Karelia-ammattikorkeakoulu
Ikäosaamisen YAMK

Etävastaanottomahdollisuuden kehittäminen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle

Annukka Dahlman

Opinnäytetyö, Helmikuu 2025

www.karelia.fi

Karelia AMMATTIKORKEAKOULU	OPINNÄYTETYÖ Helmikuu 2025 Ikäosaamisen YAMK koulutus Tikkarinne 9 80200 JOENSUU +358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä(t)
Annukka Dahlman

Nimeke

Etävastaanottomahdollisuuden kehittäminen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle.

Tiivistelmä
Etelä-Karjan hyvinvointialueella on muistisairaiden diagnosointi ruuhkautunut muun muassa covid19 aiheuttamasta hoitovelasta, sekä geriatripulasta johtuen. Etävastaanottotoimintamallin ja sen kehittämisen tarkoitus on olla apuväline mahdollistamaan ja helpottamaan etävastaanottotoiminannan käyttöönottoa.

Kyseessä on laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on luoda toimintamalli geriatrin etävastaanottoon Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle. Toimintamallia varten tutkittiin etävastaanottoon liittyviä lakeja, ohjeistuksia ja aiempaa tutkimustietoa, sekä palvelumuotoilun menetelmin osallistettiin henkilöstöä kyselyllä siihen, mitä kaikkea henkilöstö ajattelee etävastaanotosta ja digitalisaatiosta. Toimintamallin tarkoitus on huomioida etävastaanottoon liittyvät mahdolliset negatiiviset ja positiiviset asiat SWOT analysointimenetelmän mukaisesti ja jatkuvan parantamisen PDCA kehittämismenetelmän avulla tehdä toimintamallista käytännössä toimiva.

Tutkimustiedoissa nousi samoja asioita esiin, kuin henkilöstölle tehdyssä kyselyssä, joten toimintamalli tehtiin tutkimustiedon, sekä henkilöstökyselyn pohjalta. Opinnäytetyössä ei ole tarkoitus testata toimintamallia, mutta kun testataan on tarkoitus sitä PDCA-mallilla parantaa siten, että toimintamalli on muistipoliklinikalle sopiva.

Kieli suomi	Sivuja 56 Liitteet 2 Liitesivumäärä 6

Asiasanat
toimintamalli, muistisairaudet, digitalisaatio.

Karelia
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
February 2025
Master`s Programme in Active Ageing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358 13 260 600

Author (s)
Annukka Dahlman

Title
The remote consulation of Memory Outpatient Clinic in the Wellbeing Services County of south Karelia.

Commissioned by
Wellbeing Services County of South Karelia

Abstract
In the Wellbeing Services County of South Karelia, there is a backlog of undiagnosed memory disorder cases due to, among other things, prioritization of Covid19 care and a shortage of geriatricians. The purpose of the operating model and its development for remote consultation is to be a tool to enable and facilitate the implementation of the remote consultation practices.

This is a qualitative study, the purpose of which was to design an operating model for the remote consultation of a geriatrician at the Memory Outpatient Clinic in the Wellbeing Services County of South Karelia. For the operating model, the laws, guidelines and previous research data related to remote consultation were studied, and service design methods were used to involve the personnel in a survey to explore their thoughts about remote consultation and digitalization. The purpose of the operating model is to take into account the possible negative and positive aspects of remote consultation in accordance with the SWOT analysis method and to make the operating model functional in practice with the help of the continuous improvement PDCA development method.

Since same issues emerged in the research data as in the personnel survey, the operating model was designed based on the research data and the personnel survey. The intention of this thesis was not to test the operating model, but when it is tested, the purpose is to improve it with the PDCA model so that the operating model is suitable for the Memory Outpatient Clinic.

Language
Finnish

Pages 56
Appendices 2
Pages of Appendices 6

Keywords
operations model, memory disorders, digitalisation.

Sisältö

1 Johdanto 5
2 Etelä-Karjalan hyvinvointialue eli EKHVA 6
3 Muistisairaus 8
3.1 Yleisimmät muistisairaudet ja niiden tunnistaminen 9
3.2 Muistisairauden diagnosointi Etelä- Karjalan hyvinvointialueella 11
3.3 Asiakaslähtöisyys ja asiakkaaksi valikoituminen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle 12
3.3.1 Segmentointi 14
3.3.2 Asiakkaat ja segmentointi Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla 16
4 Etävastaanotto ja digitalisaatio 16
4.1 Etävastaanotto 19
4.1.1 Etävastaanotot muistipoliklinikoilla 22
4.1.2 Etävastaanottotoiminta ja eettisyys 23
4.1.3 Työvälineet ja tietoturva 24
4.1.4 Etävastaanottoa koskevat ohjeet ja lainsäädäntö 26
4.2 Digitalisaatio 27
4.2.2. Ammattilaiset ja digitalisaatio 29
5 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävä 31
6 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat 31
7 Tulokset 37
8 Etävastaanoton toimintamalli 40
9 Pohdinta 42
9.1 Pohdinta tuloksista 43
9.2 Luotettavuus ja eettisyys 46
9.3 Jatkokehittäminen 48
Lähteet 50

Liitteet

Liite 1 Kysely

Liite 2 Toimintamalli

1 Johdanto

Keväällä 2020 Etelä-Karjalan hyvinvointialueen (EKHVA) muistipoliklinikan normaalit toiminnot, kuten vastaanottotoiminta, muistihäiriöisen diagnosointi sekä muistisairaiden seurantakontrollit olivat tauotettuna. Ekhvan muistipoliklinikan asiakkaat ovat yli 65- vuotiaita ja korona-ajan rajoitukset kohdistuivat suurimmin ikäryhmään yli 70- vuotiaat. Koronarajoitukset toivat muistipoliklinikalle ruuhkautumista ja viivyttivät asiakkaiden saamaa hoitoa, varsinkin muistisairauksien diagnosointia. Tauon, sekä Covid19 myötä, sekä ikäihmisten sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen myötä yhä useampi ikäihminen on hakeutunut muistipoliklinikalle. Vaikkakaan tutkitusti korona-aika ja rajoitukset eivät yleisesti heikentäneet ikäihmisten oloa ja vointia, vaan osa ikäihmisistä jopa koki ajan voimaannuttavana ja hyödynsi uusia taitoja, kuten digitaitoja (Ahosola, Tuominen, Tiainen, Jylhä & Jolanki 2021).

Etelä-Karjalassa näkyy myös maanlaajuinen geriatripula. Geriatri on ikääntymiseen ja ikäihmisten sairauksiin erikoistunut lääkäri, jolla on oikeus neurologian erikoislääkärin ohella diagnosoida muistisairaus diagnoosi. (Ekhva 2024a, käypä hoito suositus 2023)

Toimintojen keskittämisen jälkeen matkat palveluihin ovat pidentyneet ja lähipalveluiden saatavuus vähentynyt. Palvelujen saavutettavuutta on lähdetty kehittämään ja kokeilemaan Ekhvan alueella erilaisin variaatioin, muun muassa autovastaanottojen eli Mallu-auton lisäksi etäyhteyksin. Mallu-auto on niin sanotusti liikkuva hoitajan huone. Nykyisin etäyhteyksin toimivia vastaanottoja on aloitettu hyödyntämään yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ympäri maata sekä usealla saralla myös Etelä-karjalan hyvinvointialueella. (Ekhva 2023a.) Etelä-Karjalan hyvinvointialueen alueella esimerkiksi palliatiivinen poliklinikka on ottanut etävastaanotot käyttöön. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen palliatiivisen poliklinikan henkilökunnan kokemukset etävastaanotoista ovat olleet positiivisia.
Tässä opinnäytetyössä kehitetään valmiutta etävastaanottoihin Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikan ammattilaisten ja muistipoliklinikan asiakkaiden näkökulmaa ajatellen. Tarkoitus on selvittää, kuinka voimme

etäyhteyksiä ja digitalisaatiota hyödyntämällä parantaa muistipoliklinikan asiakasvirtausta prosessissa. Tämän opinnäytetyön tavoite on luoda Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle valmius ja malli etävastaanottojen käyttöönottoon, jotta voidaan helpottaa muistiasiakkaiden hoitoon pääsyä sekä tuen ja ohjauksen saavutettavuutta.

2 Etelä-Karjalan hyvinvointialue eli EKHVA

Eksotesta ja Etelä-Karjalan pelastuslaitoksesta tuli 1.1.2023 Etelä-Karjalan hyvinvointialue eli EKHVA. Etelä-Karjalan hyvinvointi alueeseen kuuluu yhdeksän kuntaa (Lappeenranta, Savitaipale, Taipalsaari, Lemi, Luumäki, Imatra, Ruokolahti, Rautjärvi ja Parikkala), ja alueella on noin 129 000 asukasta (Suomi.fi 2023) Etelä-Karjalan kunnat ja sijainti Suomessa kuvattuna kuviossa 1.

Kuvio 1., Kunnat Etelä-karjalan hyvinvointialueella sekä sijainti Suomessa (Etelä-Karjalan liitto 2024).

Etelä- Karjala ikääntyy ja se näkyy myös muistiongelmien lisääntymisenä. Suomessa on noin 190 tuhatta muistisairauteen sairastunutta ja vuosittain lähes 15 tuhatta sairastuu muistisairauteen (Remes 2018). Kuvio 2 kertoo muistisairauksien esiintyvyydestä Suomessa ja Ekhvan alueella. Muistisairauksista kuitenkin merkittävä osa jää diagnosoimatta (Käypä hoito 2023).

Dementia perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatuista käyntisyistä Info 5019

Alue	Sukupuoli	2021	2022	2023
Koko maa	yhteensä	18 440	20 990	23 815
Etelä-Karjalan hyvinvointialue		321	328	211
Imatra		96	76	28
Lappeenranta		113	135	138
Lemi		15	10	
Luumäki		8	10	10
Parikkala		12	19	6
Rautjärvi		33	34	
Ruokolahti		24	22	5
Savitaipale		17	13	10
Taipalsaari			9	7

Kuvio 2.Muistisairausdiagnoosit taulukkona vuosilta 2021-2023: koko Suomi ja Etelä-Karjalan hyvinvointialue kuntineen (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2024).

Muistipoliklinikan toiminta kattaa koko Etelä-Karjalan, mutta geriatrin vastaanotto on Lappeenrannassa (Ekhva 2024d). Muistihoitajat ja muistikoordinaattorit toimivat keskisuurilla hyvinvointiasemilla ja tarvittaessa jokaisessa alueen kunnassa. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla muistiasiantuntijoiden työnkuva on jaoteltu siten, että muistihoitaja toimii asiakkaan kanssa ennen muistisairausdiagnoosia ja muistikoordinaattorin työnkuva alkaa muistisairausdiagnoosin jälkeen. Muistihoitaja tekee alkukartoitukset, eli tarvittavat testaukset, tiedonkeruun ja haastattelut, ennen jatkotutkimuksia, sekä geriatrin vastaanotolle menoa.(Kuvio

3). Muistikoordinaattorin toimenkuvaan kuuluu asiakkaan hoitosuunnitelman seuraaminen ja toteuttaminen, sekä omaisten tukeminen ja opastaminen geriatrin diagnoosin jälkeen. (EKHVA 2024d.) Tällä hetkellä muistisairaan alueellinen hoitoketju on juuri päivitetty ja siinä noudatetaan Käypä hoito-suositusta ohjeena (Rosenvall 2023). Käypä hoito suositukset ovat alan asiantuntijoiden tutkimusnäyttöön perustuvia riippumattomia kansallisia hoitosuosituksia. Muistisairauksien käypä hoito- suosituksen tarkoitus on antaa tietoa ja ohjeistusta, kuinka ennaltaehkäistä yleisimpiä muistisairauksia ja antaa ajantasaista ja tutkitusti laadukasta ohjeistusta muistisairauksien hoitoketjuun ja palvelupolkuun, eli hoitoon ja kuntoutukseen huomioiden asiakkaan lisäksi omaiset ja läheiset. (Rosenvall 2023.)

Kuvio 3. Muistiasiantuntijoiden työnjako

Kuvio 3. Kuviossa näkyy työnjako muistiasiantuntijoiden kesken. Ennen diagnoosia muistihoitaja tekee selvityksiä ja tutkimuksia, seuraavaksi jos tulokset ovat poikkeavia on geriatrin vuoro, joka tekee diagnoosin. Jos ei ole muistisairausdiagnoosiin perusteita, jää asiakas muistihoitajan seurantaan ja jos asiakas saa muistisairausdiagnoosin, siirtyy hän sitten muistikoordinaattorin seurantaan (Ekhvan 2024d).

3 Muistisairaus

Muistisairaus on etenevä parantumaton aivosairaus, joka vaikuttaa ihmisen kognitioon ja toimintakykyyn. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon käsittelyyn

liittyviä toimintoja, kuten havaitseminen ajattelu ja muistaminen. (Vuoksimaa 2019) Ikääntymiseen kuuluu iän mukana tuomaa kognition heikentymää, mutta muistisairaalla kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmottaminen ja toiminnanohjaus heikkenee huomattavasti ja jopa dementia-asteisesti. Yleisintä on lähimuistin heikkeneminen, eli juuri käsitellyt asiat unohtuvat, mutta vanhat asiat pysyvät mielessä. Ihmisten tunnistaminen voi heiketä. Asioiden ja etäisyyksien hahmottaminen heikkenee. Muistisairaus vaikuttaa myös aisteihin, koska haju, tunto, sekä kuullun ymmärtäminen ja asioiden yhdistely voi heiketä. (Terveyskylä 2023.)

3.1 Yleisimmät muistisairaudet ja niiden tunnistaminen

Tyypillisin ja yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti (Vuoksimaa 2019) Alzheimer`s Disease International eli ADI arvioi, että jopa 75 % ja joissakin maissa jopa 90 % muistisairautta sairastavaa jää diagnosoimatta (ADI 2020). Dementia on yläkäsite oireyhtymälle, jossa yhdistyy kognition heikkenemä ja toimintakyvyn heikkenemä. Euroopassa dementiasta kärsiin noin 8 miljoonaa ihmistä. Tyypillisimpänä dementiaa aiheuttavana sairautena on etenevä muistisairaus, kuten Alzheimerin tauti. Muistisairaus on aivosairaus, johon ei ole vielä parantavaa lääkettä. (Alzheimer Europe 2024.)
Alzheimerin tauti on selkeästi yleisin muistisairaus, mutta verisuoniperäinen muistisairaus(vaskulaarinen), Lewyn kappale -tauti ja otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus (frontotemporaalinen dementia) tulevat sitten, toki on lisäksi useita harvinaisempia muistisairauksia (Muistiliitto 2023.) Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin dementian tyyppi ja Euroopassa sen osuus on noin 15-20 prosenttia kaikista dementioista. Lewyn kappale -taudin osuus kaikista dementioista on kolmanneksi suurin eli noin 10-15 prosenttia. Muistisairaus voi olla myös sekamuotoinen, jolloin eri sairauden variantteja on löydettävissä aivoista. Sekamuotoinen dementia diagnosoidaan yhdellä kymmenestä, tyypillisin muoto on Alzheimerin ja vaskulaarisen dementian yhdistelmä. (Alzheimer Europe 2024.)

Muistisairauden ensioireet voivat olla moninaisia, joten tunnistaminen on haasteellista ja usein läheiset huomaavat merkit ensin. Omaisilta saadaan tärkeää lisätietoa oireista, joista tietoa tarvitaan diagnoosia varten. Muistisairauden diagnosointi ja mahdollisen lääkityksen varhainen ja oikea-aikainen aloitus voi kohentaa elämänlaatua ja lisätä toimintakykyistä itsenäistä elämää usealla vuodella. Diagnostiikka on keskitetty perusterveydenhuoltoon, ja diagnosointi tulisi tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta voidaan suunnitella hoidon yksilöllinen ja moniammatillinen kokonaisuus. (Laakkonen, Roitto, Aalto, Pitkälä 2022.)
Laakkonen ym. (2022) ovat käsitelleet iäkkään potilaan muistisairauden diagnostiikkaa ja hoidon erityispiirteitä hienosti ja oivaltaneet, kuinka erityispiirteet ja niiden huomioiminen ja ymmärtäminen vaikuttavat hoitoon. Oirekuvan moninaisuus, sekä potilaan ja potilaan läheisten huomioiminen yksilöllisesti vaikuttaa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen moniammatillisen tiimin kanssa. Hoidon oikea-aikaisuus ja oikea-aikainen diagnostiikka, sekä mahdollinen lääkehoito tukevat toimintakykyä ja elämänlaatua. (Laakkonen ym. 2022.)

Muistipoliklinikan asiakkaita ovat asiakkaat ennen muistisairausdiagnoosia ja asiakkaat, joilla on jo muistisairausdiagnoosi. Muistipoliklinikan asiakkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita, mutta neurologian poliklinikalta muistisairausdiagnoosin saaneiden työikäisten jatkoseuranta on myös muistipoliklinikalla. Pääsääntöisesti ihanteellinen tavoite olisi, että asiakas käy geriatrin vastaanotolla kerran, jolloin diagnosoidaan ja tehdään kattava hoito- ja palvelusuunnitelma (Terveysportti 2024). Tällä hetkellä geriatrille pääsyn odotusaika viivästyttää tätä ensikäyntiä. Geriatrin ensikäynnillä saataisiin mahdollisesti aloitettua lääkehoito ja muistikoordinaattorin seuranta. Lääkehoidolla, sekä muistikoordinaattorin tuella hidastettaisiin sairauden etenemistä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Toimintakykyä ylläpitävät ja tukevat palvelut tulisi kohdata asiakkaan tarpeet oikea- aikaisesti. (Ekhva 2024c).

Etägeriatrin vastaanotto voisi siis osaltaan edesauttaa asiakkaan hoitoon pääsyä ja diagnosointia, sekä sen mukanaan tuomia tukitoimia.

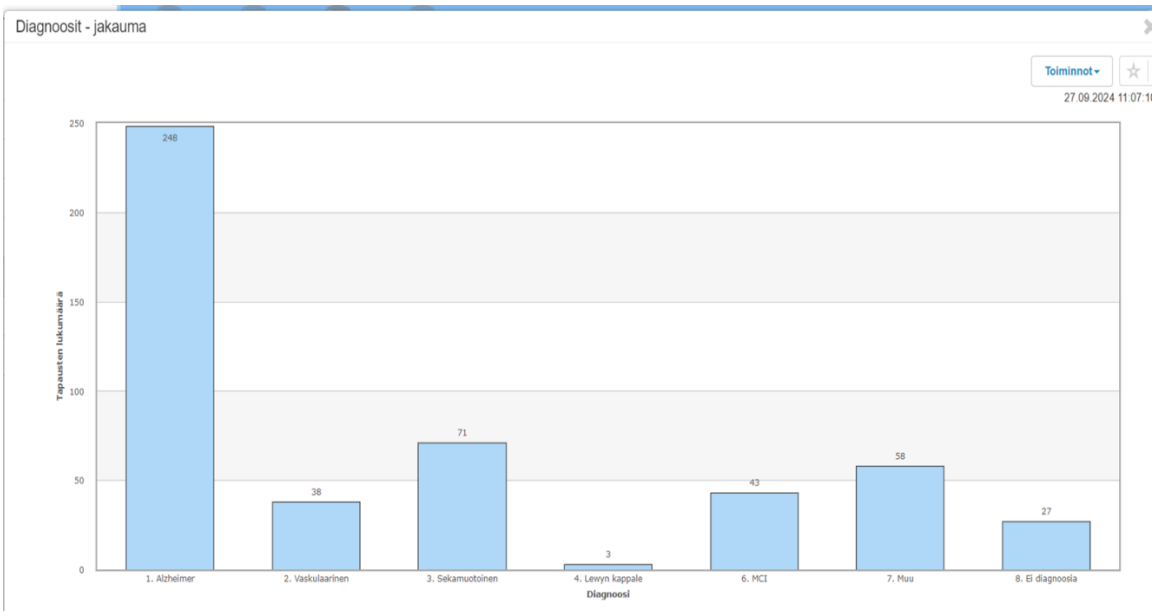
Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa muistikoordinaattoria työssään, seuratessaan muistisairauteen sairastuneen asiakkaan lääkitystä, sairauden etenemistä ja tietysti tarvittaessa voi konsultoida geriatria hoidosta. Hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä ohjenuora niin omaisille, kuin potilasta hoitavalle moniammatilliselle tiimille. (Haverinen & Päivärinta 2002.)

3.2 Muistisairauden diagnosointi Etelä- Karjalan hyvinvointialueella

Etelä-Karjalan Hyvinvointialueen päivitetyn muistihäiriöisen hoitoketjun mukaan asiakkaan tulisi saada diagnoosi kahden kuukauden kuluessa asiakkaan ensimmäisestä yhteydenotosta. Tähän ei tällä hetkellä päästä, vaan realistinen aika on korona vuosien jälkeen ollut jopa kymmenenkin kuukautta. (Ekhva 2024d.) Tämä aika on aivan liian pitkä, joten etävastaanotto voisi olla apu tähän, koska tavoite on riippuvainen geriatritilanteesta. Muistihoitajan vastaanotolle pääsyn tavoiteaika on kahden viikon kuluessa asiakkaan ensimmäisestä yhteydenotosta. Muistihoitajalta asiakas siirtyy tuloksista ja tahdosta riippuen geriatrille diagnoosia, sekä hoitosuunnitelmaa ja lääkityksen kartoitusta varten tai sitten asiakas jää muistihoitajan seurantaan. Geriatrilta diagnoosin saatuaan muistisairaan hoidon seuranta jatkuu muistikoordinaattorin toimesta vähintään vuosittain, kunnes asiakas on siirtynyt kotihoidon tai pitkäaikaishoidon asiakkaaksi. (Terveysportti 2024.)

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella diagnosoidaan vuosittain noin 300-500 potilasta (kuvio 4) ja sitten potilaat, joille ei tule diagnoosia geriatrilla tai jotka jäävät jo ennen geriatria muistihoitajan seurantaan. (Ekhva 2024d.)

Kuviossa 4 on vuoden 2023 muistisairausdiagnoosien jakautuminen.



Kuvio 4. Ekhva muistipoliklinikka 2024(Ekhva 2024d). Kuviossa Alzheimerin tautia on diagnosoitu selkeästi enemmän, kuin muita muistisairauksia.

3.3 Asiakaslähtöisyys ja asiakkaaksi valikoituminen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle

Hoitotyössä on isossa osassa asiakaslähtöisyys, koska asiakkuudessa on kyseessä palvelu, jota suunnitellaan ja tehdään potilaille eli asiakkaille. Asiakaslähtöisyyden keskeisiä arvoja ovat itsemääräämisoikeus eli autonomia, osallistuminen, tasavertainen vuorovaikutus ja tiedonsaanti. Näiden perustana on ihmisarvon kunnioitus. Itsemääräämisoikeus edellyttää toimijan ymmärrystä, eli riittävästi kognitiivisia taitoja, tietoja ja mielenterveyttä. (Martikainen, Mönkkönen, Kinni & Pehkonen 2019,90.) Asiakaslähtöisyys saatetaan ymmärtää kapeasti, jolloin asiakkaan vastuu ja vastavuoroisuus jäävät huomiotta (Martikainen ym. 2019,89).

Asiakaslähtöisyydellä on yritysmaailmassa ja hoitoalalla eri merkitys, julkisella sektorilla asiakas ei maksa itse saamastaan palvelusta, vaan se maksetaan yhteisestä kassasta. Hoitoalalla asiakaspalvelua ei voida mitata palvelun kysynnän lisääntymisenä, vaan hyvin toimiva julkinen palvelu näkyy muun muassa lyhentyneinä jonoina. (Mönkkönen 2018,18.)

Palveluiden sujuvuuteen voidaan vaikuttaa erilaisilla toimintamalleilla. Sosiaali- ja terveysalalla on viime vuosina otettu oppia Lean- mallista, joka on lähtöisin Toyotan autotehtailta Japanista (Mönkkönen 2018,28). Lean on johtamisjärjestelmä, jonka on tarkoitus vakioida toimintaa ja kehittää työtä systemaattisesti. Kun toiminta on vakioitu, voidaan toimintaa arvioida sekä kehittää toimintaa ja toimintatapoja, eli siten vähentää ”hukkaa”. Toiminnan vakioinnin ja arvioinnin tarkoitus on tehdä asiakkaan hoitoketju mahdollisimman sujuvaksi ja viiveettömäksi. (Korte, Jokela, Korhonen & Perttunen 2020.) Tulee huomioida, että ei Lean tuo onnea ja autuutta sote-alalle, koska muutos tarvitsee resursseja, aikaa ja investointeja (Jokinen, Hirvonen, Mankki, Aho &Lehto 2023).
Lean mallin mukaista prosessin läpikäymistä on Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla jo useamman vuoden ajan noudatettu (Ekhva 2024d). Muistihäiriöisen prosessia on määritelty yhdessä moniammatillisesti tasalaatuiseksi ja standardoitu siten, että hukkaa olisi mahdollisimman vähän, sekä palvelu olisi oikea-aikaista ja prosessin läpimenoaika olisi mahdollisimman lyhyt. Tavoiteaika on, että Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla asiakkaan ensimmäisestä yhteydenotosta diagnoosiin kestäisi kaksi kuukautta. (Terveysportti 2024.) Asiakkaalle Lean menetelmän toteuttaminen on näkynyt Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla asiointikäyntien määrän vähenemisellä ennen geriatrille pääsyä, eli nyt ennakoidaan ja hoidetaan kerralla asioita, joita vakioimisella on saatu aikaan. Jokinen korostaa, että kun Lean-menetelmä siirretään terveydenhuoltoon, niin lineaarinen aikakäsite tehokkuuden mittarina on puutteellinen, koska potilas voi tarvita prosessiin ja asioiden sisäistämiseen aikaa (Jokinen ym. 2023). Tällä hetkellä suurimmat pullonkaulat ovat Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla muistihoitajalle pääsyssä sekä

geriatrin vastaanotolle pääsyssä. Voi olla mahdollista, että etävastaanottomahdollisuudella saataisiin geriatrille pääsyä helpotettua.

Etävastaanottotoimintaa ei ole tarkoitus suunnitella ainoastaan kustannustehokkuuden maksimoimiseksi, vaan tulee huomioida muun muassa saavutettavuus, asiakkaan oikeus diagnoosiin sekä mahdollisen lääkityksen ja apujen organisointiin. Mönkkönen (2018) pohtii vuorovaikutusta, asiatyytyväisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä, sekä käsittelee asiaa monelta kantilta ja toteaakin, ettei asiakkaan tarpeet yksin voi ratkaista sitä, kuinka palvelu toteutetaan (Mönkkönen 2018,83). Etävastaanottotoiminnasta vuorovaikutuksen merkitys korostuu ja tämä tulee huomioida henkilöstöä koulutettaessa ja etävastaanottotoimintaa suunniteltaessa (Mönkkönen 2018).
Asiakas ja omaiset ovat voineet jo pitkään ihmetellä ja tehdä erinäisiä huomioita asiakkaan heikentyneestä tilasta ja huoli on jo suunnaton, silloin epätietoisuuteen vastauksien ja avun saaminen on kustannuksia tärkeämpää. Asiakkaan saatua diagnoosin on muistipoliklinikan jatkuva tuki ja seuranta kultaakin kalliimpaa. Muistipoliklinikan on tarkoitus auttaa niin potilasta kuin omaisiakin. Tällöin asiakkaalla olisi yksi taho mihin olla yhteydessä, jossa ymmärretään, sekä josta ohjataan tarvittaessa muiden palveluiden piiriin. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari, Forder, 2014, 200.)

3.3.1 Segmentointi

Jokaisella toimijalla tulisi olla oma rajattu kohderyhmä, jotta asiakkaat hakeutuvat, sekä tarvittaessa ohjataan oikealla toimijalle. Oikea palvelu oikealle kohderyhmälle on tuottavaa sekä vaikuttavaa. Tällöin puhutaan segmentoinnista eli asiakaskunnan rajaamisesta ja kohdentamisesta. (Ketonen 2022.) Asiakasvalinta nousee kaikkialla esiin, esimerkiksi etähoitajat kokevat etäkotihoidon soveltuvan parhaiten liikuntarajoitteiselle tai toimintakykyrajoitteiselle asiakkaalle, jolla kuitenkin kognitio toimii. Ikä ei ole siis este, mutta esimerkiksi mielenterveysasiakkaille etälaite on tuonut lisää ahdistusta ja epäluuloisuutta. Muistisairaat ovat haastava asiakasryhmä, kun asiakas ei ole ymmärtänyt ruudun kautta annettuja sanallisia ohjeita tai ei ole ymmärtänyt toimia ohjeiden mukaisesti. (Heinonen, Lindfors, Nygård 2022.)

Segmentoinnilla saadaan aikaan oikea-aikaisuutta, jolla parannetaan saavutettavuutta ja saatavuutta ja siten parannetaan muistihäiriöisen hoitoa ja diagnosointia.

Aalto yliopiston HEM instituutti toteutti terveyspalveluiden tuottajien kanssa G3-tutkimushankkeen, jossa tutkittiin erilaisia vaikuttavuusinnovaatioita. Vaikuttavuusperustaisissa innovaatioissa parannettiin potilaalle merkittäviä hoitotuloksia ilman merkittäviä lisäkustannuksia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kustannusten lisäksi kaikkien terveysjärjestelmien ongelma Suomessa on hoidon saatavuus ja saavutettavuus. Ensimmäiseen hoitokontaktiin pääsy kestää kohtuuttoman kauan ja siten myös tie palvelutapahtumien organisointiin kestää. Suomen sote-uudistuksessa hallitus asetti tavoitteeksi muun muassa sosioekonomisten ryhmien ja alueiden välillä terveyserojen pienentämisen ja yhtenä keinona siihen on sähköiset palvelut. Tutkimuksessa pohditaan myös tuottavuutta, tuotantokustannuksia, toiminnan kohdentamista ja tehostamista. Terveydenhuolto on niin kehittynyttä, että kaikki halutaan diagnosoida ja hoitaa, vaikkei se ehkä kuitenkaan ole potilaalle lisäarvoa tuottavaa. Tämä esimerkkinä muistisairauksien diagnosointiin ja täten voidaankin pohtia toiminnan kohdentamista, jotta saataisiin potilaalle lisäarvoa diagnoosista. (Lillrank ym. 2018).

Ekhvan muistipoliklinikalla on Lean menettelyllä linjattu eli segmentoitu muistipoliklinikan kohderyhmää esimerkiksi ikärajalla yli 65- vuotiaat, HRO-oireyhtymään (hauras raihnaus oireyhtymä) kuuluvat suurella harkinnalla, ei alkoholisti, jos ei ole ollut kolmea kuukautta ilman alkoholia. (Terveysportti 2024.) Vastaanotolla täytyy huomioida asiakkaan oma tahto ja itsemääräämisoikeus. Joskus asiakas on tulossa omaisen ”pakottamana” tai toisen terveydenhuollon yksikön ohjaamana. Aina olisi huomioitava asiakkaan oma halukkuus ja motivoituneisuus, koska tämä vaikuttaa myös testituloksiin ja jatkohoitoon sekä hoidon jatkuvuuteen. Itsemääräämisen lisäksi asiakkaan tulisi tietää, miksi, mihin ja mitä varten on tulossa muistipoliklinikalle ja asiakkaalla on aina oikeus kieltäytyä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

3.3.2 Asiakkaat ja segmentointi Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla

Asiakaskunta muistipoliklinikalla ja geriatrin vastaanotolla on yli 65-vuotiaita ja heillä on muistisairausepäily, jonka diagnosointia varten he ovat tulleet geriatrille. Osa asiakkaista tulee kontrollivastaanotolle. Tällöin asiakkaalla voi jo olla muistisairausdiagnoosi. (Ekhva 2024a) Asiakkaiden kognitio on heikentynyt heillä, joilla on muistisairaus tai epäily muistisairaudesta (Vuoksimaa 2019). Kognitio vaikuttaa muun muassa ymmärrykseen ja toimintakykyyn. Kognitiivinen kyvykkyys kehittyy noin 20-vuotiaaksi asti ja on pääsääntöisesti 70 ikävuoteen asti pysyvä ominaisuus. Kognition muutokset ovat hyvin yksilöllisiä, mutta yleensä heikentyminen alkaa keski-iässä ja nopeutuu 60 ikävuoden jälkeen. Alzheimerin taudin ilmaantuvuus lisääntyy noin 60 ikävuoden jälkeen. (Vuoksimaa 2019.)

Kognition heikentymä tulee huomioida vastaanottoa suunniteltaessa, eli asiakkaan vastaanotto, jos mahdollista tulisi järjestää lähivastaanottona, tai ainakin hoitajan läsnäololla varmistaa, että asiakas on saanut tarvitsemansa tiedot vastaanoton aikana. Etelä-Karjalan hyvinvointialueella muistiasiakkaan diagnoosin jälkeinen seuranta on hyvin organisoitua ja säännöllistä, joten tällä tuetaan sairastunutta ja läheisiä sekä minimoidaan ongelmatilanteita, joita voi esimerkiksi lääkityksestä aiheutua (Terveysportti 2024).

4 Etävastaanotto ja digitalisaatio

Etävastaanotolla voidaan ajatella olevan monia haasteita.
Oletusarvo on, kuten aiemmin todettiin, että muistitutkimuksiin hakeutuvalla on kognition heikkenemää ja tämä tulee huomioida, on vastaanottotapa mikä tahansa. Myös asiakaskunnan ikä huomioiden voidaan arvella, että aisteissa voi olla heikkenemää. (Mikkola & Viljanen 2015.)
Etäarvioinnissa nousee esiin kuulonaleneman tuomat ongelmat, eli on varmistettava asiakkaan kuuleminen. Kuuleminen on tärkeää, jotta voidaan arvioida kognitiota (Loizos ym. 2021).

Kuulonheikkous on haaste myös lähivastaanotolla, joten tämä on todellakin huomioitava etävastaanotolla. Kuulonheikkous korostuu, jos muistihäiriöiselle tehdään kognitiota arvioivia testejä etänä, kuten MMSE- testi eli Mini-Mental state examination. On myös potilaan oikeus kuulla mitä etävastaanotolla puhutaan, sekä ymmärtää ja tulla ymmärretyksi. Potilaan kuulemisen ja ymmärtämisen varmistamisessa tulee hoitajan, sekä omaisten rooli vahvasti esiin (Loizos ym. 2021). Loizos tutkimusryhmineen (2021) havainnoi, kun potilaita testattiin ja diagnosoitiin etänä, että elintoimintojen, kuten verenpaineen mittaus ei onnistu, mutta vapinoiden ja kävelyn arviointi onnistui videoyhteydellä. Artikkelissa nousee esiin, että etäarviointi ja henkilökohtainen arviointi ovat yhtä päteviä, vaikkakaan eivät samanlaisia. (Loizos ym.2021.)

Viranomaisella on oltava suunnitelma yhdenvertaisuuden edistämiseksi (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014) ja tämä on yksi perustelu, miksi tämänlainen etävastaanotto-toimintamalli tulisi olla valmiina. Toimintamallin tarkoitus on sujuvoittaa asiakkaan hoitoon pääsyä ja edesauttaa ja nopeuttaa diagnoosin saamista. Vuonna 2021 Muistiliiton ja Biogenin raportin ”muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset” sidosryhmä- ja läheishaastatteluista nousee esiin muistisairausdiagnoosin viivästyminen ja diagnoosin viiveestä johtuvat seuraamukset. Raportissa nostetaan esiin myös jo 2012 Sosiaali- ja terveysministeriön huomio, että diagnosoimaton muistisairas on yhteiskunnalle kaikkein kallein potilas. (Muistiliitto & Biogen 2021,12.) Hyvinvointialueen palveluita järjestäessä tulee muistaa, ketä varten palvelu on, eli huomioida potilas ja potilaan tarpeet, sekä vastata niihin mahdollisimman tehokkaasti, mutta huomioimalla kustannukset.

Matka geriatrin vastaanotolle voi olla ikäihmiselle liian pitkä ja raskas. Gerastenia ja muistisairaudet kulkevat yleensä käsi kädessä. Gerastenia eli hauraus- raihnausoireyhtymä (HRO)on monimuotoinen fysiologisesti ja neurologisesti heikentävä etenevä rapistuminen. (Kulmala, Nykänen, Mänty & Hartikainen 2014). Kulmalan ym. tutkimus viittaisi, että muutaman tunnin matka voi olla todella raskas asiakkaalle. Suotavaa olisi, että vastaanotolla olisi myös omainen, läheinen tai tukihenkilö ja hän voi asua kaukanakin ja aikatauluttaminen tuo siinäkin haasteensa.

Geriatrian erikoislääkäreiden saatavuus on vaihtelevaa ja tarjontaa geriatrin työpanoksesta voi olla toisella puolella Suomea. Tällöin on kustannustehokasta ja järkevää geriatrin ammattitaidon tuominen asiakkaan luo etäyhteydellä ja täten mahdollistaa asiakkaan hoitoon pääsy mahdollisimman sujuvasti.
Tällä hetkellä Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikka ei käytä muuta etäyhteyttä kuin kirjettä ja puhelinyhteyttä. Satunnaisesti on ollut Teams-yhteys omaiseen geriatrin vastaanoton aikana, kun potilas ollut vastaanotolla. (Ekhva 2024d).
Suomessa on säädetty laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (Vanhuspalvelulaki 980/2012) turvaamaan ikäihmisten tasa-arvoisuutta. Suoraan vanhuspalvelulain mukaan ”Lisäksi hyvinvointialueen on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämänkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä” (Vanhuspalvelulaki 980/2012).Tähän lain vaatimukseen pystytään vastaamaan digitalisaation ja etävastaanottojen avulla. Oikea-aikainen muistisairauden diagnosointi puoltaisi ennaltaehkäisevästi asiakkaan palvelutarpeen riskitekijöiden haltuunottoa ja siten lisää ennakoitavuutta, sekä asiakkaalla olisi säännöllinen seuranta muistipoliklinikan toimesta. Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta (Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta 306/2019) lähes vaatii, että kansalaisella tulee olla mahdollisuus halutessaan hoitaa asioinnit etänä, eli palveluiden saavutettavuus paranee ja palvelut olisivat paremmin käyttäjien, erityisesti vammaisten henkilöiden saavutettavissa (Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta 306/2019). Muistisairaus on pitkäaikainen sairaus, jonka myötä henkilölle kehittyy erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista ja täten luokitellaan vammaispalvelulain alaiseksi, joten tämä tulisi huomioida saavutettavuutta suunniteltaessa (Vammaispalvelulaki 675/2023).

Aiempaa käytännön kokemusta etävastaanottotoiminnan käytöstä ei ole Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla, mutta muistipoliklinikalla työskentelevillä geriatreilla on kokemusta etävastaanotoista sekä niiden

toteuttamisesta yksityisellä puolella. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen palliatiivinen poliklinikka on ottanut käyttöön etävastaanottotoimintaa, jota on hyödynnetty opinnäytetyössä, koska palliatiivisen poliklinikan asiakaskuntaan kuuluu myös ikäihmisiä, sekä ihmisiä, joilla kognitio on heikentynyt. Covid19 aikana kokemuksia erilaisista etävastaanottomalleista on kertynyt ja näitä on myös tarkasteltu ja hyödynnetty. Lähtökohtaisesti etävastaanottotoiminnan tarkoitus ei ole pienentää muistipoliklinikan tai asiakkaan kustannuksia, vaan tarkoitus on helpottaa ja mahdollisesti nopeuttaa asiakkaan hoitoon pääsyä. (Ekhva 2024d).

4.1 Etävastaanotto

Etäpalvelua ovat reaaliaikaiset digitaaliset palvelut, joissa vähintään yksi osapuoli on eri paikassa kuin muut osallistujat (Valvira 2023). Etävastaanotto voidaan toteuttaa esimerkiksi puhelinsoittona, chattina tai videovastaanottona (Metsäniemi 2018.).

Tutkimustietoa suoraan muistiasiakkaiden etävastaanottotoiminnasta tai kokemuksista ei Suomessa paljoa ole, mutta muualta maailmalta kyllä. Lisäksi kokemuksia muilta poliklinikoilta. Onkologian ja palliatiivisen hoidon etävastaanottotoiminnasta on tuoretta tietoa. Lapissa FinnPall- hankkeessa on kehitetty onkologian ja palliatiivisen hoidon etäpalveluita. Etäpalveluihin on kirjeiden ja puheluiden rinnalle on kehitetty digipalveluita. Lapissa isoihin sairaaloihin matka voi olla jopa 500 kilometriä. Etäpalvelut ”Lapin mallissa” onkologian ja palliatiivisen hoidon osalta tarkoittaa videovastaanottomahdollisuutta joko potilaan kotona tai lähimmässä terveyskeskuksessa. Se sisältää myös syöpälääkehoidon antoa terveyskeskuksissa, puheluita sekä digihoitopolun, joka avaa hoitoa ja asiointimahdollisuuksia. Syöpätautien vastaanottokäynneillä ei kliinisen tutkimuksen lisäksi tehdä juurikaan toimenpiteitä vaan enemmänkin se kohdentuu konservatiiviseen lääketieteeseen. Siksi etävastaanotto soveltuu hyvin ja täten sitä voisi pitää verrannollisena muistiasiakkaan

vastaanottokäyntiin. Kliinisen tutkimuksen tekeminen on rajallista etänä, mutta riskejä minimoidaan tekemällä hyvät taustatutkimukset, sekä osallistamalla potilasta vastaanotolla videoväitteisesti. Hoitohenkilökunta voi tässä avustaa ja muistiasiakkaan kohdalla hoitohenkilökunnan paikallaolo vastaanotolla on suositeltavaa.
Lääkärille uusintakäynti etänä on helpompi, koska on yleensä tavannut potilaan aiemmin lähivastaanotolla. Potilasturvallisuutta ja riskienhallintaa on epäselvässä tilanteessa varata potilaalle lähivastaanotto tai ohjata hänet täydentäviin tutkimuksiin. Lapin onkologian ja palliatiivisen hoidon yksiköt ovat käytännössä huomanneet, että lähes kuka tahansa potilas voi soveltua videovastaanotolle. Olettamus kuitenkin on, että videovastaanotto vaatisi erityistä osaamista, hyvää kuuloa ja näköä, sekä kognitiota ja yhteistyökykyä. Vastaanoton sisältö ja osallistujat on kuitenkin hyvä suunnitella yksilölliset tarpeet huomioiden.
Videovastaanotot vaativat ammattilaisilta digitaitoja ja tietoturvallisia toimintatapoja, sekä uudenlaisen kohtaamisen opettelua. Käytännössä on huomioitu, että ensisijaisesti etävastaanotot ovat kokeneen ammattilaisen työväline. Onkologian ja palliatiivisen hoidon etäpalvelut suositellaan keskitettävän samalle, jo aiemmin potilaan tavanneelle lääkärille. Pääsääntöisesti ”Lapin malli” vaikuttaa toimivalle ja potilaatkin ovat sen omaksi ottaneet. (Jääskeläinen, Vaarala & Usvasalo 2023.)

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella on palliatiivinen yksikkö FinnPall-hankkeessa lähtenyt kehittämään etäpalveluitaan ja ottanut käyttöön myös etävastaanotot. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen palliatiiviselle poliklinikalle tullaan lähetteellä ja yleensä lääkäri on jo tavannut potilaan aiemmin ennen etävastaanottoa. Hoitaja soittaa potilaalle ja puhelimessa sovitaan, kuinka tuleva vastaanotto hoidetaan. Jos päädytään etävastaanottoon, kirjataan tämä potilastietoihin. Potilaalle tarjotaan aina etävastaanotto mahdollisuutta. Potilaan kunto voi olla heikko ja siten lähivastaanotto raskas ja saavuttamattomissa oleva vaihtoehto. Palliatiiviselta poliklinikalta tehdään myös kotikäyntejä, mutta kotikäynneissä on resurssoitava sekä segmentoitava asiakkaat pitkien matkojen ja ajan rajallisuuden takia. Tyypillisimpiä palliatiivisen poliklinikan etävastaanottojen käyttäjiä ovat tähän mennessä olleet pitkämatkalaiset, eli Etelä-Karjalan

kauimmissa kunnissa asuvat sekä huonokuntoisimmat. Käytännössä etävastaanotto on toteutettu yhteistyössä kotisairaalan hoitajien kanssa, jotka ovat vastaanoton aikana potilaan luona ja avaavat ammattilaisten välille Teams-yhteyden. Käytössä on Etelä-Karjalan hyvinvointialueen hoitajan tietokone ja suojattu internetyhteys. Palliatiivinen poliklinikka on päätynyt Teams- yhteyteen sen helppokäyttöisyyden takia. Mahdollisuus Etelä-Karjalan hyvinvointialueella olisi käyttää VideoVisit- ohjelmaa, mutta palliatiivisen poliklinikan henkilöstö kokee sen käyttöönoton ja opettelun turhana ja kuormittavana. Hoitaja potilaan luona huolehtii, että tekniikka toimii ja potilas tulee ymmärretyksi, sekä potilas on ymmärtänyt lääkärin etäyhteyden päässä. Hoitaja voi tehdä tarvittaessa mittauksia, kuten verenpaineet, happisaturaatio, paino ja muita arviointeja potilaasta lääkärin pyyntöjen mukaisesti. Palpoiminen, eli tunnustelu ei toisen käsillä onnistu, mutta, jos jokin asia tai tutkimus jää epäselväksi tai vaatii tarkempia tutkimuksia, on silloin sitten järjestetty potilaalle lähivastaanotto/kotikäynti. (Ekhva 2023c). Potilaat ja omaiset ovat kokeneet etävastaanottomahdollisuuden hyvänä, kun näkee hoitavan lääkärin videovälitteisesti ja ovat olleet tyytyväisiä siihen, ettei tarvitse lähteä pois kotoa (Azad, Amos, Milne & Power 2012).

Diabeteksen hoidossa etävastaanottoa on hyödynnetty Pohjois-Suomessa jo 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Etävastaanotoilla on mahdollistettu hoidon erityisosaamisen saavutettavuus kunnissa, joissa palvelua ei muuten olisi tarjolla. Työntekijöiden ja potilaiden kokemukset Pohjois-Suomessa ovat olleet pääsääntöisesti myönteisiä. On huomattu, että digitaalisten työkalujen hyödyntäminen voi parantaa hoidon laatua, saatavuutta ja siitä saatavia hyötyjä. (Lairovuori & Ilanne-Parikka 2018.) Pohjois-Suomessa välimatkat ovat pitkiä, joten siellä ollaan monilla poliklinikoilla mahdollistettu etävastaanottotoiminta. Muistipoliklinikoiden kohdalla etävastaanottotoiminta on haastatteluiden perusteella tullut erinäisin variaatioin käyttöön Suomessa.
Etävastaanottoja on paljon nykyisin käytössä eri terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä. Jo vuonna 2015 on sosiaali- ja terveysvirasto linjannut, että etävastaanotto voidaan verrannollistaa lähivastaanottoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Etävastaanotoilla on monia edistäviä ja kustannustehokkaita etuja. Esimerkkinä: jos läheiset ja omaiset ovat töissä tai asuvat kauempana, niin silloin etäyhteys mahdollistaa omaisen osallistamisen ja osallistumisen muistiasiakkaan hoitoon etäisyyksistä riippumatta ja täten myös reaaliaikaistaa tiedonkulun oikeanlaisena omaiselle.(Forma, Aaltonen, Teräväinen & Pulkki 2023).

4.1.1 Etävastaanotot muistipoliklinikoilla

Suomessa on 21 hyvinvointialuetta, sekä Helsingin kaupunki vastaa omasta alueestaan eli HUS-alue (Soteuudistus 2023). Etelä- Savon hyvinvointialueen eli tutummin Eloisan muistipoliklinikka on hyödyntänyt etäyhteyksiä jo vuodesta 2019 (Eloisa 2023).
Eloisan alueen muistipoliklinikalla on 14 etävastaanottoa viikossa ja kaksi ”tavallista”, eli painotus on etävastaanotoissa. Asiakkaita ei segmentoida tarkemmin, mutta lähivastaanotolle valikoidaan asiakkaita, joilla on lähivastaanottoa tukeva tarve. Eloisalla etävastaanotto toteutetaan Eloisan tiloissa Mikkelissä. Vastaanottohuone, jossa on varattu tuolit niin asiakkaalle kuin omaiselle, etäyhteyslaite, eli tärkeimpänä iso näyttö, jossa geriatri on suht luonnollisen kokoinen ja hoitajan työpiste. Hoitaja on paikalla koko vastaanottokäynnin ajan varmistamassa yhteyksien toimivuuden, sekä jos jompikumpi osapuoli tarvitsee jotain apua. Samalla hoitaja kuulee myös asiakkaan jatkosuunnitelman ja on tietoinen jatkotoimenpiteistä. (Eloisa 2023.)
HUSin muistipoliklinikalla ovat hyödyntäneet etävastaanottoja, jotka otettiin koronan aikana pikavauhdilla ja pakon sanelemana käyttöön.
Henkilökunta, kuten myös omaiset, varsinkin he, jotka asuvat ulkomailla ja tietenkin asiakkaat ovat pääsääntöisesti kokeneet etägeriatrin hyvänä. Ongelmana on ollut laitteet ja yhteydet eli nämä ovat sitten olleet hoitajan tai omaisen käyttämiä. Hus- alueella etävastaanottotoimintaa on toteutettu asiakkaan luona. Pääsääntöisesti ei kuitenkaan etäyhteyksiä suosita ja aina asiakkaan suostumuksella, eli asiakkaalla on oikeus valita. (HUS 2023.)

Esimerkiksi Satakunnan hyvinvointialueella ikääntyneiden ehkäiseviin palveluihin ja niiden saavutettavuuteen on panostettu ottamalla sähköiset

palvelut käyttöön (Croell 2022). Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen geriatrisella poliklinikalla geriatrin vastaanotto toimii ainoastaan etänä (Keusote 2024). Keusotella geriatrian erikoislääkärin vastaanotot ovat etävastaanottoja, siellä muistihoitaja huolehtii yhteyksien avaamisesta ja on mukana vastaanotolla geriatrian poliklinikalla. Yhteyskanavana Keusotella käytössä on teams. (Keusote 2024.) Päijät-Sotessa kerrotaan käytettävän polikliinisten vastaanottojen, kotikäyntien, kirjeiden ja puheluiden lisäksi kuvapuhelinkontakteja (Päijät-Sote 2024).

Kanadassa maaseudulla etävastaanottoja on muistipotilailla hyödynnetty ”uusintakäynneillä” jo yli kymmenen vuotta sitten ja tutkittu potilaiden ja geriatrien kokemuksia. Siellä geriatri oli ensikäynnillä arvioinut etävastaanottoihin sopivat potilaat, eli heidät, joilla oli lievä kognitiivinen heikkenemä eikä monimutkaisia sairauksia. Jos potilas itse oli suostuvainen etävastaanottoihin myös lääkityksen tehostukset ja tarkistukset ohjautui etävastaanotoille. Geriatrien mukaan 17 vastaanottoa 30.stä olisi peruuntunut, jos ne ei olisi olleet etävastaanottoja. Seitsemällä vastaanotolla 30.stä oli pieniä teknisiä ongelmia ja kaksi kertaa 30stä videoyhteys ei toiminut, vaan vastaanotto hoitui puhelimitse. (Azad, Amos, Milne & Power 2012.)

4.1.2 Etävastaanottotoiminta ja eettisyys

Etävastaanottojen käytössä tulee huomioida eettisyys ja varsinkin, kun toimimme muistiasiakkaiden parissa, jotka ovat heikommassa asemassa olevia asiakkaita. Moraaliteoriat jakautuvat karkeasti kolmeen eriryhmään: hyve-etiikka, hyötyetiikka ja velvollisuusetiikka. Hyve-etiikka ohjaa halua auttaa ko. potilasryhmää. Hyötyetiikka eli utilitarismi tukee etävastaanottoja, koska niistä on potilaille hyötyä. Velvollisuusetiikka taas ohjaa huomioimaan ihmisarvon motiivina, ei oman edun tai yleishyödyllisyyden. Turun yliopiston lääketieteellisen etiikan professori Veikko Launis nostaa kuusi keskeisintä periaatetta lääkintä- ja hoitoetiikassa: elämän kunnioittaminen, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämінen, hoitaminen, oikeudenmukaisuus ja hyödyn maksimoiminen. Näitä periaatteita tulee noudattaa ja etävastaanottotoiminta

tukee näitä periaatteita. Launis on nostanut hyödyn maksimointiin resurssien tarpeettoman tuhlaamisen, oikeudenmukaisuuden huomioimisen, sekä pelkästään, sen että hyöty ei voi olla taloudellisen hyödyn maksimoimista. Etävastaanottotoiminta takaisi omalta osaltaan, että kaikilla olisi tasapuoliset mahdollisuudet oman terveyden ylläpitämiseen ja ihmisarvoiseen hoitoon ja jokaisen terveydentilaa on pyrittävä parantamaan niin hyvin, kuin mahdollista. (Launis 2021.)

Eettisyys on noussut esiin myös lääkäreiden taholla, niin keskusteluissa, kuin teettämässäni kyselyssä. Toiminnan ja diagnosoinnin eettisyyttä, sekä laatua varmistaa, muiden ammattilaisten ennen etävastaanottoa tehtävät havainnot, toimet ja tutkimukset. Näihin lukeutuu sekundääristen muistia ja toimintakykyä alentavien sairauksien ja muiden asioiden poissulku. (Laakkonen ym. 2022.)

Tärkeää ja asiaankuuluvaan on asiakkaan suostumus etävastaanottoon, sekä etävastaanottotoiminnan läpikäyminen yhdessä asiakkaan/ sekä omaisen kanssa ennen suostumusta (Valvira 2023.) Hoitaja pystyy alustavasti arvioimaan sen, onko asiakkaalle tarpeen ennemmin lähivastaanotto vai onnistuuko etävastaanotto. Hoitajan havainnot edeltävältä vastaanotolta ja asiakkaasta ovat ratkaisevia valmistautumisessa etävastaanottoon ja etävastaanoton mahdollisuuteen, eli hoidontarpeen arviointi nousee tärkeään asemaan. (Valvira 2024.)

4.1.3 Työvälineet ja tietoturva

Etäpalvelut edellyttävät, että palvelujen antajalla on asianmukaiset tilat, laitteet ja henkilökunta, joka on saanut asianmukaisen koulutuksen. On tärkeää huomioida, että potilas on antanut etäpalveluun tietoisen suostumuksensa, sekä että terveydenhuollon ammattihenkilö on arvioinut palvelun soveltuvan toteutettavaksi etänä ja, että kyseenomainen asiakas on soveltuvainen hoidettavaksi etäyhteydellä. Tarvittaessa asiakkaalle on varattava mahdollisuus vastaanottokäyntiin tai ohjattava muuhun toimipaikkaan. (Valvira 2022.)

Valviran ohjeistusta etäpalveluiden järjestämisestä noudattaen olisi tietoturvallisinta ja yhteyksien toimivuuden kannalta parhain vaihtoehto järjestää etävastaanotto Etelä-karjalan hyvinvointialueen toimipisteissä, jossa myös hoitajan työturvallisuus olisi turvatumpi, kuin esimerkiksi asiakkaan kotona. (Valvira 2022.) Hujala ja Taskinen (2020) korostavat Uudistuva sosiaali- ja terveysala teoksessaan, että jo suunnitteluvaiheessa tulee huomioida tietoturvallisuuden varmistaminen ja tietosuojaperiaatteet, nämä tulee olla sisäänrakennettuna toimintaan, eli kerätään ja käsitellään vain tarpeellista tietoa (Hujala & Taskinen 2020).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa teknologian käytössä toiminnan lähtökohtana tulee olla ihmisarvo ja sen kunnioittaminen, teknologiaan liittyvät eettiset kysymykset ovat samanlaisia, kuin muutkin sosiaali- ja terveysalla nousevat eettiset ongelmat. Kaikilta kansalaisilta ei voi edellyttää tietoteknisiä taitoja, joita tarvitaan tietojärjestelmien käytössä ja tämä tulee huomioida palveluja suunniteltaessa ja tarjotessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,10.)

Ekhvalla on käytössä VideoVisit- etähoidon palvelualusta (VideoVisit 2023), mutta esimerkiksi HUS ja Keusote käyttävät Teams-alustaa (HUS 2023; Keusote 2024). Teams on Etelä-Karjalan hyvinvointialueella käytössä viestintäkanavana, joten sen käyttäminen ja toiminnot olisivat jo tuttuja. Teams -alusta on myös tietoturvallinen alusta ammattilaisten välillä ja varsinkin, jos toimitaan Ekhvan suojatussa verkossa ja Teamsin kirjoitus osioon ei kirjoiteta mitään, mikä sisältää tunnistettavia potilastietoja (Ekhva 2024d).

ESSOTElla aloitettiin VideoVisit alustalla, johon kuului etädiagnosointi- paketti, eli ”tutkimuskamera-salkku”, mutta sittemmin ovat toimineet ilman salkkua (Essote 2023). Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla on käytössä teams- alusta työvälineenä, mutta tietoturvasyistä Etelä-Karjalan hyvinvointialueen linjaus on käyttää VideoVisit -alustaa. Tämä toki vaatii koulutusta henkilöstölle. VideoVisit toimii selaimella eli ei tarvitse ladata erillistä appia. VideoVisitiin tunnistaudutaan luotettavilla menetelmillä, kuten esimerkiksi pankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. Etävastaanotto onnistuu myös, vaikkei asiakkaalla olisi mahdollista tunnistautua sähköisesti. Etävastaanottoa voitaisiin tarvelähtöisesti toteuttaa monin eri variaatioin. On mahdollista, että ainoastaan omainen on etänä tai potilas ja omainen on eripaikoissa etänä. Ideaali olisi, että

potilas olisi Etelä-Karjalan hyvinvointialueen tiloissa hoitajan kanssa ja lääkäri etänä. Esimerkiksi asiakas tulee muistipoliklinikan tiloihin hoitajan luo, he yhdessä avaavat etäyhteyden geriatrille ja vastaanoton jälkeen voi hoitaja käydä vastaanoton asioita vielä potilaan ja omaisen kanssa lävitse ja varmistaa, että potilas on saanut tarvittavat tiedot ja ymmärtänyt jatko-ohjeet. (Terveysportti 2024).

4.1.4 Etävastaanottoa koskevat ohjeet ja lainsäädäntö

Valvira ohjeistaa potilaille annettavista etäpalveluista, joissa tulee huomioida asianmukainen toimintaympäristö yhteyksineen ja asianmukaisen koulutuksen saanut henkilöstö. Vastuu tietoturvasta ja tietosuojasta on palvelujen antajalla. Etäpalvelun on oltava potilasturvallista sekä lääketieteellisesti asianmukaista. (Valvira 2022.) Tärkeää on huomioida, että terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi asiakkaan soveltuvuuden etävastaanotolle, sekä potilaalta on tietoinen suostumus etäpalveluun (Valvira 2022).

Muistipoliklinikalla tämä vaihe on todella tärkeä ja on tärkeää huomioida myös omainen ja omaisen pääseminen mukaan vastaanotolle. Asiakkaan etävastaanottoon soveltuvuuden arviointi on haastavaa ja vaikka arviointi olisikin sujunut, voi sairaus olla edennyt huomattavasti sillä aikaa, kun asiakas jonottaa geriatrin vastaanotolle. Vaikka asiakas vaikuttaisi soveltuvan etävastaanottoon, tulee silti hoitajan huolehtia, että asiakas on ymmärtänyt geriatrin ohjeistukset ja kerrata nämä vastaanoton jälkeen. Hoitajan tulee antaa kirjallinen ohjeistus mukaan, sekä muistuttaa, että ottavat herkästi yhteyttä, jos jokin asia jää mietityttämään. Kun asiakas saa muistisairaus diagnoosin alkaa muistikoordinaattorin seuranta, joka tukee ja ohjaa sairastunutta ja läheisiä. (Valvira 2023.)

Oikean potilaan tunnistaminen voi tapahtua näyttämällä kela tai henkilökortti etävastaanoton alussa, kuten lähivastaanotollakin. VideoVisit -alusta vaatii vahvan tunnistautumisen, mutta asiakasryhmä huomioiden, ei kaikilla ole mobiilivarmennetta tai sähköisiä pankkitunnuksia. Laki vahvasta sähköisestä

tunnistamisesta ja sähköisistä luottamuspalveluista 617/2009 ohjaa asiakkaan luotettavaan tunnistautumiseen. Etävastaanoton käyttöönottoa ennen tulee aina varmistaa potilaalta lupa etävastaanottoon ja kirjata tämä selkeästi potilastietojärjestelmään. Suositellaan, että lupa olisi kirjallinen. (Valvira 2023.)

4.2 Digitalisaatio

Tilastokeskuksen mukaan Suomessa seniorit kuitenkin käyttävät internetiä. Noin 50 % 65-74 -vuotiaista käyttää useita kertoja päivässä internettiä ja jopa 20% yli 75 -vuotiaista. Tätä tietoa tukee myös tutkimus, jossa Mielonen, Saranto, Kuusisto, kemppi ja Kinnunen (2021) ovat havainnoineet, että 65 -74 -vuotiailla on tarvittavia välineitä ja taitoja sähköisten palveluiden käyttöön, kun taasen yli 85- vuotiaiden osuus tutkimuksessa on merkittävän pieni, joka voisi siten viitata, että kyseenomaisella ikäryhmällä on haasteita tietoteknisissä valmiudessa. Tutkittavista 78 % kuului ikäryhmään 65-74 -vuotiaat. Tutkittavista 81 % luottivat laitteisiin ja sovelluksen toimintaan ja 88 % koki, että sähköisistä palveluista on itselleen hyötyä. Osallistujista 45 % käyttää tai on käyttänyt usein sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Esteeksi tietotekniikan käytölle nousi tutkimuksessa sovelluksen tai laitteen monimutkaisuus, vaikeatajuinen teksti ja laitteen näppäinten ja kirjainten koko, sekä näkö- ja kuulovaikeudet. Kaiken kaikkiaan sähköisiin palveluihin kannustaa ajansäästö ja paikkariippumattomuus, sekä sähköisten palveluiden tuomat kustannussäästöt esimerkiksi matkakustannuksissa. (Mielonen ym. 2021.) Sosiaali- ja terveysministeriö on haastanut kunnat, hyvinvointialueet ja järjestöt tuoreimmassa laatusuosituksessaan kehittämään rakenteet ja toimintamallit digituelle, jonka tarkoitus on opastaa niin digilaitteiden käytössä, sekä teknologian hankinnassa kuin digiturvassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024).

4.2.1 Ikäihmiset ja digitalisaatio

Digitalisaatiota liitettynä ikäihmiseen on tutkittu useammasta näkökulmasta. Yi, Pittman, Price, Nieman, Oh (2021) ovat tutkineet kirjallisuuskatsauksena etävastaanottoja Alzheimerin tautia sairastavilla tai potilailla, joilla on lievä

tiedonkäsittelynheikentyminen eli MCI. Johtopäätöksenä tutkimuksessa kävi ilmi, että etävastaanotot on otettu hyvin vastaan, niin potilaiden, kuin hoitoalan ammattilaisten keskuudessa. Tärkeää onnistuneen etävastaanoton ja hoidon jatkuvuuden kannalta on läheisten, tukihenkilöiden tai hoitohenkilökunnan tukeminen tekniikan käytössä sekä huomioida vastaanotolla aistien heikkenemät, kuten näön ja kuulon. Tärkeää onnistuneessa kohtaamisessa on, että potilas kuulee ja näkee mitä ammattilainen sanoo ja myös ymmärtää sanotun. Kuulon alenemaan, joka liittyy ikään, on jopa 90 %lla dementiaa sairastavilla. Näkövammaa arvioidaan olevan noin 30 %lla. Aiemmat tutkimukset etälääketieteen toteuttamiseen muistisairailla ovat keskittyneet hoitohenkilöstön kokemuksiin, ei niinkään potilaskokemuksiin.

Artikkelin mukaan on tärkeää panostaa ja kehittää muistisairaille etävastaanottomahdollisuuksia, se voi olla sairastuneelle jopa parempi ja helpompi vaihtoehto, kuin sukkuloida muutoin terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimuksessa oli mukana niin terveydenhuollon yksiköissä olevia, kotona olevia, sekä hoivakodeissa olevia potilaita. Myös MMSE-testiä on käytetty välineenä etävastaanotoilla ja tutkimuksessa se olikin yleisin väline sairauden tilanteen seurantaan. Etävastaanotoissa vahvasti nousi esiin laitteisto ja sen käytettävyys, eli tarvittavat laitteet ja niiden osaava käyttäminen, joka vaatii omaista, tukihenkilöä tai hoitohenkilöstöä avustamaan. (Yi ym. 2021.)

Italiassa on tehty pilottitutkimus, jossa verrataan etävastaanotolla tehtyjä testien ja lähivastaanotolla tehtyjen testien luotettavuutta ja eroja. Potilaita tarkkailtiin sairauden alussa, sitten 6 kuukauden,12 kuukauden, 18 kuukauden, 24 kuukauden kohdalla ensin kasvokkain ja siitä 2 viikon kuluttua etäyhteydellä kahden eri psykologin avulla. Etävastaanotolla ja lähivastaanotolla saaduilla MMSE- tuloksilla ei ollut eroja, paitsi potilailla, joiden tulos oli 17 tai pienempi, eli joilla oli selvempiä kognitiivisia puutteita. Etävastaanoton ja lähivastaanoton käytetyssä ajassa ei ollut eroa. Etäyhteyksien on osoitettu olevan luotettavia myös muiden sairauksien kognition arvioinnissa, kuten Parkinson, psykiatriset potilaat ja aivohalvauspotilaat. (Carotenuto, Rea, Traini, Ricci, Fasanaro 2018.) Tämä tutkimustulos herättää ajattelemaan, että ehkä olisi myös mahdollista toteuttaa muistikoordinaattorin seurantakäynnit segmentoiduille potilaille etävastaanottona.

Artikkeleissa havainnot ovat samansuuntaisia eli sähköisiä palveluita suunniteltaessa on otettava huomioon laitteen sekä sovelluksen helppokäyttöisyys, selkokieli, asiakkaan näkökyky ja kuulo. Huomiota on kiinnitettävä myös vanhimpiin ikäluokkiin, joiden tietotekniset taidot tai laitteet eivät ole riittävät. Myös terveydenhuollon ammattilaisten huomioiminen ja kouluttaminen nousi vahvasti esiin molemmissa tutkimuksissa. (Yi ym. 2021; Mielonen ym.2021.)

Sakari Ilomäki ja Johanna Ruusuvuori (2022) ovat tutkineet digitaalisia teknologioita ikääntyneiden kotihoidossa. He tutkivat etäyhteyden käyttöä kotihoidossa, tutkimukseen osallistuneet asuivat yksin ja heillä oli lieviä muistihäiriöitä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että laitteet tulee olla helppoja, jotta asiakkaan autonomia säilytetään, sekä tulee kiinnittää huomiota hoitajan/hoitohenkilökunnan sosiaaliseen ilmaisuun ja ohjaamistapaan. Tarvittavat tarvikkeet tulee olla lähellä etälaitetta, tässä tutkimuksessa ohjattiin lääkkeenotossa etänä ja huomattiin, että etälaite ja lääkkeet tulee olla samassa tilassa. Ilomäen ja Ruusuvuoren (2022) tutkimus osoittaa, että jotta geriatrin etävastaanotto saataisiin toimimaan, on myös geriatrin ja hoitohenkilöstön hallittava digitaidot ja digisosiaalisuus, sekä saada ohjausta digivälitteiseen ulosantiin. (Ilomäki & Ruusuvuori 2022.)

4.2.2. Ammattilaiset ja digitalisaatio

Tiina Koivisto väitöskirjassaan ”digitoimijuus terveydenhuollon ammattilaisen työssä” kertoo, että kokemukset digivälineistä ei ole ainoastaan positiivisia ja on huomannut tämän, että ammattilaiset tarvitsevat oppia digitoimijuuteen, jotta digitalisaatiosta saataisiin tuottavuushyötyä. Koivisto on koonnut tietoa väitöskirjaansa kolmesta eri osatutkimuksesta, jotka jokainen tutkivat etäpalveluita ja digitalisaatiota hieman erinäkökulmista, mutta pääpaino on terveydenhuollon ammattilaisen työssä. (Koivisto 2023, 49.)

Ammattilaiset arvioivat digivälineiden käyttöä käytettävyyden ja osaamisen lisäksi tavoitteen saavuttamisella. Digiteknologian koettu hyöty ja helppokäyttöisyys ovat ratkaisevat tekijät käyttöönoton onnistumisessa ja ammattilaisten myönteisten asenteiden muovautumisessa. Kielteisyys koostuu

ammattilaisen näkemyksen mukaan siitä, että digivälineet vievät työaikaa ja vievät huomion varsinaisesta asiakastyöstä. (Koivisto 2023, 51.) Tämän saman huomion olen tehnyt auditoimalla muistipoliklinikan henkilöstöä. Muistipoliklinikan henkilöstö kokee, että jos vastaanoton aikana kirjoittaa tietokoneelle tai toimintakykymobiiliin, se vie aikaa, sekä huomiota asiakkaasta. Hoitajat haluavat keskittyä vastaanotolla asiakkaaseen, ei laitteeseen. Ymmärrystä henkilöstön digitalisaatiokielteisyyteen tuo se, että suurin osa henkilöstöstä on urallaan oppinut kirjaamaan käsin paperisiin potilasasiakirjoihin ja digiteknologia ei ole tuttua. Digitalisaatio on töissä, sekä kotona nostanut päätään vasta 2000 luvulla ja suurin digiharppaus on tapahtunut viimevuosina 2020 luvulla Covid19 vauhdittamana. Osa henkilöstöstä on sopeutunut digimuutoksiin helpommin ja toiset ei. Koivisto on selvittänyt tutkimuksessaan, että suurin ongelma on ammattialaisten osaamattomuus ja epävarmuus, vaikkakin asenteet digitalisaatioon on aiempaa myönteisempää, suhtautuu osa ammattilaisista jo valmiiksi luovuttaen uusien teknologioiden käyttöön. (Koivisto 2023,48.)

Vuonna 2018 Suomessa tehtiin ristitutkimus vastavalmistuneilla sairaanhoitajilla, sekä kokeneilla sairaanhoitajilla, jossa selvitettiin hoitotyön tietotekniikkaosaamisen ja tietojärjestelmien vaikutuksesta stressiin ja ahdistukseen. Näissä molemmissa ammattilaisryhmissä todettiin, että huonosti toimivat ja jatkuvasti muuttuvat tietojärjestelmät voivat olla merkittävä stressin ja ahdistuksen lähde terveydenhuollon ammattilaiselle. (Kaihlanen, Gluschkoff, Laukka, Heponiemi 2021.) Terveydenhuollon ammattilaiset, joilla ei ole riittävästi digiteknologia osaamista heikentävät potilasturvallisuutta ja lisäävät virheitä (Navarro-Martinez, Igual-Garcia, tarver-Salcedo 2023). Espanjalaisessa tutkimuksessa Navarro-Martinez ym. (2023) oli havaittu sama, kuin suomalaisen Koiviston (2023) tutkimuksessa eli terveydenhuollon ammattilaiset, varsinkin sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta digiteknologian käytössä. Samaan tulokseen päätyi myös Eskelinen (2023).

Eskelisen (2023) tutkimuksessa haastateltavien mukaan vanhemmat hoitajat kokivat laitteiden käytön ja tietotekniset kirjaukset haastavina, jopa ahdistavina ja haluaisivatkin keskittyä hoiva ja hoitotyöhön, eli kyky yhdistää asiakkaan kohtaaminen ja kirjaaminen ei luonnistu. Kun hoitajat eivät kykene yhdistämään

kohtaamista ja kirjaamista, ei se ole yhdenmukaista toimintaa. (Eskelinen 2023.) Vaikka Eskelisen tutkimus kohdistuu kotihoitoon, ovat samanlaiset elementit havaittavissa muistipoliklinikallakin.

5 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia, kuinka voidaan hyödyntää etävastaanottotoimintaa muistisairauksien diagnosoinnissa ja hoidossa sekä luoda toimintamalli Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle etävastaanottoon. Työn tavoitteena oli tarkastella millaisia valmiuksia etävastaanottotoiminta vaatisi toteutuakseen. Etävastaanottovalmius ja toimintamalli etävastaanottoihin olisi hyvä olla valmiina useankin syyn takia. Tarkoitus ei ole, että etävastaanotto otetaan aktiiviseen ja pääsääntöiseen käyttöön syrjäyttämällä täysin lähivastaanotot, vaan tarkoitus olisi, että muistiasiakkaiden vastaanottotoiminta olisi jatkossakin pääsääntöisesti lähivastaanottona.
Opinnäytetyössä pyritään vastaamaan miten toteuttaa etävastaanottoa muistihäiriöisellä potilaalla, mitä on huomioitava etävastaanottoa järjestettäessä ja esteet etävastaanottotoiminnalle muistipoliklinikalla. Miten huomioida henkilöstö etävastaanottoa suunniteltaessa sekä tekninen ja tietoturvallinen toteutus.

6 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

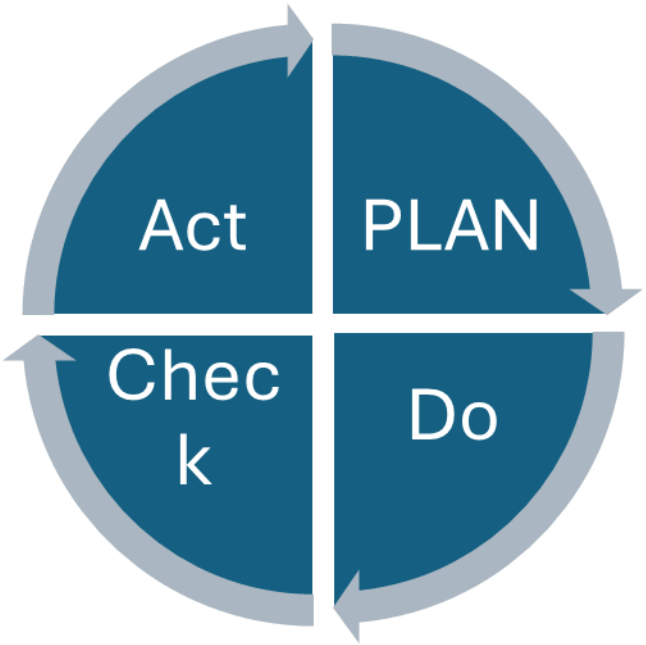
Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jossa on sekoitus toiminnallista ja opinnäytetyötä ja palvelumuotoilua (Kananen 2019). Laadullinen tutkimus on joustava tutkimusmenetelmä, joka vaatii laajaa aineiston keruuta ja tutkittavan asian ymmärtämistä, koska tulosten luotettavuuden todentaminen on haastavaa (Kananen 2015). Laadullisen tutkimuksen tavoite on tuottaa uutta tietoa, jolla on yksittäistapausta yleisempää merkitystä. Suomessa laadullisia menetelmiä on käytetty yhteiskuntatutkimuksissa jo 1970 luvulta (Juuti & Puusa 2020). Palvelumuotoilu on asiakaslähtöistä palveluiden ja liiketoiminnan kehittämistä, joka noudattaa PDCA- mallia. (Palo 2024.) Plan, Do, Check, Act- malli on

laadunhallintaa ohjaava periaate jatkuvaan parantamiseen (Arter 2024). PDCA-malli on alkujaan teollisuudesta 1920- luvulta. Kyseessä on Walter A. Shewhartin tieteellinen menetelmä prosessien laadun parantamiseen. PDCA-mallia on ajan saatossa sovellettu monin eri tavoin ja sen periaatteista on muovautunut muista samankaltaisia jatkuvan parantamisen malleja.

P eli Plan, joka tarkoittaa suunnittele on nelivaiheisen iteratiivisen prosessin ensimmäinen vaihe, jossa määritetään parannettava asia ja tavoite. Suunnitteluun kuuluu myös riskien arviointi ja mahdollinen varasuunnitelma.

D eli Do, eli tee on toinen vaihe, jossa testataan tai toteutetaan suunnitelmaa pieni muotoisesti tai pilotoiden, eli mahdollistetaan oppiminen, mutta minimoiden riskit. (Flovio 2024.)

C eli Check on tarkista. Kolmannen vaiheen tarkoitus on suunnitelman toteutuksen arviointi, kerätään ja arvioidaan saatua tietoa. Tarkistetaan tavoite ja verrataan, sekä arvioidaan muutosta. Tämä vaihe on tärkeä, koska tässä kerätään oppimisen paikat ja palautteet parantamista varten. A eli Act, eli toimi on neljäs vaihe. Tässä vaiheessa tehdään korjaavat toimet edellisen, eli tarkastus vaiheessa tulleiden palautteiden perusteella ja aloitetaan sama PDCA- kehä uudelleen ja toistaen kaikki neljää vaihetta, kunnes tulokset ovat positiivisia ja suunnitelma voidaan ottaa käyttöön. (Flovio 2024.)



Kuvio 5 Shewartin ympyrä (Flovio 2024.)

Kuviossa 5. On Shewartin ympyrä, josta käytetään myös nimitystä Demingin ympyrä tai Demingin sykli, joka kuvastaa jatkuvaa parantamista. Kuvassa näkyvät vaiheet 1-4, sekä niiden syklisyys, sekä se, että ympyrä jatkaa pyörimistään, jos toivottua tulosta ei ole saavutettu. (Flovio 2024.)

Opinnäytetyöni tarkoitus on tutkimustiedon ja muistipoliklinikalta kerätyn tiedon avulla luoda toimiva toimintamalli, josta olisi hyötyä niin muistipoliklinikalle, kuin muille etävastaanottoa suunnitteleville yksiköille. Toimintamalli on P-plan eli suunnitelma minun PDCA- mallissa ja tätä varten tarvitsen tietoa ja aiemman tutkimustiedon hyödyntämistä.

Menetelmänä opinnäytetyössä on laadullinen tutkimus, eli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkittava ilmiö ei ole kovin tunnettu, mutta täyttää laadullisen tutkimuksen kriteerit. (Kananen 2019.) Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä induktiivisuus, eli pyrkimys tehdä johtopäätöksiä aineistosta käsin. (Juuti & Puusa 2020.) Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä haastattelut, kyselyt ja havainnointi. (Kananen 2015.) Aineistoa tutkimukseen hankin laadulliselle tutkimukselle tyypillisellä aineistonkeruun tavalla, eli työpajassa, haastatteluilla, kyselyllä, dokumenttiainestoilla ja havainnoimalla. Aineistonkeruussa käytin menetelmänä kyselyä, jonka tein Mentimeterillä ja sen lisäksi aineiston keruuseen kuului tiedonhaku luotettavista sosiaali- ja terveysalan tietokannoista, kuten esimerkiksi CINAHL, MEDIC, Pubmed ja Google Scholar. Hakusanoina käytin muun muassa ”etävastaanotto*”, ”telehealthcare*”, ”digitalisaatio*”, ”etähoitotyö*” ”ikäihmiset ja digitalisaatio”. Tietoa etävastaanotoista löytyi aluksi todella vähän tai aineiston sisältö ei kohdannut tavoitetta, varsinkin ikäihmisten ja muistisairaiden osalta tietoa oli haastavaa löytää. Aineistossa isossa osassa on lakeja, säädöksiä ja suosituksia koskien muunmuassa asiakaskuntaa, toimintamallia ja tietoturvaa.

Aiheen opinnäytetyöhön sain, kun pohdimme Covid-pandemian jälkeen, että millaisia ratkaisuja voisimme muistipoliklinikalla tehdä, jotta vastaavassa ”sulku-tilanteessa” asiakkailla ja potilailla olisi mahdollisuus vastaanottoihin ja diagnoosiin. Tuolloin olin itse töissä muistipoliklinikalla asiantuntijana, joten

pääsin tutkimaan ja tarkkailemaan ilmiötä hyvin läheltä, sekä keskustelemaan työntekijöiden kanssa erilaisista skenaarioista.

Keskusteltuani asiasta muistihoitajien ja geriatrien kanssa ja päädyimme pitämään asiantuntija- työpajan. Työpajassa Eloisan muistipoliklinikan hoitaja ja geriatri kertoivat heidän toiminnastaan ja sitten toisessa työpajassa kokoonnuttiin Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikan henkilöstön kanssa. Toisessa työpajassa keskustelimme ajatuksista ja halukkuudesta kehittää muistipoliklinikan etävastaanottoja. Metodologina tutkimuksen kohteena olevan ilmiön tutkimusta auttaa se, että itse olen tehnyt kyseisessä työyksikössä ja työyhteisössä työtä, tunnen työn sisällön, asiakaskunnan sekä henkilöstön.

Työpajat toimivat yhtenä aineistonkeruun menetelmänä ja pohjustivat työn tarpeellisuutta. Aineiston keruuseen kuului selvittää, kuinka muualla Suomessa muistipoliklinikat toimivat. Tämän selvitystyön toteutin puhelinhaastatteluina ja sähköpostihaastatteluina niille muistipoliklinikoille, joiden tiedot löytyivät Google haulla. Suomessa muistipoliklinikat toimivat hyvinkin erilaisin konseptein ja muistipoliklinikoiden henkilöstöresurssit ja prosessit ovat laidasta laitaan. Muistiasiakkaan prosessi on lähes jokaisella muistipoliklinikalla omannäköisensä ja siten myös etävastaanottotoiminta ja etävastaanottokäytännöt ovat hyvinkin erilaisia. Hyvinvointialueiden myötä muistipoliklinikkatoimintaa ja muistipotilaan hoitoa ja seurantaa on yhtenäistetty monilla hyvinvointialueilla.

Aineistonkeruun ja aiemman tutkimustiedon pohjalta sain aiheet kyselyn kysymyksiin, joista on tarkoitus koostaa toimintamalliin tarvittavia elementtejä. Vaikka kyseessä on toiminnan kehittäminen, ei opinnäytetyöni laajuus riitä kehittämistutkimukseen, jossa toimintamallia kokeiltaisiin ja korjattaisiin puutteet (Kananen 2019). Aineistonkeruu, on verrattavissa jatkuvan parantamisen toiseen vaiheeseen eli D-do tee.

Kun vaihe kaksi on tehty, niin pääsen C-check vaiheeseen, jossa analysoin saamiani vastauksia ja vertaan aiemmin tutkittuun tietoon, sekä teen päätelmiä mitä tulisi muuttaa.
Lähestymistapa opinnäytetyössä on laadullinen toimintatutkimus, tutkimusotteena kysely sekä palvelumuotoilu. Tarkoitus tarkastella jo tutkittua tietoa ja verrata sitä kyselystä saamaani tietoon, jonka perusteella luodaan toimintamalli. Opinnäytetyöni menetelmät nojaavat fenomenologiaan, koska haluan selvittää, kuinka henkilöstö kokee digitalisaation ja etävastaanottotoiminnan (Juuti & Puusa 2020). Kun henkilöstön eli käyttäjien ääntä on kuultu, helpottaa se toimintamallin luomista sekä toimintamallin käyttöönottoa.

Palvelumuotoilu on kehittämisen toimintamalli, jossa otetaan palvelunkäyttäjä aktiivisesti mukaan tuottamaan ihmislähtöistä palvelua.
Opinnäytetyöni täyttää palvelumuotoilun kriteerit, koska opinnäytetyössä yhdistyy kannattavuus, asiakasnäkökulma sekä organisaation ihmisläheisyys, sen tarkoitus on tuottaa ongelmaan ratkaisu keräämällä käyttäjäymmärrystä, jotta voidaan kirkastaa ongelma, joka ratkaistaan.

Neljännessä vaiheessa, eli A-act -toimi vaiheessa on valmis toimintamalli, jonka voin tarjota käyttöön muistipoliklinikalle ja tässä kohtaa näemme lähdetäänkö kiertämään Shewartin ympyrää uudelleen. (Pamu 2024). Jatkuvan parantamisen malli ja yhteissuunnittelu nousevat tärkeäksi osaksi toimintamallin käyttöönoton jälkeen, kun on saatu toimintamallista kokemusta ja huomataan parantamisen kohdat, mutta tässä opinnäytetyössä keskitymme vain luomaan toimintamallin, joten jatkotutkimustyölle tässä opinnäytetyössä on mahdollisuuksia. Jatkuvaa parantamista ja PDCA-mallia olen hyödyntänyt kokoajan opinnäytetyötä tehdessä, jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa.
Luovaa ajattelua tarvitaan, jotta työstä saadaan Etelä-Karjalan hyvinvointialueelle ja kyseenomaiselle muistiasiakasryhmälle sopiva ratkaisu. Yhteissuunnittelua on jo ollutkin työpajamuodossa samantyylistä palvelua tarjonneilta ja tulevilta ammattilaiskäyttäjiltä. Empatia käyttäjiä kohtaan tulee lähes automaattisesti, koska on suunniteltava toimintamalli, jonka käyttäjät, eli geriatri ja hoitohenkilökunta, sekä asiakas ja omainen ovat tyytyväisiä ja saavat

tarvitsemansa palvelun. Empatia käyttäjiä kohtaan näkyy myös henkilöstön valikoitumisena opinnäytetyön kyselyyn vastaajina ja toimintamalliin vahvasti vaikuttavana tekijöinä.

Opinnäytetyössä otin henkilöstön asiakkaana palvelunmuotoiluun, vaikka myös potilas on palvelumuotoilun tuotteen asiakas. (Pamu 2024.) Henkilöstön ottaminen asiakkaaksi oli omalta osaltani täysin luotettavuus ja eettisyys asia. Jos tutkimus olisi kohdistunut potilaisiin olisi tutkimuslupaan täytynyt hakea myös eettisen toimikunnan puoltava lausunto (Ekhva 2024c). Kyseessä on heikommassa asemassa oleva potilasryhmä. Koen että ei olisi eettisesti oikein osallistaa heitä, ennen kuin ammattilaisilla on vahva näkemys ja kokemus tutkittavasta ilmiöstä ja itse toimintamallista. Palvelumuotoilu on palveluiden innovointia, jossa tarkoitus on parantaa palveluita näkyvämmäksi, yhtenäisemmäksi ja helpommin lähestyttäväksi. (Virrankoski 2013.)

Palvelumuotoilun tarkoituksena opinnäytetyössä on, että henkilöstön näkemys ja ääni saadaan kuuluviin ja pystytään huomioimaan heidän tarpeet, jotta toimintamallista saataisiin toimiva tuottajan puolesta. Kyseessä on oma työyhteisö, jossa olen toiminut kollegana ja tutustunut henkilöstöön ja havainnut heidän asenteitaan, heikkouksia ja vahvuuksia suhteessa digitalisaatioon. Palvelumuotoilu ei ole lineaarinen prosessi, vaan iteratiivinen, eli prosessi ei kulje jatkumona, vaan prosessia seilantaan edestakaisin tarpeen mukaan muokaten tuotosta (Pamu 2024). Palvelumuotoilun prosessi on näkynyt opinnäytetyössä esimerkiksi kyselyn uusimisena, kun vastauksia ei ollut tarpeeksi.

Toiminnallisen opinnäytetyön kehittämistyöstä tekee, kun kyseessä on tutkimusperustaista ja ammattikäytännöistä lähtevää kehittämistoimintaa, jonka tarkoituksena on luoda malli toiminnalle. (Vilkka 2021,32.). Toisaalta, koska on tarkoitus luoda toimintamalli, niin on tarve etsiä käyttäjäkokemuksia ja täten kehittää palvelun prosessia on kyseessä myös palvelumuotoilu (Vilkka 2021,37). Palvelumuotoilussa on olennaista luova ajattelu, yhteissuunnittelu, sekä empatia käyttäjiä kohtaan.

Yhtenä osana opinnäytetyötä käytin Mentimeterillä luotua kyselyä, johon muistipoliklinikan henkilöstö pystyi vastaamaan anonyymisti. Mentimeter on helppo kyselyalusta, johon voi itse laatia kysymykset ja kysymysasettelun. Mentimeteriin vastataan sähköisesti, joten tällöin ei ole mahdollista tunnistaa vastaajia käsialasta joten tämä lisää anonymiteettiä. Kyselyn tarkoitus oli osallistaa henkilöstöä toimintamallin suunnitteluun sekä huomioida henkilöstön kokemat haasteet ja ongelmat ennakoivasti. Mentimeterissä voi tehdä kyselyn reaaliajassa siten, ettei vastaajia tunnista. Mentimeteriin voi vastata joko puhelimella tai tietokoneella. (Mentimeter 2024.)

Ohjelmoin kysymykset ohjelmaan ja annoin vastaajille kirjautumistunnuksen yhteisessä kokouksessa ja kokouksen jälkeen sähköpostilla. Ajastin kyselyn voimassaoloajaksi kaksi viikkoa. Kyselyssä kysytään SWOT- menetelmää hyödyntäen etävastaanottotoiminnan vahvuuksia, uhkia, mahdollisuuksia ja heikkouksia kts. liite 1. Vastaajina kyselyyn toimivat muistihoitajat, muistikoordinaattorit ja geriatrit, koska henkilöstö määrä on muistipoliklinikalla pieni (16 yhteensä), niin kyselyssä ei eritellä vastaajia. Kyselyn tavoite oli saada selville henkilöstön näkemyksiä etävastaanottotoiminnasta.

Kyselyyn tulleet vastaukset litteroin manuaalisesti, eli samankaltaiset ja samaa tarkoittavat vastaukset muotoilin yhdeksi. Siten sain nelikenttäanalyysiin koostettua vastaukset. Toimintamallin koostin näiden tutkimusmetodien pohjalta.

7 Tulokset

Tein henkilöstölle kyselyn Mentimeterillä. Kyselyn kysymykset koostin PDCA-mallia noudattaen, aiempaa tietoa tavoitteeseen verraten (LIITE 1). Ensimmäinen kysely oli auki kaksi viikkoa ja vastaajia vain 4, joten päätin avata kyselyn uudelleen kahdeksi viikoksi ja muistuttaa henkilöstöä vastaamaan. Lopullinen vastaus määrä oli kattavampi kuin odotin eli 8 vastaajaa ja vastausprosentti 50 prosenttia.
Kyselyn aluksi kysyin, mitä tulee mieleen sanasta digitalisaatio. Henkilöstölle digitalisaatio toi mieleen sanoja: ”tietotekniikka, tietokoneen ääressä olo,

kehitys, nopeatempoista, sähköinen, yhteydenpitoa, nuoremmat asiakkaat, sopii tiettyyn tarpeeseen, tulevaisuus, tekniikka, tietotekniikka avusteinen, ihmiskontaktin puute”.

Henkilöstön omien digitaitojen arvioinnissa oli vaihtelevuutta, mutta keskiarvoisesti koetaan tarvitsevan lisäkoulutusta ja se tukisi etävastaanottojen käyttöönottoa. Nelikenttä kyselyssä oli kysymykset, mitä vahvuuksia etävastaanotossa olisi, mitä mahdollisuuksia etävastanotossa olisi, mitä uhkia etävastaanotossa olisi, mitä heikkouksia etävastaanostossa olisi. Näihin kysymyksiin saamistani vastauksista koonsin nelikenttäanalyysin. Kyselyssä käytin nelikenttäanalyysiä pohjana ja tässä taulukossa 1 ovat tulokset henkilöstökyselystä.

+ VAHVUUDET *Palvelu lähemmäksi asiakasta. *Geriatri voi olla missä vaan. *Saavutettavuus. *Kustannustehokkuus.	***- HEIKKOUDET*** *Hoitajan tarve olla mukana vo.lla. *Tekniikka ei toimi. *Sopimaton asiakas, väärin karsittu.
+ MAHDOLLISUUDET *Diagnosointi nopeutuu/tehostuu. *Geriatrin saatavuus paranee.	***- UHAT*** *Väärä diagnosointi. *Asiakkaiden negatiivinen suhtautuminen. *Ammattilaisten vastustus.

Taulukko 1. Nelikenttäanalyysi ja kyselyn tulosten tiivistys(n=8).

Mahdollisuuksina digitalisaatiossa ja etävastaanotoissa nähdään ajan käyttö ja sen tehostaminen, pitkien matkojen helpottuminen, lääkäreillä toimivampi, varsinkin kontrollikäynneillä/konsultaatiotilanteissa. Toimintamallissa tämä osio huomioitiin siten, että toimintamalli on alun perin ajateltu geriatrin vastaanottoihin soveltuvaksi ja tässä huomionarvoinen kohta on potilaiden segmentointi.

Uhkana vahvasti nousi pelko, jos jotakin jää huomaamatta: Potilaiden valikoituminen, kohtaamisen vajavaisuus. Muita uhkia olivat yhteyksien toimiminen, it- osaaminen, kommunikaation sujuminen, tutkimuksien laatu, sekä potilaan suhtautuminen. Yllä on koostettuna vastauksista nousseet uhat. Näihin

uhkiin toimintamallissa huomioin laitteiston toimivuuden/helppokäyttöisyyden, sekä koulutuksen laitteistoon. Myös laitteiston toimittajan käyttötuki reaaliajassa on huomioitu. Jos jotain jää huomaamatta pelkoon tein toimintamallissa suunnitelman, että kuinka potilas ohjataan lähivastaanotolle, jos mikään asia jää etävastaanotolla epäilyttämään geriatria.

Etävastaanoton vahvuuksina nähdään joustavuus ja matkat. Vahvuus on myös se, että omaisen on helpompi mahdollistaa mukana olo etänä.

Etävastaanoton heikkouksina kyselyssä nousi esiin ajatus lähikontaktin puutteesta, kun kohtaamista ei koeta riittävänä etäyhteydellä. Myös pelko siitä, että jotain jää huomaamatta sekä hoitosuhteen laadun heikentyminen verraten lähivastaanottoon. Huoli kliinisen tutkimuksen puutteesta ja sen tärkeydestä geriatrin vastaanotolla nousi esiin, koska sitä ei voi siirtää hoitajan vastuulle. Vastaajista puolet (50 %) olisi kuitenkin valmis kokeilemaan etävastaanottoa.

Vastaajista osa kokee etävastaanoton raskaampana kuin lähivastaanoton eikä siksi haluaisi etävastaanottoja. Etävastaanoton asiakkaiden segmentointia ei koeta luontevaksi eikä asiakasystävälliseksi. Epäily asiakkaiden digitaitoja kohtaan myös nousee vastauksissa esille. Osa vastaajista ei koe etävastaanottoa omassa työssään mahdolliseksi.

Toimintamallia luodessa kyselyssä nousseisiin heikkouksien kohtiin vastattiin parhaalla mahdollisella tavalla. Kliinisen tutkimuksen puutteeseen vastattiin laitteistolla, joka mahdollistaa kliinisen tutkimisen etänä. Toimintamallin käyttöönoton jälkeen myös muihin heikkouksiin voidaan vastata jatkuvan parantamisen mallin mukaisesti. Etävastaanottojen asiakaspalautteiden avulla kerätyistä vastauksista ja käyttäjäkokemuksesta tulleista havainnoista voi sitten lähteä tekemään muutoksia parempaan toimintamalliin.
Kyselyssä etävastaanottojen suunnitteluun ja siihen mitä tulee huomioida ennen etävastaanottoja nousi muun muassa juurikin toimintamalli etävastaanottojen työn tueksi, laitteisto ja koulutus ja tuki laitteistoon. Kyselyssä etävastaanotto kauhistuttaa kolmea vastaajaa eli 37,5 % vastaajista. Etävastaanoton käyttöönotto on ihan sama neljälle vastaajalle eli 50 % ja etävastaanotoista ja

niiden käyttöönotosta yksi vastaaja innoissaan. Kyselyn tuloksien perusteella sain toimintamallin toimivuuteen liittyviä tietoja, joita käytin toimintamallin parantamiseen.

8 Etävastaanoton toimintamalli

Kirjallisuuskatsauksen, työpajojen, palvelumuotoilun, kyselyn ja kokemuksien pohjalta luotiin prosessikuvaus ja toimintamalli Etelä- Karjan hyvinvointialueen muistipoliklinikan etäyhteydellä toteutettavaan geriatrin vastaanottoon. Toimintamallissa huomioitiin käyttäjät, eli henkilöstölle helposti käytettävä laitteisto ja kattava opastus sekä tuki käytön aikana. Helppokäyttöisyys ja opastus laitteiston käyttöön nousi kyselyssä vahvasti esiin ja toimintamallissa tämä huomioitiin. Vastaanottohuoneen sijoittelu ja etävastaanottotoimintaan tarvittavat välineet on hankittu ja toimivuutta testattu. Esimerkiksi se tulee huomioida, että tarvittavat tarvikkeet ovat riittävän lähellä vastaanoton aikana, muttei toiminnan tiellä. Vastaanottotilan rauhallisuus on huomioitu, eli kutsukirjeessä informoidaan, että vastaanottohuoneeseen toivotaan potilaan lisäksi vain yhtä saattajaa.

Etävastaanotto- malli olisi turvallisin ottaa kokeiluun ja pilotoida esimerkiksi lievässä sairauden vaiheessa oleville asiakkaille tai uusintäkäynnille saapuvat MCI potilaat, eli potilaat, joilla ei ole vielä voitu diagnosoida muistisairautta. MCI eli mild cognitive impairment on oirekokonaisuus, jossa on muun muassa lievää tiedonkäsittelyn heikentymää (Rosenvall 2023). Muistihoitajan tulisi alustavasti arvioida potentiaaliset asiakkaat ja tarvittaessa konsultoida geriatrilta asiakkaan etävastaanotolle ottamista. Tässä työssä emme pilotoi etävastaanottoja. Asiakkaan vastaanotolle pääseminen, geriatrin etätyön mahdollistaminen ja pandemiaan varautuminen ovat yleisimmät tarpeet etävastaanoton kehittämiseen. Etävastaanottotoiminta mahdollistaa työskentelyn eri paikoista, myös kotoa käsin. Tämä voi lisätä työhyvinvointia, vähentää sairauspoissaoloaja, lisäksi etävastaanottotyö mahdollistaa työn kevennyksen ja korvaavan työn. Etävastaanotto takaisi asiakasvirtauksen tasaisuutta, koska geriatrin saatavuus ei olisi tällöin paikkasidonnainen.

Toiminnan ja taloudellisuuden tehostaminen ovat osa etävastaanottotoiminnan kehittämistä puoltavia asioita. Kansantaloudellinen näkökulma muistisairauden diagnosoinnissa ja hoidossa on kuitenkin merkittävä. Opinnäytetyön tavoite oli selvittää mitä lakeja ja säädöksiä tulee noudattaa, jotta toiminta olisi laillisesti ja eettisesti hyväksyttävää, tarpeet täyttävää sekä oikeanlaista ja oikea-aikaista.

Työssä huomioin muistipoliklinikan asiakaskunnan, joka on erittäin haavoittuvassa asemassa, sekä vertasin toimintaa saavutettavuuden ja tasavertaisuuden tavoitteisiin. Etävastaanottoa varten tarvitsee myös laitteistoa ja käyttöopastusta. Etävastaanottotoimintaa suunniteltaessa huomioin palvelun käyttäjät kokonaisvaltaisesti eli geriatrin, hoitohenkilökunnan, asiakkaan ja omaisen. Ammattilaisen digitoimijuus eli digitaidot on huomioitava, koska se vaikuttaa toteutukseen ja tavoitteeseen (Koivisto 2023).
Nykyisin etävastaanottomahdollisuus tulisi mahdollistaa asiakkaan niin toivoessa, varsinkin, jos asiakkaalla ja/tai omaisella on haasteita päästä vastaanotolle, mutta etänä vastaanotto onnistuisi. Monikanavainen palvelu on nykyaikaa ja siten olisi suotava mahdollistaa asiakkaille erilaisia kontaktinotto mahdollisuuksia. (Koivisto 2023.) Mielestäni etävastaanotto on inhimillisempi tapa ilmoittaa potilaalle sairaudesta, kuin soittaminen, jota usein käytetään, jos diagnoosin varmistamiseksi tarvitaan selkäydinnäytettä.

Kehittämistyön tarkoitus on auttaa muistiasiakasta ja palveluntarjoajaa mahdollistamaan diagnoosin saaminen mahdollisimman nopeasti, vaivattomasti, inhimillisesti ja kustannustehokkaasti. Toimintamalli etävastaanoton toteuttamiseen tietosuojan, toiminnan, asiakkaan, sekä organisaation näkökulmasta tulisi olemaan se, että vastaanotto tulisi olemaan Etelä- Karjan hyvinvointialueen tiloissa ja käytettävissä olisi organisaation omat välineet ja verkko. Käytössä olisi VideoVisit -yhteys. VideoVisitin käyttökoulutus tulee järjestää ja varmistaa, että hoitajilla on tarvittavat taidot käyttöön. VideoVisit - koulutus järjestyy sisäisesti.

Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalla suosittelen, että kutsukirjeessä kerrotaan kyseessä olevan etävastaanotto ja vielä vastaanotolle tullessa asia käydään läpi asiakkaan ja omaisen kanssa ja kirjataan asiakkaan

suostumus potilastietoihin. Hoitajan tulisi olla kartoittanut ja arvioinut asiakkaan soveltuvuuden etävastaanotolle. Etävastaanotto ei tulisi kuitenkaan olla pääsääntöinen toimintamalli, jos on mahdollisuus lähivastaanottoon. Ennen geriatrin vastaanottoa on tehty hoitajan toteuttamana tarvittavat tutkimukset ja toimenpiteet, kuten verenpaineen ja painon mittaus, MMSE tai muita geriatrin pyytämiä toimenpiteitä. Hoitajan tulee ennen etävastaanottoa varmistaa potilaalta etävastaanottoon lupa ja kirjata se selkeästi potilastietoihin, jos sitä ei ole jo aiemmin muistihoitajan vastaanotolla varmistettu.
Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaan lähihyvinvointiasemalla on varattuna tila, jossa on valmiina etävastaanottotila, tuolit asiakkaalle, sekä omaiselle. Hoitaja olisi vastaanoton ajan varmistamassa tekniikan toimimisen ja vastaanoton sujumisen. Hoitajan vastuulla on varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt saamansa ohjeet, sekä ohjelmoi jatkotoimenpiteet asiakkaalle. Geriatri voisi olla etäyhteyden päässä ”missä vaan”. Samoin omaisilla on mahdollisuus osallistua etävastaanotolle VideoVisitin kautta ja tunnistautuneena mistä vaan. Videovisit on tietoturvallinen alusta ja jos jostain syystä siihen ei pääse tunnistautumaan esimerkiksi puuttuvien pankkitunnusten takia, varmistetaan kirjautujan henkilöllisyys kuten puhelin yhteydessä. Jos vastaanotolla jää jokin geriatria mietityttämään/ arveluttamaan voidaan asiakas ohjata yleislääkärin vastaanotolle tai tarpeen vaatiessa geriatrin lähivastaanotolle.

Vastaanoton jälkeen asiakkaalla ja omaisella olisi vielä mahdollisuus tarkentaa asioita hoitajan kanssa, ohjelmoida geriatrin ohjelmoimat jatkotoimenpiteet ja kertoa muistipolin seurannasta. Toimintamalli on opinnäytetyön liitteenä (LIITE 2).

9 Pohdinta

Olen toiminut muistiasiantuntijana ja tein opinnäytetyön omaan työyhteisööni Olen tarkastellut etävastaanottotoimintaa ja digitalisaatiota useilta kanteilta mahdollisimman puolueettomasti. Aluksi tuntui, ettei asiaan ole tutkittua tietoa tai tutkimuksia, mutta loppujen lopuksi tiedon rajaaminen ja valikoiminen olikin

hyvin haastavaa. Tämän opinnäytetyön tekeminen avarsi omaa katsontakantaa ikäihmisten ja muistisairaiden etävastaanottotoimintaa kohden. Opinnäytetyön menetelmän valinta oli haastavaa, ja menetelmä muutti muotoaan opinnäytetyön edetessä. Tutkimusmenetelmien ja lähestymistapojen vertailu ja tarkempi pohdinta olisi ollut suotavaa. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset tarkentuivat aineiston keräämisen ohella. Opinnäytetyön aineiston keruu ja toteutus olisi voinut olla suunnitelmallisempaa, sekä aikataulutettua. Onneksi laadullisessa tutkimusmenetelmässä on joustavuutta.

Työssäni käytin jatkuvan parantamisen mallia PDCA-mallia, jonka koin itselleni luontaiseksi tavaksi toimia niin aineiston keruussa, kuin toimintamallia kasatessani. Lähestymistapana henkilöstön osallistaminen heidän työhön tulevaan toimintamalliin oli mielestäni järkevää. Kyselyssä saadut tulokset olivat samansuuntaisia, kuin tietoperustasta nousseet asiat. Tutkimustieto ja kyselyn tulokset ohjasivat ja tukivat toimintamallissa huomioitavia seikkoja.

9.1 Pohdinta tuloksista

Aineistossa nousi samat asiat esille kuin kyselyyn saamissani vastauksissa. Se lisää tutkimuksen laadukkuutta ja vertailtavuutta. Nousseita asioita olivat esimerkiksi hoitajien digiosaaminen ja heille tarjottavan koulutuksen puute, ennakkoasenteet, jotka nousivat myös Mielosen ja Yin, sekä Koiviston tutkimuksissa (Yi ym.2021; Mielonen ym. 2021; Koivisto 2023). Kustannustehokkuus ja palveluiden saatavuus ja saavutettavuus olivat asioita, jotka nousivat vastaajilta kyselyssä ja ne ovat myös olleet esimerkiksi Azadin ym. (Azad, Amos, Milne & Power 2012) ja Lairovuori ym.(Lairovuori & Ilanne-Parikka 2018) aineistossa nousseita havaintoja. Näiden havaintojen ja kyselystä nousseiden havaintojen perusteella toimintamallista on PDCA-mallilla hiottu toimiva kokonaisuus. Uskon, että etävastaanotoista tulee terveydenhuollossa pääasiallinen vastaanottomuoto, tällöin hoitajien rooli ja ammattitaito korostuvat entisestään. Etävastaanottotoiminta mahdollistaa varsinkin harvinaislaatuisimpien sairauksien kohdalla avunannon ympärimaailmaa spesialistien toimesta.

Vuonna 2017 etävastaanotto videovälitteisesti oli perusterveyden huollossa käytössä 20 %:lla sairaanhoitopiireillä ja raporttia tehdessä erikoissairaanhoidossa se oli 90 %:lla sairaanhoitopiireillä (Reponen ym. 2021). Eri puolella Suomea tehdyssä satunnaistutkimuksessa kaupunkialueilla sähköisten terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö on maaseutua yleisempää ja tutkimuksessa käy ilmi, että työikäiset käyttävät sähköisiä palveluita eläkeikäisiä enemmän. Sähköistä asiointia ja digiosaamista opetetaan ja opastetaan kuntien ja hyvinvointialueiden toimesta, myös monissa yksiköissä on oma digimentori. (Vehko ym. 2022.)

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella on menossa hanke ”Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus”, jonka tavoitteena on muun muassa tukea digimentori toimintamallia. Toimintamallin tarkoitus on kasvattaa ja motivoida, niin organisaatiota, kuin kansalaisten valmiuksia digikyvykkyyteen (Innokylä 2023).

Laitteet sähköiseen asiointiin ei ole enää kalliita ja useammilta ihmisiltä löytyy älypuhelin, kuten myös senioreilta senioreille tarkoitettuja älylaitteita. Usein laitetta ei osata tai uskalleta käyttää. Yhteysongelmat ovat tänä päivänä yhä vallitsevia, varsinkin maaseudulla, kuten myös Etelä- Karjalan itärajan pinnassa. Näitä ongelmia voidaan välttää, kun ohjataan asiakas Etelä- Karjan hyvinvointialueen tiloihin, joissa on ajanmukaiset välineet ja kunnollinen suojattu internet yhteys. Vastaanotolla käytettävällä laitteistolla on myös merkitystä muutenkin, kuin tietoturvan tai tietoyhteyksien takia. Kliinisen tutkimisen mahdollistaminen, sekä riittävän näkö- ja kuuloyhteyden luominen on asiakaskokemuksen takia todella tärkeää. Kuulemisen huomioimisen tärkeyden oli myös Loizos tutkimuksessaan nostanut tärkeäksi asiaksi. (Loizos ym.2021.)

Segmentoinnilla on tärkeä rooli, koska on asiakkaita, joiden sairauden tila vaatii lähivastaanottoa, tai etävastaanotto saattaa aiheuttaa ongelmia, kuten vainoharhaisuutta tms. Heinonen kumppaneineen oli havainnut, että muistisairastuneen ohjeistaminen etänä ruudun kautta on haastavaa, mutta tämän saamme ennaltaehkäistyä sillä, että geriatrin etävastaanotot ovat hoitajavetoisia. (Heinonen, Lindfors, Nygård 2022.)

Kehittämistyö on hyvinkin ajankohtainen, kun seurataan hallituksen asettamia säästötavoitteita ja paineita hyvinvointialueille ja niiden toiminnan kustannustehokkuuteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan palveluiden saatavuus on sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän keskeinen kehittämisen tavoite, palveluita tulisi olla tarjolla riittävästi, sekä varmistaa, että kaikilla väestöryhmillä olisi tasavertaiset mahdollisuudet palveluihin ja niiden saavutettavuuteen (Healthcare Information and Management Systems Sosiety 2021). Etelä-Karjalan hyvinvointialueella muistipoliklinikka kuuluu perusterveydenhuollon piiriin, joten vaikka erikoissairaanhoito tultaisiin keskittämään ja varsinkin silloin, jos erikoissairaanhoito tulevaisuudessa tullaan keskittämään muualle, kuin Etelä-Karjalan hyvinvointialueen alueelle tulee silloin etävastaanottotoiminnasta tärkeä osa muistisairaan hoitoa.

Opinnäytetyöstä on hyötyä Etelä-Karjalan hyvinvointialueen muistipoliklinikalle, kun voidaan ottaa etävastaanotot käyttöön. Jos etävastaanotto otetaan suunnitelmallisesti ja avoimin mielin vastaan, voidaan siihen pyytää asiakkaalta kirjallinen suostumus varalta jo ensi tapaamisella ja valmistautua muillakin tarvittavilla toimilla siten, että etävastaanotto on myös mahdollinen. Telemedicine and Dementia care: systemativ Review of barriers and facilitators-tutkimuksessa kävi ilmi, että osa potilaista ja omaisista kokivat etävastaanoton hyvänä, koska monille kotoa poistuminen sekoittaa rutiinit ja sosiaaliset kontaktit ovat henkisesti sekä varsinkin epidemioiden aikaan fyysisesti raskaita (Yi ym. 2021). Icahin lääketieteellisen korkeakoulun Mount Sinain Alzheimerin taudin tutkimuskeskuksen tutkimuksessa nousi esiin etuna matkustamisen taakan väheneminen ja odotusajat. Tosin tutkimuksessa havainnointiin osan potilaiden tyytymättömyys siihen, etteivät kohdanneet muuta henkilökuntaa tai potilaita, vaikka tätä ei nostettu esiin tutkimuksessa erikseen. (Loizos ym. 2021.)

Jos tuleekin tilanne, että lähivastaanottoa ei syystä tai toisesta voidakaan järjestää, on valmius kuitenkin pitää kyseinen geriatrin vastaanotto suunnitellusti. Näin asiakas saa tarvitsemansa palvelun ajallaan ja uusinta ajan organisointi jää pois ja siten säästää resursseja. Toki tilanteet ovat yksilöllisiä sekä muuttuvia, ja aina ei etävastaanottokaan onnistu, vaikka kuinka on

suunniteltu. Etävastaanotot ovat yhtä toimivia myös muistipoliklinikalla, niin kuin muissakin yksiköissä ja asiakaskunnissa. Tämän työn tutkimustulosten perusteella kehittäisin etävastaanottotoimintaa myös muistikoordinaattoriseurannassa, varsinkin niiden potilaiden kanssa, joilla on omainen tai läheinen, joka osaa tietotekniikkaa käyttää etävastaanottoa varten ja heillä on jo tarvittavat työvälineet. Uskoisin, että muistikoordinaattorin seurannassa etävastaanotto toimisi joko lievässä sairauden vaiheessa, mutta soveltuisi myös vaikeassa sairauden vaiheessa tukemaan omaista, jolle voi tuottaa haasteita saapua potilaan kanssa vastaanotolle (levottomuus, vieras ympäristö, jne.).

Toimintamallin ja etävastaanoton onnistumiseen liittyy monia tekijöitä. Henkilökunnan ammattitaito ja suhtautuminen etädiagnostiikan tekoon, digitaidot ja yhteistyö ovat vaikuttavia tekijöitä etävastaanoton onnistumisen kannalta. Toimintamallin käyttöönotto vaatii henkilöstön lisäksi avointa ja kannustavaa suhtautumista esihenkilöltä. Esihenkilön tuki sekä toimintamallin käyttöönoton ennakoiminen, niin ajankäytössä kuin koulutuksissa sekä opin sisäistämisessä on huomioitava. Toimintamalli on peruspohja, josta käyttäjä muovaa näköisensä jatkuvan parantamisen mallilla. Toimintamallia toteuttaessa tulee myös huomioida henkilöstön ja asiakkaiden kokemukset ja tehdä tarvittavat korjausliikkeet toimintaan.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön ja kehittämistyön tekemistäni ohjaa opinnäytetöiden eettiset suositukset (Arene 2020). Tutkimusluvan opinnäytetyön tekemiseen hain Etelä-Karjan hyvinvointialueelta. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen ohjeistukseen kuuluu hakea tutkimuslupaa aina, kun kehitetään toimintaa tai opinnäytetyö kohdentuu henkilöstöön. Tutkimuslupahakemukseen liitin ohjeen mukaisesti oppilaitoksen hyväksymän tutkimussuunnitelman. Opinnäytetyön

toteuttamisesta sovin yksikön palvelupäällikön kanssa, joka myös toimi nimettynä yhteyshenkilönä opinnäytetyössä. Opinnäytetyö ei sisällä henkilö- tai potilastietoja, joten se ei tarvitse eettisen toimikunnan puoltavaa lausuntoa. (Ekhva 2024c). Opinnäytetyö pohjautuu Etelä- Karjan hyvinvointialueen arvoihin ja strategiaan, Etelä- Karjan hyvinvointialueen arvot:” Mie turvaan, Mie välitän, Mie vastaan, Mie uskallan”, jotka pohjaavat strategia kärkiin: henkilöstöön panostaminen, prosessit ja sujuvuus, sekä palveluiden porrastaminen (Ekhva 2023d.) Opinnäytetyöhön on myönnetty Etelä-Karjalan hyvinvointialueen tutkimuslupa.

Opinnäytetyön tarve tuli omasta työyksiköstäni, mutta silti koen olevani puolueeton kehittämistyön teossa. Puolueettomuutta varmistan sillä, että etsin tietoa ja tarkastelin aihetta usealta kannalta sekä eri lähestymistavoilla. Myös henkilöstölle suunnattu kysely on yksi puolueettomuutta tukeva elementti. Haluan olla neutraali muistisairauteen sairastuneen diagnosoinnin edesauttaja, niin käyttäjien, kustannuksien kuin eettisyyden ja lakien näkökulmasta. Näen ennemminkin eduksi sen, että voin tarkastella kehittämistyötä useammasta näkökulmasta, kuten muistikoordinaattori-muistisairaan seurannan asiantuntijan näkökulmasta muistihoitajan kokemusta omaavana sekä kehittäjän roolissa.

Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja. Lähdeaineistoon olen valinnut luotettavia lähteitä. Tuoreimmat lähteet juuri julkaistuja, digitalisaatiosta ja etävastaanottoon liittyvistä aiheista päivittyy kokoajan tuoretta tietoa.

Kansainvälinen neuvontaryhmä DHAGE (The digital Health Advisory Group for Europe) kannustaa Euroopan maita varmistamaan terveys- ja sosiaalipalveluiden digitaalinen osallisuus sekä kehoittaa palveluntarjoajia tarjoamaan saavutettavampia ja helpommin käytettäviä palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Tarve toimintamallille tuli, koska muistihäiriöisten jono geriatrin vastaanotolle on liki vuoden mittainen ja on täytynyt miettiä uusia keinoja jonotilanteen ratkaisemiseksi, jotta asiakas saisi tarvitsemaansa hoitoa.

Toimintamallin tarkoitus on sujuvoittaa asiakkaan hoitoon pääsyä ja edes auttaa ja nopeuttaa diagnoosin saamista (Hujanen & Mikkola 2022). Geriatreilla on erilaisia näkemyksiä muistisairaan hoitoon ja diagnosointiin etävastaanotolla, vaikkakin kaikki noudattaa eettisyyttä ja Käypä hoito- suosituksia. Älyllisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn arvio on oleellinen osa diagnosointia johon kuuluu myös kliinisten esitietojen ja mielialatekijöiden kartoitus. Diagnoosin tekoon tarvitaan myös peruslaboratoriotutkimukset, aivojen kuvantaminen ja kliininen status. Kliininen status on näistä haasteellisin etävastaanotolla. (Hänninen ym. 1999).
Helsingin yliopiston neurologian professori Perttu J. Lindsberg ottaa kantaa varsikin nuorten lääkäreiden kliinisiin taitoihin ja kliinisen tutkimuksen tarpeellisuuteen etenkin ensiarviossa tai diagnostista ongelmaa käsiteltäessä ja ei siksi hyväksy näitä käsiteltäväksi etäyhteydellä. (Lindsberg 2021.)

Opinnäytetyössä en käsittele henkilötietoja. Valitsin tutkimussuunnaksi ammattilaisten näkökulman kyselyyn, jotta olisi helpompi noudattaa eettisiä ohjeita, kuin muistihäiriöisten osallistamisella. Kyselyssä noudatan eettistä ohjeistusta, eli informoin vastaajia siitä, että kyselyä käytän vain opinnäytetyössä ja kysely on täysin anonyymi. Opinnäytetyö tarkastetaan plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen arviointia ja tällä varmistetaan, että noudatetaan tekijänoikeuslakia.

Opinnäytetyön kohteena on organisaation toiminnan kehittäminen ja organisaation edustajia tutkimuksessa käytetään tutkimuksen tuloksien vertaamiseen. Henkilöstölle tehtiin kysely etävastaanoton uhista ja mahdollisuuksista sekä estävät ja edistävät asiat. Vaikka vastaajien määrä ei ollut suuri, oli tulokset kuitenkin samanlaisia kuin aiheen muissa tutkimuksissa. Työn tarkoitus oli saada selville, mitä toimia tarvitaan, jotta saavutetaan valmius etävastaanottotoimintaan sisältäen myös henkilöstön koulutustarve etävastaanottotoimintaa ajatellen ja luoda toimintamalli, jota voidaan tarvittaessa lähteä kokeilemaan ja muokkaamaan.

9.3 Jatkokehittäminen

Toimintamallia on helppo hyödyntää muissa yksiköissä, ja jokainen yksikkö saa muovattua omaan toimintaan sopivan toimintamallin muistipoliklinikan toimintamallia soveltamalla sekä jatkuvan parantamisen mallia hyödyntämällä. Toimintamallin käyttöönotto vaatii yksikön esimiehen ja johdon myönteistä ja kannustavaa suhtautumista.

Jatkokehitysmahdollisuuksia työlle voisi olla muun muassa etävastaanottotoiminnan täytäntöönpano ja kokemuksien tutkiminen niin henkilöstön kannalta kuin asiakasnäkökulmasta. Jatkokehitystyönä voisi myös vertailla potilasvirtausta ennen ja jälkeen etävastaanottotoiminnan sekä selvittää etävastaanottotoiminnan hyödyntämisen mahdollisuuksia muistihoitajan tai muistikoordinaattorin vastaanotolla.

Lähteet

ADI- Alzheimer´s Disease International. 2022. World Alzheimer Report 2022; life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. Https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/. 23.10.2023.

Ahosola, P., Tuominen, K., Tiainen, K., Jylhä, M., Jolanki, O. 2021. Mikä muuttui vai muuttuiko mikään? Yli 65-vuotiaiden arki korona-aikana. Gerontologia.35(4). Https://journal.fi/gerontologia/article/view/103376. 3.1.2024.

Alzheimer-Europe. 2024. Alzheimerin taudin dementia. Https://www.alzheimer-europe.org/dementia/alzheimers-dementia. 20.4.2024.

Arene ry. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2019. Https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382. 26.9.2023.

Ater. 2024. PDCA-malli käytännössä | Arter-blogi. Https://www.arter.fi/pdca-malli-kaytannossa-laadunhallinnan-kivijalkana/. 3.5.2024.

Azad, N., Amos, S., Milne, K., & Power, B. 2012. Can Geriatics Journal. Telemedicine in a Rural Memory Disorder clinic- Remote Management of Patients with Dementia. Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3516357/. 15.4.2024.

Carotenuto, A., Rea, R., Traini, E., Ricci, G., Fasanaro, A. 2018. Cognitive Assessment of Patients With Alzheimer´s Disease by Telemedicine: Pilot Study. Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5970283/. 30.10.2023.

Croell, K., 2022.Tiedosta arviointiin:tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Satakunnan hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio,syksy 2022. THL. https://www.julkari.fi/handle/10024/146025 3.12.2024.

Etelä- Savon hyvinvointialue. 2022. Muistipoliklinikka, Teams- työpaja.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. 2023a Mallu-auto. Https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/toimipisteet/liikkuvat-palvelut/mallu-auto/. 12.3.2023.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. 2023b. Muistipalvelut. Https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/kanssasi/kuntoutuspalvelut/muistihoitajat-ja-koorinaattorit/ 2.2.2023.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. 2023c. Palliatiivinen poliklinikka.

Etelä-karjalan hyvinvointialue. 2023d. https://www.ekhva.fi/wp-content/uploads/2024/09/Ekhva_Palvelustrategia_2023-2025_.pdf. 25.2.2023.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue.2024a. muistiasiakkaan palvelupolku. https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/tarvitsetko-apua/voi-hyvin/muisti/muistiasiakkaan-palvelupolku/ 4.12.2024.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. 2024b. Kehittäminen. Https://www.ekhva.fi/hyvinvointialue/tietoa-meista/hallinto/tutkimus-ja-kehittaminen/lean-kehittaminen/ 6.4.2024.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue.2024c https://www.ekhva.fi/hyvinvointialue/tietoa-meista/hallinto/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimus-ja-opinnaytetyot/ 3.12.2024.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. 2024d. Muistipoliklinikka.

Etelä-Karjalan liitto. 2024. Etelä-Karjala kartalla. Https://liitto.ekarjala.fi/tietopankki/karttapankki/ 1.6.2024.

Fimlab. 2023.Alzheimerin taudin diagnostiset (selkäydinnesteestä). Https://fimlab.fi/tutkimus/7881 30.9.2023.

Forma, L., Aaltonen, M., Teräväinen, P., Pulkki, J. 2023.Mikä maksaa ja kuka maksaa? Ikääntyneiden hoidon kustannukset ja rahoitus-pilottitutkimus. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 56. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2023/01/forma_ym_mika_maksaa_ja_kuka_maksaa_ikaantyneiden_hoidon_kustannukset_ja_rahoitus.pdf 12.1.2025.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari,T., Forder, M. 2014.Muistisairaan kuntouttava hoito. Duodecim.

Haverinen, R., & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma-opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STM,Suomen kuntaliitto. Https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf 6.4.2024.

Healthcare Information and Management Systems Sosiety.2021. European cooperatin solutions to promote digital inclusion and increase the resilience of society. https://www.himss.org/resources/european-cooperation-solutions-promote-digital-inclusion-and-increase-resilience-society 12.3.2023.

Heinonen, T., Lindfors, P., Nygård, C-H. 2022. Etäkotihoitotyön sisältö ja kuormittavuus sekä mahdollisuudet työurien pidentäjänä. Https://journal.fi/gerontologia/article/view/109921/71270 3.1.2024.

Hujala, A., Taskinen, H. 2020.Tampere. Uudistuva sosiaali- ja terveysala. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y 20.3.2023.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2023. Ohje teamsin käyttöön. Ohje Microsoft Teamsin käyttöön etävastaanotolla. Https://www.hus.fi/sites/default/files/2020-09/Potilasohje%20Teamsin%20käyttö%20pikaohje%20etävastaanottoihin.pdf 12.3.2023.

Hänninen T., Pulliainen V., Salo J., Hokkanen, Erkinjuntti T., Koivisto K., Viramo, P., Soininen H. ja Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntija ryhmä. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD-tehtäväsarja. Https://www.kaypahoito.fi/sll12038. 10.9.2023.

Ilomäki S., Ruusuvuori J. 2022. Sage Journals, Preserving client autonomy when guiding medicine taking in telehomecare: A conversation analytic case study. Https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09697330211051004. 19.11.2023.

Innokylä. 2023. Digimentoritoiminta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella. Https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/digimentoritoiminta-etela-karjalan-hyvinvointialueella. 10.9.2023.

Jokinen, E., Hirvonen, H., Mankki, L., Aho T., Lehto, I. 2023.Gender and welfare service work in biocapitalism. Lean in Action. Routledge. Https://www.taylorfrancis.com/books/oa-edit/10.4324/9781003309789/gender-welfare-service-work-biocapitalism-timo-aho-helena-hirvonen-iiris-lehto-laura-mankki-eeva-jokinen. 6.4.2024.

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus.

Jääskeläinen M., Vaarala S., Usvasalo, A. 2023. Onkologinen ja palliatiivinen hoito etäpalveluna. nro 18. Https://www.duodecimlehti.fi/duo17840. 30.9.2023.

Kaihlanen, A-M., Gluschkoff, K., Laukka, E., Heponiemi T. 2021. BMC Healt Services- tutkimus: The information system stress, informatics competence and well-being of newly graduated and experienced nurses: a cross-sectional study. Https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07132-6. 19.11.2023.

Kananen, J. 2019. Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas: avain opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittamiseen. Jyväskylä: JAMK.

Ketonen, N. 2022. Asiakassegmentti-mitä se tarkoittaa ja miten sitä voi hyödyntää? Https://folcan.fi/mika-on-asiakassegmentti/ 20.4.2024

Keusote. 2024. Terveysasemien vastaanottopalvelut - Keski-Uudenmaan hyvinvointialue. Https://www.keusote.fi/aihe/terveysasemien_vastaanottopalvelut/#pwd-faq-id-64489. 15.4.2024.

Keva. 2023. Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa – Keva. Https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/. 10.7.2023.

Koivisto, T. 2023.Digitoimijuus terveydenhuollon ammattilaisen työssä. Https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/151523/978-952-03-3102-3.pdf?sequence=2&isAllowed=y. 18.11.2023.

Korte, H., Jokela R., Korhonen E., Perttunen J.2020. Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa. HUS Helsingin yliopistollinen sairaala. Https://www.hus.fi/sites/default/files/2021-11/lean-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-taskukirja.pdf. 15.4.2024.

Kulmala, J., Nykänen, I., Mänty, M., Hartikainen, S. 2014. The Association between Fraily and Dementia. A Population- Based Study. Gerontology. 2014; 60(1): 16-21. 12.1.2025.

Laakkonen, M-L., Roitto, H-M., Aalto U., Pitkälä, K.2022. Suomalainen lääkärilehti. Lääkärilehti - Iäkkään potilaan muistisairaus: Diagnostiikan ja hoidon erityispiirteet. Https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/iakkaan-potilaan-muistisairaus-diagnostiikan-ja-hoidon-erityispiirteet/?public=0a32c3001a9a48cf2fcfe99dfbc1e660. 10.4.2023.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023; tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja

terveysministeri ja Suomen kuntaliitto.2020. Helsinki. Https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf. 10.7.2023.

Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024-2027. Sosiaali- ja terveysministeriö.2024. Https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM_2024_4_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y 14.9.2024.

Lairovuori, T., Ilanne-Parikka, P. 2018. Digiajan diapetesvastaanotto. Https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14610.pdf. 15.10.2023.

Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta 306/2019. Https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190306. 12.3.2023.

Laki hallinnon yhteisistä sähköisen asioinnin tukipalveluista 571/2016 Https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160571. 12.3.2023.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P7. 12.3.2023.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 85/1992. Https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785. 12.3.2023.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021 Https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210784. 12.3.2023.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. 612/2021. Https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612#Pidm45053757947904. 12.3.2023.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559. 12.3.2023

Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä luottamuspalveluista 617/2009. Https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090617. 12.3.2023.

Launis V. 2021. Lääkintä- ja hoitoetiikan perusperiaatteet. Suomen Lääkäriliitto. Https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/laakarin-etiikan-filosofiset-perusteet/laakinta-ja-hoitoetiikan-perusperiaatteet/. 3.5.2024.

Lidsberg, P.J. 2021. Potilas vapaana - kuka ottaa?. Https://www.duodecimlehti.fi/duo16271. 23.3.2023.

Lillrank, P., Hörhammer, I., Silander K., Linna, M., Peltokorpi, A., Tenhunen, H., Chen, A., Hiltunen A-M., Halminen, O. 2018. G3- hanke 2016-108 Vaikuttavuuden johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aaltoyliopisto. Https://www.aalto.fi/sites/g/files/flghsv161/files/2019-04/G3-julkaisu.pdf. 15.10.2023.

Loizos, M., Neugroschl, J., Zhu, C., Li C., Sewell, M., Kinsella, M., Aloysi, A., Grossman, H., Schimming, C., Martin J., Sano M. 2021. Alzheimerrs Dis Assoc Disord. Adapting Alzheimer´s Disease and Related Dementias Clinical Research Evaluations in the Age of COVID-19. Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8137642/. 30.10.2023.

Metsäniemi, P. 2018. Digitalisaatio avaa ikkunan potilaan arkeen. Https: //urn.fi/URN:NBN:fi-fe 2018091836023. 3.12.2024.

Mielonen, J., Saranto, K., Kuusisto, H., Kemppi A., Kinnunen U-M.2021. Ikääntyvien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä palveluista. Https://journal.fi/gerontologia/article/view/89447/60231 3.1.2024.

Mikkola, T.,& Viljanen, A. 2015. Aistien heikkeneminen rajoittaa ikäihmisen sosiaalista elämää. Vanhustyö,2015(1) http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201502231361 12.1.2025.

Muistiliitto & Biogen. 2021. Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset-raportti. https://muistiliitto.fi/wp-content/uploads/2024/09/Muistisairauksien_yhteiskunnalliset_vaikutukset_saavutettava.pdf. 26.9.2023.

Muistiliitto. 2023. Muistisairaudet. Https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet. 25.3.2023.

Muistisairaudet. Käypä Hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, 2023. Https://www.kaypahoito.fi/hoi50044. 14.9.2024.

Mönkkönen, K., Kekoni T., Pehkonen A.2019. Moniammatillinen yhteistyö, vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Tallinna.

Mönkkönen, K. 2018.Vuorovaikutus asiakastyössä; asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. Tallinna.

Navarro-Martinez o., Igual-Garcia, J., Traver-Salcedo, V., 2023. Bridging the educational gap in terms of digital competences between healthcare institutions' demands and professionals' needs. Https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01284-y. 19.11.2023.

Palo. Palvelumuotoilu Palo. 2024. Mitä on palvelumuotoilu? Https://www.palvelumuotoilupalo.fi/palvelumuotoilu/ 5.3.2024.

Päijät-Sote. 2024. Geriatrian poliklinikka - Päijät-Sote. Https://paijat-sote.fi/laakariin-ja-hoitoon/jalmari-salpausselan-kuntoutussairaala/geriatrian-poliklinikka/. 15.4.2024.

Remes, Anne. 2018. Muistipotilaan laadukas hoito tulevaisuudessa - mahdoton haaste yhteiskunnalle? Https://www.duodecimlehti.fi/duo14666. 10.4.2023.

Reponen J., Keränen N., Ruotanen R., Tuovinen T.,Haverinen J.,& Kangas M. 2021. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2020. THL Raportti 11/2021. Helsinki. Https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143508/URN_ISBN_978-952-343-771-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 12.3.2023.

Rosenvall, A. 2023. Käypä hoito. muistisairauksiin liittyviä määritelmiä. Https://www.kaypahoito.fi/nix02415. 14.9.2024.

Sencom. 2024. Sencom - Suomen inhimillisin digitalo. Https://sencom.fi/. 14.9.2024.

Suomi.fi. 2023. Etelä-Karjalan hyvinvointialue. Https://www.suomi.fi/organisaatio/etela-karjalan-hyvinvointialue/3e8356bd-377f-4cad-97b1-a027bd4bbf25. 1.2.2023.

Suomen Lääkärilehti. 2020. Suomen Lääkäriliitto. Muistihäiriö- ja dementia-potilaan toimintakyvyn ja sairauden vaikeusasteen arviointi. Https://www.kaypahoito.fi/sll00883. 25.2.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2010. valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE; teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Helsinki. Https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69925/URN_ISBN_978-952-00-3081-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 10.4.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2015. Kirje: sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. Https://stm.fi/-/uusi-linjaus-terveydenhuollon-etapalvelut-rinnastetaan-perinteisiin-vastaanottokaynteihin. 10.7.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2021. Uutinen. Digitalisen osallisuuden lisääminen terveydenhuollossa-kansainvälisen neuvontaryhmän raportti julkaistu. https://stm.fi/-/digitaalisuus-ja-inkluusion-lisaaminen-terveydenhuollossa-dhage-neuvontaryhman-raportti-julkaistu 3.11.2024

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL. 2023a. Kuntoutus. ICF-luokitus. Https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus. 10.7.2023.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL. 2023b. Heikoimmassa asemassa olevien osallisuus. Https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus. 12.3.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023c. Sote-palvelujen johtaminen; palvelujen saatavuus ja jatkuvuus. Https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palvelujen-saatavuus-ja-jatkuvuus 1.10.2023.

Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa: ETENE julkaisussa.2010. Https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69925/URN_ISBN_978-952-00-3081-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 6.9.2023.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326 1.6.2024.

Terveyskylä. 2023. Aivotalo. Muistisairauksien oirekirjo. Https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet/muistisairauksien-oireet/muistisairauksien-oirekirjo. 1.10.2023.

Terveysportti.2024. Muistihäiriöpotilaan alueellinen hoitoketju. Https://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00729. 20.4.2024.

Tilastokeskus. 2023. Tilastotietokannat. Https://stat.fi/tup/tilastotietokannat/index.html. 15.10.2023.

Valtioneuvosto. 2023a. Soteuudistus. Mikä on hyvinvointialue? Https://soteuudistus.fi/mika-on-hyvinvointialue. 1.3.2023.

Valtioneuvosto. 2023b. Soteuudistus. Hyvinvointialueiden nimet ja niihin kuuluvat kunnat. Https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueiden-nimet-ja-niihin-kuuluvat-kunnat. 10.4.2023.

Valvira. 2022. Terveydenhuolto. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut. 26.1.2023.

Valvira. 2023. Etäpalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/etapalvelut. 11.2023.
Valvira. 2024. Hoitoon pääsy. https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/hoitoon-paasy. 3.12.2024.
Vammaispalvelulaki 380/1987. Https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380. 10.4.2023.
Vehko, T., Kyytsönen, M., Ikonen, J., Koskela, T., Kainiemi, E., &; Parikka, S. 2022. Sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kaupunki- ja maaseutualueilla Suomessa. Suomen aikakauslehti, 14(3), 309–325. Https://doi.org/10.23996/fjhw.114017. 12.12.2023.
Video Visit. 2023. Oiva Health –Hyvinvointia, iloa ja terveyttä. Https://oivahealth.com/. 10.9.2023.
Vilkka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä; ratkaisut tutkimuksen umpikujiin.PS-kustannus. Jyväskylä.
Virrankoski, A. 2013. Palvelumuotoilu toi uuden toimintakulttuurin. Signum, (3). Palvelumuotoilu toi uuden toimintakulttuurin. Https://journal.fi/signum/article/view/8669. 7.9.2024.
Vuoksimaa, E. 2019.Kognitiivisten toimintojen muutokset – mikä on ikääntymistä, mikä sairautta? Duodecim. Vuosikerta 135, Nro 11, sivut 1075-1084. duo14952.pdf (helsinki.fi). 12.3.2023.
Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325. 15.10.2023.
Yi, J., Pittman, C., Price C., Nieman, C., Oh, E. 2021, Telemedicine and dementia care: a systematic review of barriers and facilitators. Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8292189/#S7title. 30.10.2023.

LIITE 1

KYSELY MUISTIPOLIKLINIKAN HENKILÖSTÖLLE

- Kysely toteutetaan Mentillä.
- Kaikki ammattiryhmät.
- Vastausaikaa 14 vuorokautta.

	+	-
Sisäinen ympäristö	**S Vahvuudet**	**W Heikkoudet**
Ulkoinen ympäristö	**O Mahdollisuudet**	**T Uhat**

KYSYMYKSET:

- MITÄ VAHVUUKSIA ETÄVASTAANOTOSSA OLISI?
- MITÄ MAHDOLLISUUKSIA ETÄVASTAANOTOSSA OLISI?
- MITÄ UHKIA ETÄVASTAANOTOSSA OLISI?
- MITÄ HEIKKOUKSIA ETÄVASTAANOTOSSA OLISI?
- KUINKA ARVIOIT OMAT DIGITAITOSI? Skaala 1-10
- HALUAISITKO TOTEUTTAA ETÄVASTAANOTTOA TYÖSSÄSI? Kyllä/Ei
- TARVITSETKO DIGIOPASTUSTA? Kyllä , Ei
- HALUAISITKO DIGIOPASTUSTA, JOTA VOISIT HYÖDYNTÄÄ TYÖSSÄSI? Kyllä/Ei

Mentimeter

Mitä tulee mieleen sanasta digitalisaatio?
13 responses

7

Mentimeter

Kuinka arvioit omat digitaitosi

1 12

Mentimeter

Etävastaanoton mahdollisuudet?

Ei ensikäynneille, mutta seurantakäynneille sopiva. Ongelmatilanteissa nopeammallakin aikataululla mahdollisuus lääkärin kontaktiin. Asiakasvirtaus voisi lisääntyä. Asiakastyytyväisyys lisääntyisi.

Kts. edellinen vastaus. Asiakkaat/omaiset tyytyväisiä geriatrin kontaktista vaikka näin "kuvaruudun" kautta. Ei vaadi mahdottomia resursseja järjestää.

Kts. edellinen vastaus.

Lääkärin etävastaanottoa ajatellen lääkäri voisi olla fyysisesti kaukanakin potilaasta, tai jos potilaan on hankala lähteä kotoa. Hoitajan etävastaanotto soveltuisi ehkä paremmin seurantakäynneille.

Etävastaanotto vaatii ikäihmisiltä esim. omaisten tukea, harvoin yksin onnistuu. Lääkärivastaanotoilla voi olla toimiva, jos omainen ei pääse mukaan esim välimatkojen vuoksi.

Lääkäreillä ok, hoitajilla vaikeampaa,kun usein tehtävä testejä, ei taida vielä oikein etävastaanotoilla luonnistua?

Pitkät välimatkat jää tavallaan "pois"

Joustavuus, ajan käytön tehostaminen

1 7

Mentimeter

Etävastaanoton mahdollisuudet?

Joustavuus, asiakkaan ei tarvitse matkustaa

Asiakkaan matka vastaanotolle lyhenee, kun tarvitsee mennä vain lähimmälle hyvinvointiasemalle.

Asiakkaan / läheisen ei tarvitse matkustaa, asiakkaalle joustava

1 7

Mentimeter

Etävastaanoton uhat?

Muistisairasta voi jännittää enemmän?!

Tutkimuksen laatu, yhteyksien toimivuus

Diagnosointi edellyttää lääkärin toimesta tehtyjä kliinisiä tutkimuksia. Yhteistyö ta:n lääkärien kanssa?Ikäihmisillä on usein haasteita näön ja kuulon kanssa- vuorovaikutuksen haasteet lisääntyvät

Tutkimuksen laatu kyseenalainen, yhteyksien toimivuus

8

Mentimeter

Etävastaanoton uhat?

- Jääkö jotain huomaamatta kun lähikontakti puuttuu?
- Asiakkakaan kohtaaminen ei toteudu riittävällä tavalla kuten ei kokonaisarviokaan.
- Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ei riittävä eikä huomioiden tekeminen
- Kommunikaatio kärsii aivan varmasti tämän hetkisen asiakaskunnan ikäpolven kanssa.
- Statuksen tekeminen etänä on hankalampaa ja asioita saattaa jäädä huomaamatta. Mieltääkö muistisairas olevansa lääkärin/hoitajan vastaanotolla tietokoneen kautta?
- Harhaiset potilaat? Mikä mielikuva syntyy etävastaanotosta? Pahentaako jopa harhaisuutta?
- Keskustelua on vaikeampi "pitää kasassa" jos toisessa päässä on useita henkilöitä esim. potilas, hoitaja, läheinen.
- Tietokoneyhteyksien takkuaminen, IT osaaminen

8

Mentimeter

Etävastaanoton vahvuudet?

- Vaikea sanoa?
- Pitkissä matkoissa ehkä hyötyä
- Joissain tapauksissa voi olla helpompi toteuttaa jos - lääkäri on kaukana- potilaan on hankala lähteä kotoa
- Omaiset pääsevät paremmin mukaan, palvelee omaisia enemmän ja varsinkin kaukana asuvia.
- ..
- Omainen ehkä enemmän voi olla läsnä tapahtumassa.
- Joustavuus
- Sopii korvaamaan vastanottoja niillä asiakkailla, joita geriatri on kertaalleen tavannut. Lisätutkimusten jälkeinen diagnosointi.

8

Mentimeter

Etävastaanoton vahvuudet?

- Samat kuin mahdollisuudet

8

Mentimeter

Etävastaanoton heikkoudet?

- Lähikontaktin puuttuminen. Ikäihmisille ja muistisairaille vaikeampi kuin nuoremmille.
- kohtaaminen ei riittävää
- Asioita saattaa jäädä huomaamatta etänä (esim. statuslöydöksiä)
- Hoitosuhde saattaa jäädä heikommaksi kuin fyysisessä tapaamisessa
- Lääkäriltä jää ehkä asiakkaan mikroilmeet/ kehonkieli näkemättä
- Geriatrin vo:lla tutkimuksen laatu. Lääkärin tulee tehdä kliininen tutkimus, ei voi vastuuttaa hoitajalle. Muistiongelmista kärsivän asiakkaan kokonaisvaltainen havainnointi tärkeää.
- Kliininen tutkimus- kuka tekeeAsiakkaiden mahdolliset aistipuutokset ja kognition alenema tuovat lisähaasteita
- Samat kuin uhat

7

Mentimeter

Etävastaanotto muistipolilla

8

LIITE 2

ETÄVASTAANOTTO MUISTIPOLIKLINIKALLA – MALLI

*Arvioi soveltuuko asiakas etävastaanotolle, jos ei ohjaa lähivastaanotolle.

*Asiakkaalta tulee olla aina kysytty lupa etävastaanottoon ja kirjattu potilastietoihin. Jos lupaa ei ole kysytty ilmoitetaan kutsukirjeessä vastaanoton olevan hoitaja avusteinen geriatrin etävo. ja jos potilas kieltäytyy kutsu saadessaan, niin ohjataan tarpeen vaatiessa lähivastaanotolle.

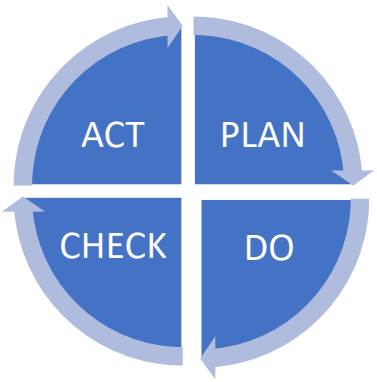
Etävastaanottotila: iso näyttö, kamera, kaiutin, tuolit asiakkaalle, sekä omaiselle aseteltuna kameran ja näytön luo. VideoVisit - laitteisto, joka sisältää myös kliiniseen tutkimukseen tarvittavan välineistön. Laitteistoon kuuluvat lisäksi koulutus ja käyttäjätuki reaaliajassa. Hoitaja, joka avaa yhteyden ja huolehtii, että kaikki toimii ja tarvittaessa avustaa niin potilasta, kuin etänä olevaa geriatria esim. ohjaamalla potilasta tai tutkimalla etänä kliinisesti. Hoitajalla on oma työpiste etävastaanottopisteen laidalla, josta tarvittaessa on helposti saatavilla, mutta voi vastaanoton aikana tehdä omia muistiinpanoja.

***Asiakas on ammattilaisen luona.**
Muistipolilla on kiinteä Sencom- laitteisto, jossa on suojattu yhteys ammattilainen- ammattilainen välillä.
Vaihtoehtoiseti tarvittaessa ja harkinnalla, ennen uutta asiointialustaa:
*Teams- yhteys, kun toimitaan ammattilaisten välillä ja ei ole omaista etäyhteydellä (ei saa kirjoittaa mitään keskustelukenttään, koska ne jäävät muistiin).

****Asiakas tai omainen on muualla kuin ammattilaisen luona.***
**VideoVisit yhteys asiakkaaseen/omaiseen (Tunnistautuminen ja suojattu yhteys), (keskustelu kenttään voi kirjoittaa).* Tätä mallia harkitusti ja mieluiten käyttöön vasta, kun ylempi malli hallussa ja saatu riittävästi käyttäjäkokemuksia.

***Vastaanoton jälkeen** hoitaja ohjaa asiakkaan jatkotoimenpiteet ja varmistaa, että asiakas on kuullut ja ymmärtänyt vastaanoton asiat, antaa ensitietokansion ja muistikoordinaattorin yhteystiedot.

***Palaute etävastaanotosta**-> palaute tulee analysoida ja käyttää jatkuvaan parantamiseen PDCA-mallia.



PLAN -> Suunnittele->ongelma/parantaminen
DO-> Toteutus->testataan korjaus ehdotusta
CHECK-> onko toteutus onnistunut-huomiot-hyvät ja huonot
ACT-> Korjaavat toimenpiteet-> uusi kierros