukena olo ei kuulu hoitotyöhön
	Henkilökunnan koulutus etähoitoon	Etähoidon harjoittelu	Etävastaanottojen harjoittelu
		Etähoidon lisääminen	Etähoidon lisääminen, jotta ohjelma tutuksi
		Koulutuksen tarve	Koulutuksen lisääminen
			Koulutusta ei ole
		Ohjeen selkeys	Hyvä ohje videovastaanotolle tarpeen
			Monimutkainen ohje
			OmaEtä ohje vaikea
			Yksinkertainen ohje
		Ohjelman käytön vähyys	Ohjelman käyttö vähäistä
		Saatu koulutus	Saatu koulutus
	Kokemukselliset tekijät	Asenne	Asenne vaikuttaa etähoitoon
			Ilman teknisiä ongelmia videovastaanotto hyvä
			Rohkeus ja avoimuus vaikuttaa etähoidon toteutumiseen
		Negatiiviset kokemukset	Teknisistä vaikeuksista aiheutunut epätoivo
			Videovastaanotto herättää negatiivisia tunteita
			Videovastaanotto kiireessä epämieluisa
	Perheen ohjaus etähoitoon	Ohje perheille	Perheille ohje
		Perheiden ohjaus	Perheen ohjaus työlästä
			Perheiden ohjaaminen vaikeaa
			Perheiden ohjaus mutkikasta
			Perheiden ohjaus työlästä
			Perheille ensi ohjaus
	Tekniset haasteet	Ohjelman haasteet	Haasteena ohjelman käyttö ja ohjeistus
			Ohjelman toimivuus
			Videovastaanotoilla teknisiä ongelmia

			Videovastaanoton järjestäminen vaikeaa.
			Videovastaanoton varaaminen vaikeaa
			Videovastaanotto koetaan vaikeaksi
			Videovastaanotto monimutkaista
		Perheen tekniset ongelmat	Perheiden kokema haaste tekniikan kanssa
			Perheillä teknisiä ongelmia
		Tekniset ongelmat	Teknologia koetaan vaikeaksi
		Teknisten ongelmien ratkominen	Teknisten ongelmien ratkominen
		Etähoidon väärinkäyttäjät	Puhelun avulla vältellään käyntejä
		Teamsin etu	Teams helppo käyttöinen
			Teams helppo käyttöinen