

Saana Tarvainen

Etähoito kotihoidossa - hankkeesta palveluksi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Insinööri (AMK)

Hyvinvointiteknologia

Insinöörityö

03.05.2015

Tekijä(t) Otsikko	Saana Tarvainen Etähoito kotihoidossa – hankkeesta palveluksi
Sivumäärä Aika	49 sivua + 4 liitettä 03.05.2015
Tutkinto	Insinööri (AMK)
Koulutusohjelma	Hyvinvointiteknologia
Suuntautumisvaihtoehto	Hyvinvointiteknologia
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Mikael Soini Projektisuunnittelija Marjo-Riitta Valkonen
<p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Vantaan kaupungin kotihoitoon etähoitopalvelun toimintamalli ja etsiä vaikuttavia tekijöitä, jotka huomioon ottamalla etähoito voidaan viedä onnistuneesti hankkeesta palveluksi. Työ on laadullinen tutkimus, jossa tutkimusaineistoa kerättiin teemahaastatteluilla neljältä eri eurooppalaiselta kaupungilta ja Vantaan kotihoidon päälliköltä. Haastatteluilla saatiin kerättyä käytännön kokemusta etähoitohankkeista ja laaja kuvaus kotihoidon toimintaympäristöstä. Teoriapohja rakennettiin tukemaan haastatteluista kerättyä materiaalia etsimällä ja tutustumalla muihin toteutettuihin etähoitohankkeisiin ja keräämällä tietoa käyttäjäryhmien kokemuksista etähoidosta ja siihen liittyvistä hankkeista.</p> <p>Opinnäytetyö nosti esille monia haasteita etähoitohankkeissa. Teknologia herättää molemmissa käyttäjäryhmissä, hoitohenkilökunnassa ja ikäihmisissä ennakkoluuloja ja epävarmuutta. Muutos toimintatavoissa vaatii paljon tukea ja aikaa. Johdon tuki on tärkeää. Hankkeisiin tulee resursoida heti alussa ja markkinointiin tulee panostaa. Hyvä liiketoimintasuunnitelma ja sen jatkuva päivittäminen on tärkeää.</p> <p>Työ osoitti, kuinka vaikeaa on valita oikea toimintamalli etähoidolle. Siihen vaikuttavat käyttäjäryhmien tarpeiden lisäksi saatavilla olevan teknologian ominaisuudet ja palvelulle määritelly sisältö. Vantaalle järkevin malli lähteä toteuttamaan etähoitoa on keskitetty palvelumalli, jossa yksi yksikkö vastaa koko kaupungin alueen etähoitopalvelun toiminnasta ja sen asiakkaista. Palvelunsisältö on aluksi etähoitoon soveltuvien asiakaskäyntien korvaamista kuvapuhelulla, esimerkiksi lääkemuistutukset.</p>	
Avainsanat	etähoito, kotihoito, hanke, projektityö

Author(s) Title	Saana Tarvainen Virtual Care in Home Care – From Project to Service
Number of Pages Date	49 pages + 4 appendices 03 May 2015
Degree	Bachelor of Engineering
Degree Programme	Health Informatics
Specialisation option	Health Informatics
Instructor(s)	Mikael Soini, Principal Lecturer Marjo-Riitta Valkonen, Project Planner
<p>The purpose of this study was to produce an action plan for virtual care in home care services for the city of Vantaa. The goal was to find the key points that affect the process of turning a project into successful service. The study was carried out as a qualitative research where research material was collected from theme interviews with project workers from four cities and one of the home care managers of the city of Vantaa. The interviews helped to collect practical information on virtual care projects and a wide description of the field of home care. The theoretical part of the study was built to support the material collected from the interviews by researching other virtual care projects and user experiences of virtual care and technology acceptance.</p> <p>The study revealed several challenges in virtual care projects. Providing care through technology is a something new and it raises prejudice and uncertainty. Getting used to the changes takes time and requires resources. Support from the management side is important. The projects should be provided with enough resources already at an early stage and it is important to invest in project marketing. A good business plan is essential.</p> <p>The study shows how difficult it is to choose the right action model for virtual care. The model is affected not only by the needs of the two user groups but also the features of the technology available and the defined service content. The easiest model for the city of Vantaa is to start to develop virtual care with a centralized action plan where one unit answers for all the virtual care operations and customers in the city area. The service content should first be kept simple, e.g. replacing short home care visits with video phone calls.</p>	
Keywords	Virtual care, home care, project, project work

Sisällys

Lyhenteet

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön taustaa ja tavoitteet	2
2.1	Vantaa	3
2.2	Etähoidon teoria ja kuvapuheluteknologia	5
2.3	Muita etähoitohankkeita	7
2.3.1	Helsingin Palmian Virtuaalihoito	7
2.3.2	Oulunkaaren HUCCO-projekti	8
2.3.3	HyvinvointiTV ja sen projektit	9
2.3.4	Oulun kaupungin HyväTek-hanke	9
2.3.5	KATE-hanke	10
3	Teknologian hyväksyminen ja käyttäjäkokemuksia	10
3.1	Kotihoidon henkilökunta	10
3.2	Kotihoidon asiakkaat	12
4	Tutkimusmenetelmä	13
4.1	Tutkimusmenetelmän kuvaus	13
4.1.1	Kotihoidon toimintaympäristöön liittyvät kysymykset	14
4.1.2	Projektityöntekijöiden haastattelujen teemat	15
4.2	Aineiston hankinta	17
4.2.1	Kohderyhmä	17
4.2.2	Aineiston hankinta ja analysointi	17
4.3	Haastateltavien valinta	18
4.4	Luotettavuus kvalitatiivisessa tutkimuksessa	19
4.5	Tutkimuksen eettiset kysymykset	20
5	Haastattelumateriaalin analyysi	21
5.1	Haastattelukohteiden esittely	22
5.1.1	Odense	22
5.1.2	Stockport	23
5.1.3	Tampere	24

5.1.4	Västerås	26
5.2	Kotihoidon toimintaympäristön kuvaus	29
5.2.1	Kotihoidon nykytilanne	29
5.2.2	Kotihoidon tulevaisuus	30
5.2.3	Teknologian käyttöönotto	31
5.3	Projektityöntekijöiden haastattelujen avaus	32
5.3.1	Projektin aloitus	32
5.3.2	Projektiorganisaatio	35
5.3.3	Käyttöönotto	35
5.3.4	Hankkeesta palveluksi	37
5.3.5	Muuta	37
6	Vantaalle sopivaa	38
7	Yhteenveto	42
	Lähteet	45
	Liitteet	
	Liite 1. Yhteydenottokirje	
	Liite 2. Tutkimussuostumus	
	Liite 3. Haastattelupohja – kotihoidon toimintaympäristö	
	Liite 4. Haastattelupohja – projektityöntekijä	

Lyhenteet ja määritelmät

Aktion	Västeråsin ensimmäinen etähoitohanke. Kohderyhmänä olivat omaishoitajat.
Apotti	Sähköinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, jota tällä hetkellä kehitetään yhteistyönä Helsingin kaupungin, Vantaan kaupungin, Kirkkonummen kunnan, Kauniaisten kunnan, HUS:in ja KL Kuntahankinnat Oy:n kesken.
Call center	Keskitetty puhelinvaihe, joka ottaa vastaan organisaatioon saapuvat soitot ja ohjaa ne eteenpäin oikeille vastaanottajille.
Coping at Home	<p>Hanke, jossa kehitettiin HyvinvointiTV Laurea-ammattikorkeakoulun, Espoon kaupungin, TDC Song Oy:n ja espoolaisten omaishoitajien kanssa.</p>
EEVA	Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut. Espoon kaupungin projekti.
HUCCO	Suurkäyttäjien hoito- ja palveluketjujen rakentaminen Oulunkaarella -hanke Oulunkaaressa.
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
HyvinvointiTV	<p>Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämä kuvapuhelutekniikkaan hyödynnettävä virtuaalipalvelu ikäihmisille.</p>
HyväTek	Oulun kaupungin etähoitohanke.
IkäLinja	Tampereen kaupungin kehittämä käyttöliittymä ja palvelumalli etähoitoon.
InnoKusti	Helsingin kaupungin innovaatio- ja kehittämishanke.
iQare	Stockportin kaupungin etähoitohanke.

KATE Kotihoitoa tukevat etäpalvelut. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hanke.

Keskitetty palvelumalli

Kaikki palveluun liittyvä toiminta toteutetaan yhdessä toimipisteessä.

KOTIIN Hanke virtuaalisten hyvinvointipalveluiden kehittämiseksi ikäihmisille.

KOVI Kotihoidon virtuaalitekнологia -hanke. Helsingin kaupungin ja Palmian etähoitohanke, josta kehittyi myöhemmin Virtuaalihoito-palvelu.

Kuvapuhelu Puhelu, jossa käyttäjä näkee keskustelukumppaninsa. Kuvapuhelusta käytetään kirjallisuudessa myös nimitystä videopuhelu.

Mobiililaite Laite, jota voi kantaa helposti mukana ja jolla pääsee tietoverkkoon ajasta ja paikasta riippumatta. Esimerkkinä älypuhelimet ja tabletit.

Mobiililaajakaista

Matkaviestinverkko, joka on tarkoitettu ensisijaisesti puheen ja datan välittämiseen.

Omakanta Osa Kanta-palveluja, joka on sähköinen tietokanta, johon on kerättyä Suomen kansalaisten terveystiedot. Omakanta on kansalaisen omien terveystietojen seurantaan ja hallintaan.

Omsorgtelefon

Odensen kaupungin etähoitohanke.

SILVER Supporting Independent Living for Elderly through Robotics. EU-rahoitteinen hanke, jossa tavoitteena kehittää esikaupallisen hankinnan prosessia ja luoda ratkaisuja tukemaan ikäihmisten itsenäistä kotona asumista.

Skype	Kaupallinen VoIP-palvelu (Voice over Internet Protocol) ja pikaviestintä-ohjelma. Käyttäjät voivat soittaa video- ja äänipuheluita sekä lähettää viestejä ja tiedostoja internetissä.
Tabletti, tablet-tietokone	Tietokone, jota käytetään painelemalla kuvaruutua.
TampereSenior	Tampereen kaupungin hanke ikäihmisten palveluiden kehittämiseksi.
Telehealthcare	Tietotekniikan avulla toteutettava terveydenhoito.
T-Seniorit	Osa T-Seniority, Expanding the benefits of Information Society to Older People through digital TV channels -hanketta, jossa Tampereen kaupunki kehitti etähoitoa.
Turvallinen Koti	Hanke, jossa kehitettiin eHyvinvointipalvelukonseptia muun muassa Laurea-ammattikorkeakoulun HyvinvointiTV:tä hyödyntäen.
VIKSU	Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2010-2015.
VIKTIG	Västerås IKT I Gemenskap. Västeråsin kaupungin projekti ikäihmisten sähköisten palveluiden kehittämiseksi.
VIRTU	Monikansallinen hanke virtuaalisen hyvinvointikanavan kehittämiseksi ikäihmisille.
WLAN	Wireless Local Area Network. Langaton lähiverkko.

- 3G 3rd generation, eli matkaviestinnän kolmas sukupolvi ja GSM-verkon (Global System for Mobile Communications) seuraaja. Käyttää tiedonsiirtoon UMTS-verkkoa (Universal Mobile Telecommunications System).
- 4G 4th generation, eli matkaviestinnän neljäs sukupolvi ja 3G:n seuraaja. Käyttää tiedonsiirtoon LTE-tekniikkaa (Long Term Evolution).

1 Johdanto

Kaupunkien vanhuspalveluiden asiakasmäärät kasvavat resurssien pysyessä ennallaan. Suomen kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusvertailussa todettiin 65 vuotta täyttäneiden määrän kasvaneen vuonna 2013 21,6 prosenttia vuodesta 2009 [1, s. 2]. Uusia, vaihtoehtoisia palveluratkaisuja etsitään sosiaali- ja terveydenalan puolella [2]. Palveluiden sähköistämisestä ja teknologiasta toivotaan ratkaisuja, joilla voidaan vastata väestön ikääntymisestä ja huoltosuhteen heikkenemisestä johtuviin haasteisiin. Kansalaisten Omakanta on saatu juuri lanseerattua käyttöön ja suunnitteilla on uusi HUS:in ja neljän kunnan yhteistyössä rakennettava potilas- ja asiakastietojärjestelmä Apotti, jonka on tarkoitus järjestyttää tämän hetkistä usean tietojärjestelmän päällekkäistä käyttöä. Useiden kaupunkien kotihoidossa on jo päästy pilottivaihetta pidemmälle sähköisen toiminnanohjauksen hyödyntämisessä, jonka avulla kotihoidossa jatkuvasti muuttuvat resurssit ja tilanteet saadaan ohjattua mahdollisimman optimoidusti. Samalla kotihoidon kentällä tehtävä työ tulee näkyväksi, kun asiakaskäyntien pituudet ja määrät ovat todennettavissa.

Julkisen hallinnon puolelta löytyy asiantuntemusta ja aitoa kokemusta sosiaali- ja terveysalan haasteista. Hyvinvointipalvelujen erityisyys korostuu alan projekteissa. 2010-luvun hankkeissa erityispiirteinä ovat asiakas- ja potilaslähtöisyys, moniammatillisuus, monikulttuurisuus ja tieto- ja viestintäteknologia [3, s. 39]. Nämä erityispiirteet luovat monia haasteita hankkeiden onnistumiselle ja edellyttävät vahvaa osaamista projektien hallinnassa. Siinä, missä kunnat panostavat palveluiden mahdollistamiseen jokaiselle asukkaalleen ja palveluiden laadun kehittämiseen, resursointi täysin uuden palvelumuodon kehittämiseen ei välttämättä ole mahdollista sen vaatimilla edellytyksillä. Etenkin, kun kyseessä on teknologialla tarjottavat palvelut, voi moni asia vaatia paljon työtä.

Videokuvayhteydellä toteutettavia etähoitopalveluita on kehitetty useissa Euroopan kaupungeissa jo 2000-luvun alusta lähtien. Etähoidossa nähdään potentiaalia muun muassa kotihoidon resurssipulan helpottamisessa, kotikuntoutuksessa ja käyttäjien sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistamisessa. Parhaimmassa tapauksessa etähoito voi palvella niin hoivapalveluja tarjoavaa kuntaa kuin asiakasta ja hänen omaisiaan ja läheisiään. Vaikka etähoidossa nähdään paljon mahdollisuuksia, ovat siitä järjestetyt hankkeet ja pilotit olleet kooltaan pieniä, ja harva niistä on edennyt palveluksi asti. Mitä

vaaditaan, että etähoito saadaan tuotannollisesti järkeväksi ja käyttäjilleen etuja tuovaksi vakinaistetuksi palveluksi?

Vantaan kaupunki näkee ikääntyvän väestön voimavarana. Ikäihmiset halutaan pitää tasa-arvoisina tietoyhteiskunnan jäseninä ja kaupungin ikäpoliittisessa ohjelmassa 2010–2015, Viksussa todetaan, että yhtä vanhuutta ei ole. Kaupunki haluaa tarjota jokaiselle asukkaalle heidän tarpeidensa mukaiset palvelut ja uskoo, että palveluiden osittaisella sähköistämällä ja teknologialla voidaan tarjota tällaista valinnan vapautta. Toteutettujen teknologisten palveluiden tulee olla helppokäyttöisiä ja -pääsuisiä ja huomioida käyttäjän tarpeet. [4, s. 8–12.]

Tämän opinnäytetyön taustana on tekijän osallistuminen Vantaan kaupungin etähoitojärjestelmäkokeiluun useassa sosiaali- ja terveydenalan toiminnoissa. Kokemus hankkeesta inspiroi tekijää tutkimaan etähoitohankkeita tarkemmin ja miettimään, miksi niin potentiaalisen palvelumuodon läpivienti tuntuu olevan niin haasteellista? Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisen tutkimuksen tavoin, jossa materiaalia kerättiin teemahaastatteluilla ja etsimällä tietoa etähoitohankkeista ja käyttäjien kokemuksista hankkeissa. Työn tavoitteena oli selvittää hankkeiden isoimmat kompastuskivet ja ratkaisevat tekijät, joilla hanke saadaan juurrutettua palveluksi. Työn lopputuloksena Vantaan kaupungille hahmoteltiin kotihoidon soveltuvim toimintamalli etähoidon käyttöönotolle. Opinnäytetyö on osa ammattikorkeakoulun opintoja koulutusohjelmassa hyvinvointiteknologia.

2 Opinnäytetyön taustaa ja tavoitteet

Opinnäytetyössä tutkitaan etähoitohankkeita ja -palveluita eri julkisten hallintojen kotihoidoissa. Näitä tutkimalla kerätään kokemuksia prosessista, jolla etähoito on otettu käyttöön kotihoidossa ja niiden kautta määritellään, mitkä syyt johtavat siihen, että yksi hanke jää kokeiluksi ja toinen onnistutaan implementoimaan palveluksi. Näin pyritään löytämään sopivin toteutustapa etähoitojärjestelmän käyttöönottoon Vantaan kaupungille.

Ajatus työlle syntyi opinnäytetyön tekijän työskennellessä Vantaan kaupungin etähoitojärjestelmäkokeilussa projektipäällikkönä. Kokeilussa testattiin, kuinka etähoito soveltuu kotihoidon nykyisiin toimintaprosesseihin ja olisiko tällaiselle palvelulle tarvetta tule-

vaisuudessa. Työn tavoitteena on selvittää eri julkisen hallinnon kotihoidon etähoito-hankkeita ja -palveluita vertailemalla, mitä vaaditaan, että etähoito saadaan vietyä palveluksi asti. Tällä tavoin etsitään Vantaan kaupungille soveltuvin tapa ottaa etähoito käyttöön osana heidän kotihoidon palveluitaan.

Tutkimuskysymykset tarkennettuina:

1. Miksi toiset sosiaali- ja terveydenalan teknologiahankkeet etenevät palveluiksi asti ja toiset jäävät vain kokeiluiksi?
2. Mikä on Vantaan kaupungille soveltuvin palvelumuoto etähoidolle kotihoidossa ja miten tähän päästään?

Opinnäytetyössä etähoidolla tarkoitetaan kotihoidon henkilökunnan ja asiakkaan välistä kommunikointia videokuvayhteydellä. Videokuvayhteys mahdollistaa muun muassa asiakkaan voimien tarkastelun ja lääkkeenoton seurannan. Yhteyden aikana voidaan neuvoa asiakasta eri tilanteissa ja voidaan arvioida, vaaditaanko sairaanhoitajan tai lääkärin konsultaatiota. Näin asiakaskäynnit saadaan paremmin optimoitua ja henkilökunnan työaika siirrettyä enemmän hoitoa vaativille asiakkaille. Terveystilan muutoksiin voidaan reagoida nopeammin, ja asiakas saa helpommin omaa terveyttään tukevaa hoitoa ja neuvontaa.

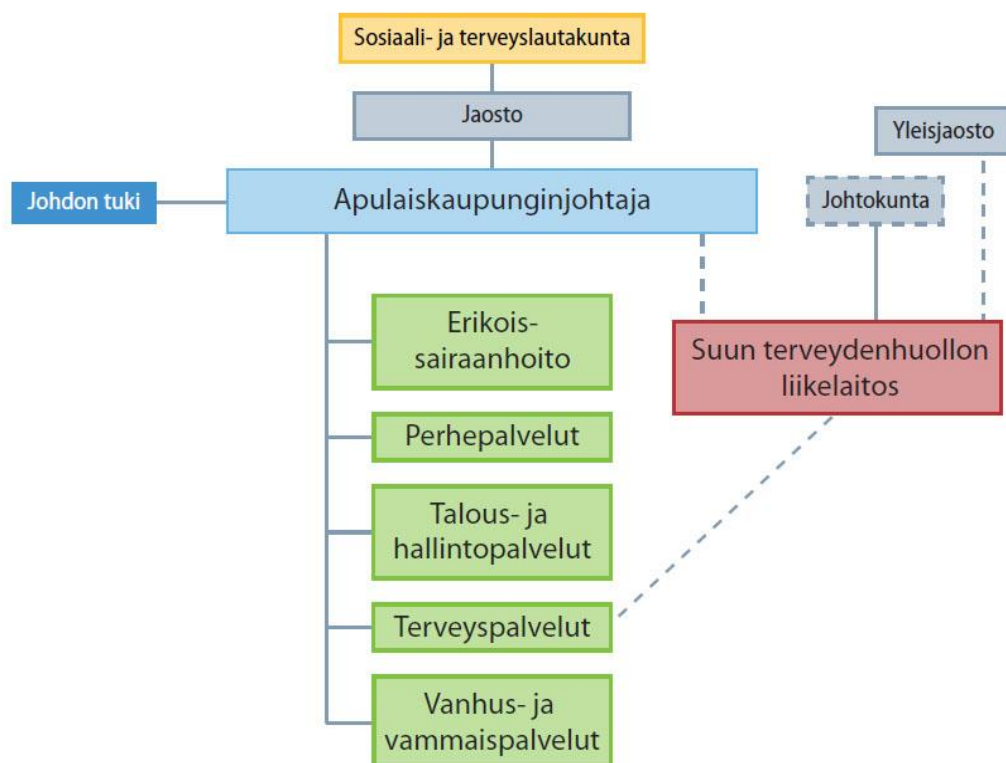
Etähoidosta on paljon hankkeita käynnissä niin Suomessa kuin ulkomaillakin ja sen mahdollisuuksiin uskotaan. Kuitenkin sosiaali- ja terveydenalan projektien läpiviemisessä tuntuu olevan haasteita, jotka hankaloittavat ja joskus kokonaan estävät uusien palveluiden, etenkin teknologiaan perustuvien, läpiviemisen.

2.1 Vantaa

Vantaalla on 210 000 asukasta. Vuonna 2014 kaupungin väestönrakenteesta 14,5 prosenttia on yli 65-vuotiaita [5]. Kaupunkiorganisaatio jakautuu viiteen toimialaan: kaupunginjohtajan, maan-käytön, rakentamisen ja ympäristön, sosiaali- ja terveydenhuollon, sivistystoimen, ja konserni- ja asukaspalveluiden toimialaan. Sosiaali- ja terveystoimen toimialaan kuuluu neljä tulosaluetta ja yksi liikelaitos [kuva 1.]:

- terveystalut
- perhepalvelut
- vanhus- ja vammaispalvelut
- hallinto- ja talouspalvelut
- suun terveydenhuollon liikelaitos.

Kotihoito kuuluu yhdessä vanhusten ennaltaehkäisevien palveluiden ja palvelutalojen kanssa vanhusten avopalveluiden tuloyksikköön vanhus- ja vammaispalveluiden tulosalueella.



Kuva 1. Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan organisaatiokaavio [51].

Vantaan kaupungilla on kahdeksan alueellista kotihoidon yksikköä ja yksi tehostetun kotihoidon yksikkö, joka palvelee koko kaupunkia. Vuonna 2013 perustettu yksikkö muodostui yhdistämällä kotisairaala, kotihoidon yöhoito ja kotiutustiimit yhdeksi koko-

naisuudeksi. Kotihoidon alueellisissa yksiköissä on keskimäärin 20–24 työntekijää jaetuna 2–3 tiimiin. Asiakkaita toimintayksiköissä on noin 150–250. Koko kaupungin kotihoidon asiakasmäärä oli vuoden 2014 elokuussa tarkasteltuna keskimäärin noin 1650 kuukaudessa sisältäen jatkuvat eli vähintään kerran viikossa käynnit ja tilapäiset asiakkaat. Kotihoidon asiakkaina on sekä vammais- että vanhusasiakkaita.

Uusi palvelu tai teknologia etenee kotihoidon toimintayksikköön esimiehen kautta. Kotihoidon johtoryhmällä on viikoittaiset kokoukset, joissa toimintayksiköiden esimiehet ovat paikalla. Kerran kuussa yksiköiden esimiehet järjestävät työpaikkakokouksen oman yksikkönsä työntekijöille, lisäksi tiimivastaavat pitävät tiimikokouksia 1–2 viikon välein. Jokaisessa yksikössä on nimettyjä tiimivastaavia, joilla ei ole esimiesroolia, mutta he avustavat yksikön esimiestä esimerkiksi tiedonvälityksessä ja osallistuvat rekrytointeihin.

Tällä hetkellä niin Vantaalla kuin useissa muissakin Suomen kaupungeissa on käynnissä muutoksia kotihoidon toiminnassa. Toimintaa halutaan tehostaa muun muassa työn organisointia ja päivittäistä työnjakoa kehittämällä. Lähes jokaisessa Vantaan kotihoidon toimintayksikössä on jo sovittu henkilö tekemään ”manuaalista toiminnanohjausta”. Tämän lisäksi kaupunkiin on tulossa älypuhelimilla avautuvat sähkölukot asukkaiden oviin [6] ja myöhemmin älypuhelimien kanssa keskusteleva sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä, jonka toivotaan sujuvoittavan kotihoidon toimintaprosesseja. Vantaa osallistuu myös Apotti-hankkeeseen, uuden sekä asiakas- että potilastietojärjestelmät yhdistävän kokonaisuuden kehittämiseen yhdessä Helsingin ja muutaman muun yhteistyökumppanin kanssa.

2.2 Etähoidon teoria ja kuvapuheluteknologia

Etähoidolla tavoitellaan ennen kaikkea kustannussäästöjä ja hankkeissa on etsitty palveluja, joiden toteuttamiseen etähoito soveltuu. Kotihoidossa kuvapuheluilla voitaisiin toteuttaa osa asiakaskäynneistä ja säästyvää työaika voitaisiin siirtää hoidollisesti vaativimpiin käynteihin. Etähoidolla lisättäisiin kotihoidon tavoitettavuutta ja laajennettaisiin kotihoidon palveluiden valikoimaa. Voinnarviointia on helpompi tehdä etähoitolaitteilla puhelimen kautta käytävään keskusteluun verrattuna. Kuvapuheluja voitaisiin käyttää myös ammattilaisten väliseen kommunikointiin ja tuen saamiseen vaikeissa

hoitotilanteissa. Etähoidon uskotaan myös lisäävän asiakkaiden turvallisuuden tunnetta, vähentävän yksinäisyyden tunnetta ja tukevan itsenäistä kotona asumista.

Työssä ei ollut tavoitteena tutkia videokuvapuhelinteknologiaa tai palvelua tuottavia tahoja sen tarkemmin. Vaihtoehtoja teknisiksi ratkaisuksi videokuvapuheluille löytyy tablet-tietokoneen, 3G-, 4G- tai WLAN-yhteyden (Wireless Local Area Network) ja kuvapuhelinsovelluksen yhdistelmiä ja kiinteiden isojen päätelaitteiden ja kiinteän Internet-yhteyden kanssa varustettuja tietokoneita. Päätteet ovat usein kosketusnäytöllisiä mutta myös televisio-kaukosäädin -yhdistelmiä löytyy. Lisäksi kaikissa laitteissa on mukana joko sisään rakennetut tai erikseen kytkettävät mikrofoni ja kaiuttimet [kuva 2.]



Kuva 2. Esimerkki etähoitolaite ratkaisusta Tampereen Ikälinja-palvelumallissa [52].

Mobiililaitteissa haasteena on langaton verkkoyhteys ja näytön pieni koko. Laitteet ovat nopeasti otettavissa käyttöön ja ovat monelle asiakkaalle helpommin lähestyttäviä kuin isommat näytöt. Kuitenkin iso näyttö on selkeä etu käytettäessä laitteita useamman ihmisen väliseen kuvapuheluun tai esimerkiksi kuntouttavan jumpan seuraamiseen. Isot näytöt vaativat kiinteää Internet-yhteyttä, jonka avaaminen asuntoon voi kestää useita viikkoja. Kotihoidon asiakaskunnassa tilanteet voivat muuttua hyvin nopeasti ja viikkojen odotteluun ei ole aina aikaa. [7.]

Ainakin yhden palveluntarjoajan kautta on markkinoille tulossa nettitikulla varustettuja isoja näyttöjä vaihtoehtona hitaasti asennettaville kiinteille näytöille. Nettitikkujen toiminnan luotettavuus olisi testauksen arvoinen.

Näytön koon lisäksi tulee huomioida myös äänentoiston laatu. Jos käyttäjällä on kuulokoje, ääni voi helposti lähteä kiertämään, eikä vastapuolen äänestä saa enää mitään selvää. Lisäksi tulee muistaa ikääntymisen tuoma lihasvoiman heikentyminen. Neuvo irrottaa virtajohto seinästä, kun modeemi tai etähoitolaite jumiutuu, ei välttämättä ole ikäihmiselle helppo toteuttaa.

Useimmat palveluntarjoajat tarjoavat mahdollisuutta käyttää kuvapuhelinohjelmaansa sekä mobiililaitteella että tietokoneella. Variaation mahdollisuus on hyvä, sillä kaikki laitteet eivät sovellu kaikille käyttäjille, saati vastaa kaikkien toimintojen tarpeisiin. Etähoitoon valittavan teknologia tulisi aina valita palvelussa tarjottavan sisällön ja käyttäjien tarpeiden ja vaatimusten mukaan.

2.3 Muita etähoitohankkeita

Suomessa ja maailmalla on jo useita vuosia tutkittu etähoidon mahdollisuuksia. Hankkeet ovat olleet kooltaan pieniä, eivätkä asiakasmäärät riitä antamaan suoraan verrannollista tietoa siitä, onko etähoitopalvelu toteutettavissa suuremmalla mittakaavalla. Hankkeissa on todettu ongelmia tekniikan toimivuudessa: kuvan ja äänen viiveitä ja ongelmia verkkoyhteyden toimivuudessa. Oulunkaaren HUCCO-projektissa haja-asutusalueilla haluttiin kiinteän laajakaistan toimivuutta tukea 3G-yhteydellä tarjottavilla varayhteyksillä. Myös laitteiden äänentoisto ja kuvanlaatu ovat asettaneet haasteita ikäihmisten heikentyneiden aistien takia.

Jokaisessa seuraavaksi esiteltävässä hankkeessa on tavoitteena ollut kehittää etähoitolle taloudellinen ja toimiva palvelumalli. Pisimmällä Suomessa etähoitopalveluiden kehityksessä ovat Helsingin kaupunki ja Oulunkaari. Myös Lahden kaupungilta löytyy vuodelle 2015 hankintailmoitus virtuaalihoitoratkaisusta, joka toimii yhteen heidän kotihoidossa käytössä olevan sähköisen toiminnanohjausjärjestelmän kanssa [8].

2.3.1 Helsingin Palmian Virtuaalihoito

Helsingin kaupungilla on vuosien aikana ollut useita hankkeita liittyen etähoitoon. Jo vuosina 2006–2010 kaupungilla oli käynnissä InnoKusti-hanke, jossa etähoitoa kokeiltiin kotikuntoutuksen muodossa. Vuonna 2011 kaupunki käynnisti Kotihoidon virtuaalitekniologia (KOVI) -projektin. Tavoitteena oli tutkia kotihoidon asiakkaan ja hoitohenki-

lökunnan välisen videokuvayhteyden vaikutuksia usealle eri sidosryhmälle. Laitteet olivat kiinteiden näyttöjen ratkaisuja ja projektiin osallistui kymmenen kotihoidon asiakasta ja kumppaneina toimi Forum Virium Helsinki, Tunstall Oy ja Arctic Connect Oy. Vuonna 2014 kaupungissa pilotoitiin myös Pieni Piiri Oy:n mobiililaiteratkaisua. [9; 10.]

Pilotin päätyttyä tutkimusta haluttiin jatkaa ja niin käynnistettiin pilotin toinen vaihe Virtuaalihoitajaksi-projekti. Pilottiin osallistui 15 asiakasta. Toisessa vaiheessa projektia laajennettiin ja tuotanto siirrettiin Palmialle. Palmia on Helsingin kaupungin entinen liikelaitos, vuoden 2015 alusta lähtien liikelaitos ja palveluyhtiö, joka tuottaa itsenäistä asumista tukevia hoivapalveluita kuten turvapuhelinpalveluita.

Nykyään etähoito löytyy Palmian vakituisesti tuotettavista palveluista Virtuaalipalveluna. Virtuaalipalvelu tarjoaa lääkemuistutukset ja hoitajan tuen asiakkaan terveydestä huolehtimiseen ja kotona selviytymiseen, ja se on yhdistettävissä Palmian tuottamiin turvapalvelukäynteihin. Virtuaalipalvelussa Palmialla ja kaupungin kotihoidolla on käytössä yhteinen sähköinen tietojärjestelmä, jonka kautta tiedot asiakkaan tilasta päivittyvät reaaliaikaisesti jokaisen tahon tietoon. Vuonna 2014 virtuaalipalveluissa toimi kaksikymmentä hoitajaa tarjoten palvelua 24/7. Vuoden 2014 tavoite oli saada sadan asiakkaan määrä täyteen. [11.]

Tällä hetkellä Virtuaalihoito on mukana pohjoismaiden haastekilpailussa 'The Nordic Best Practice Challenge', jonka tarkoituksena on jakaa kaupunkien kesken hyviä ja kustannustehokkaita käytäntöjä julkispalveluissa [13].

2.3.2 Oulunkaaren HUCCO-projekti

Suurkäyttäjien hoito- ja palveluketjujen rakentaminen Oulunkaarella (HUCCO) -hanke toteutettiin vuosina 2008–2011. Hankkeessa pyrittiin tehostamaan terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä, työnjakoa, teknologiaa ja osaamista sekä luoda taloudellisempia ja laadukkaampia palvelukokonaisuuksia terveydenhuollon asiakkaiden hoitoon. Mukana hankkeessa oli Arctic Connect Oy, Arcturia Oy, Miratel Oy ja Espericare Oy ja noin 300 kuntalaista. [13, s. 23.]

Yksi hankkeen tavoite oli hyödyntää paljon kotihoidon käyntejä vaativien asiakkaiden hoidossa etähoitoa kuvapuhelin- ja turvalaiteteknologian integroidulla ratkaisulla [14]. Turvarannekkeen painikkeella kuvayhteys avautui Espericaren turvapalveluun ja osa

kotihoidon käynneistä, kuten lääkemuistutukset, on voitu toteuttaa kuvapuhelinlaitteistolla. 'Virtuaalikotaishoidon' piirissä oli alun perin 15 kotihoidon asiakasta. HUCCO-hankkeessa hyväksi koetut käytännöt haluttiin siirtää eteenpäin ja ovat nyt käytössä ja jatkokehityksessä vuonna 2011 alkaneessa Sujuva-hankkeessa. [14.]

2.3.3 HyvinvointiTV ja sen projektit

Espoon kaupunki lähti vuonna 2005 kehittämään yhdessä Laurea-ammattikorkeakoulun ja TDC Song Oy:n, myöhemmin myös Videra Oy:n, kanssa kaksisuuntaista kuvayhteyttä hyödyntävän HyvinvointiTV:n. Kehitystyö tehtiin Tekesin rahoittamassa Coping at home -hankkeessa yhdessä espoolaisten omaishoitajien kanssa. Espoon kaupungille projekti oli osa Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut (EEVA) -hanketta. Alkuperäisessä pilottiryhmässä oli 25 omaishoitajaa ja hankkeen aikana laiteasennuksia tehtiin yhteensä 28. [15; 16, s. 32.]

Tämän jälkeen HyvinvointiTV:n kehitystä jatkettiin KOTIIN-hankkeen osahankkeessa Kotiklinikassa, jossa kohderyhmänä olivat Vantaan ja Espoon sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden ja korkean sairausriskin omaavat kotihoidon asiakkaat [17]. Myöhemmin HyvinvointiTV:tä on kehitetty muun muassa Turvallinen Koti- ja VIRTU-hankkeissa vuosina 2008–2011 ja 2010–2013 [18; 19].

Alusta lähtien HyvinvointiTV:tä on kehitetty ikäihmisille soveltuvaksi aktivoivaksi hyvinvointipalveluksi. Sen kautta on pyritty tarjoamaan kotihoidon palveluiden lisäksi liikuntaa, tietoisuuksia terveydestä ja ravitsemuksesta ja sen avulla on pyritty auttamaan ikäihmisiä luomaan kontakteja toisiinsa ja vähentämään näin koettua yksinäisyyttä. Hankkeissa HyvinvointiTV:een on yhdistetty myös muita soveltuvia teknologioita kuten turvateknologiaa. HyvinvointiTV:lle on vaikea kehittää toimivaa rahoitusmallia ja vielä vuonna 2014 Sipoon kunnassa oli käynnissä yksityinen rahoitushaku HyvinvointiTV:een palvelun ylläpitämiseen [20].

2.3.4 Oulun kaupungin HyväTek-hanke

Oulun kaupungin HyväTek-hankkeessa vuosina 2006–2007 kokeiltiin yhdessä Videra Oy:n ja Oy Domino Systems Ab:n kanssa videoneuvottelulaitteistoilla toteutettua virike-toimintaa. Kokeilussa oli mukana neljä ikääntynyttä ja kaksi omaispariskuntaa. Tavoit-

teena oli päästä kokeilemaan kotihoidon käyntien toteuttamista videoneuvottelulaitteistolla mutta hankkeen alussa mukaan tulleet ikäihmiset eivät tätä tarvinneet ja toiminta jäi kokeilematta. [21.]

2.3.5 KATE-hanke

Vuosina 2006–2008 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä toteutti Kotihoitoa tukevat etäpalvelut (KATE) -hankkeen, jossa tavoite oli ikääntyvän väestön kotona asumisen tukeminen etähoidon avulla. Tehtävä oli luoda etähoidolle toimiva palvelumalli potilaan etäohjaukseen ja -kuntoutukseen, lääkärin ja terveydenhoitajan etäkonsultaatioon kotihoidossa ja vertaistuen ja viriketoiminnan tarjoaminen videokuvayhteydellä. [16, s. 51.]

3 Teknologian hyväksyminen ja käyttäjäkokemuksia

Puhuttaessa etähoidosta ei kyseessä ole vain yksi käyttäjäryhmä. Sekä hoitohenkilökunta että hoitoa saavat asiakkaat tulee ottaa huomioon etähoitoa ja -teknologiaa suunniteltaessa. Ryhmät eroavat toisistaan paljon ja niillä on omat motivaattorinsa teknologian hyväksymiselle. Muutos ja tuntematon teknologia voivat herättää ahdistusta ja vastustusta ja etähoitopalvelua käynnistäessä tulisikin miettiä tekijöitä, jotka vaikuttavat näiden käyttäjäryhmien päätökseen hyväksyä ja käyttää teknologiaa. Seuraavissa kappaleissa avataan hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksia eri etähoitoon liittyvistä tutkimuksista.

3.1 Kotihoidon henkilökunta

Tuotaessa uutta teknologiaa osaksi hoitotyötä voi työntekotapa muuttua radikaalisti, ja tämä tarkoittaa uuden tavan opettelemista työntekijöille. Teknologian käyttöönotossa tulee muistaa miettiä uusia toimintaprosesseja ja työssä jaksamista. Riittävät resurssit muuttuneessa työtilanteessa ovat tärkeitä [22, s.14]. Teknologian hyödyllisyydellä on todettu olevan tärkeä merkitys sen hyväksymisessä terveydenhuollossa [23, s. 69–76]. Työntekijöiden tärkeinä pitämät ominaisuudet tulee tunnistaa ja esimiehen rooli on vaikuttaa näiden ominaisuuksien löytämiseen [24, s. 273–315]. Iharvaaran [25, s. 20–34] tutkielmassa hoitajien kokemuksista kotihoidon esimiehen roolista muutosprosesseissa

esimiehellä oli suuri rooli muutoksen läpiviennissä. Esimiehen tuli olla tukemassa ja muistuttamassa uudesta työtavasta, sillä vanhat tottumukset saattoivat istua tiukasti. Muutoksista oli tärkeää myös keskustella tiimi- ja yksikköpalaverissa, sillä teknologia saattoi herättää huolta. Teknologian tuoma muutos voidaan nähdä uhkana omalle ammatille ja pelkona siitä, ettei uuden teknologian kanssa pärjätä. Näistä tuntemuksista voi syntyä muutosvastarintaa, joka vaikuttaa kielteisesti teknologian hyödyllisyyden näkemiseen ja siten teknologian käyttöaikomukseen. [26, s. 29–30; 27, s. 62–71.]

Pietikäisen KOVI-projektin osana tehdyssä tutkielmassa virtuaalihoidosta vastanneet hoitajat olivat kokeneet laitteen käytönopastuksen riittämättömänä niin itselleen kuin asiakkaille. Laitteiden käyttö koettiin taakaksi, koska se tuli lisänä muiden töiden oheen. Työyhteisössä kerrottiin vallinneen ilmapiiri, jossa ihmeteltiin laitteiden ja palvelun hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta. Kaikesta huolimatta laitetta ei koettu uhkana omalle työlle. [10, s. 30–38.]

Sekä Pietikäisen että Heikuran tutkimuksissa etähoito nähtiin positiivisena asiana sekä hoitajien että asiakkaiden kannalta. Koettiin, että hoitaja oli asiakkaalle helpommin tavoitettavissa ja palvelun näin lisäävän hoidon laatua. Nähtiin, että etähoito vähensi asiakkaan turvattomuuden tunnetta ja lisäsi arjen mielekkyyttä ja mielenrauhaa. Pitkässä juoksussa etähoidon nähtiin helpottavan hoitajien työtaakkaa. [10, s. 30–38; 28, s. 48–55.]

”Kyl mä nyt näkisin et jos me niinku pystytään vähentämään käyntejä, niinku meidän live-käyntejä, osalta asiakkaista ni se antaa tilaa meille taas uusille asiakkuuksille, koska meillähän ei oo mitään kattoa mejän asiakkuuksilla...”[10, s.30].

Etähoidon nähtiin soveltuvan muistisairaiden asiakkaiden hoitoon, joilla saattaa olla päivässä useita kotikäyntejä. Etähoitosoitoilla voitaisiin toteuttaa muistutuksia lääkkeenotosta ja ruokailuista, neuvoa haavahoidossa ja katetrin käytössä, korvata huolikäynnit ja huolehtia vuorokausirytmistä ja avustaa nukkumaanmenossa. Kotikäynnillä hoitaja voisi laitteen avulla saada neuvoa ja tukea toiselta hoitajalta. Etähoito toimisi tukena myös sairaalasta kotiutuksessa ja voisi olla käytössä myös terveyskeskuksissa.

Hoitajien kokemuksen mukaan olisi hyvä, että etähoitosoittoihin vastaisi aina sama henkilö. He kokivat asiakkaalle helpommaksi kertoa huolistaan, kun soittoon vastaa

tälle tuttu henkilö ja omalle työlleen mielekkäämmäksi, kun he saivat tutustua asiakkaaseen näin enemmän.

3.2 Kotihoidon asiakkaat

Turvallisuuden tunteen vaade kuuluu ihmisen perustarpeisiin elämässä. Turvallisuuden kokemukseen vaikuttaa yksilön toimintakyky. Sairaudet, isot elämän muutokset, heikentyneet aisti- ja lihastoiminnot voivat horjuttaa yksilön riippumattomuuden tunnetta ja vaikuttaa hänen kotona selviytymisen mahdollisuuksiin. Fali ja Koivukangas kertoivat tutkimuksessaan vanhusten kuvailleen yksinäisyyttä eri tavoin. Yksinäisyys nähtiin vuorovaikutussuhteiden vähenemisenä ja avuttomuuden tunteena yksin ollessa. Yksinäisyydestä nousi pelkoja ja kasvavaa turvattomuuden tunnetta. Etähoidolla on koettu olevan positiivisia vaikutuksia sekä turvattomuuden tunteeseen että yksinäisyyteen. Helsingin kaupungin ja Palmian KOVI-projektissa toteutetussa tutkielmassa mukana olleet ikäihmiset totesivat videoneuvottelulaitteiden olemassa olon ja mahdollisuuden soittaa ja pyytää apua tarvittaessa lisäävän turvallisuuden tunnetta kotona. [29 s. 9–10; 10, s. 82–84.]

Useissa teknologian hyväksymiseen liittyvissä tutkimuksissa yksilön ominaisuudet vaikuttavat hänen teknologian hyväksymiseen ja käyttötapaansa. Hungin ja Jenin tutkimuksessa nuorten ainoa teknologian käyttöaikomustaan määrittävä tekijä oli heidän asenteensa teknologiaa kohtaan. Vanhemmilla koehenkilöillä heidän asenteensa lisäksi heidän kokemansa hyödyllisyys määritteli teknologian käyttöaikomustaan. Osa KOVI-hankkeeseen osallistuneista asiakkaista kertoivat haastatteluissa, että he eivät kokee laitteen käyttöä kiinnostavana saati oman hoitonsa kannalta tarpeellisena. He suosivat mieluummin fyysistä kotikäyntiä hoitohenkilökunnalta. Toiset kokivat etähoidon monipuolistavan palveluja ja kokivat soittojen lisäävän yksityisyyttä ja näin heidän omaa päätäntävaltaansa. [30, s. 1381–1388.]

”Minä tykkään siitä [olla yhteydessä kotihoitoon laitteen kautta]. Minä menen nukkumaan niin mukavasti. Ei kukaan tule sisälle ovesta, kun toi [laite] on” [10, s.89].

Yksilön asenteiden vaikuttaessa teknologian hyväksymiseen, on teknologiaosaamisen ja -tietämyksen määrällä vaikutuksensa. Myös KOVI-hankkeessa haastatellut ikäihmiset itse toivat esille pohdintansa siitä, että etenkin iäkkäimmät kotihoidon asiakkaat

saattavat vierastaa uutta teknologiaa heikon teknologisen osaamisen takia. Sama vähäinen osaaminen voi vaikuttaa myös ikäihmisen omaisten asenteisiin. Eräs haastatelluista kertoi lähipiirinsä olleen hiukan kateellinen haastateltavan osallistumisesta kokeiluun. Toinen haastateltava kertoi oman tyttärensä motivoinnin olleen suurin syy etähoito-projektiin mukaan lähdölle. [10, s. 86–87.]

Etähoidossa käytettävät laitteet tulisi kyetä valitsemaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hyvä ohjeistus ja helppo käyttöliittymä eivät riitä silloin, kun esimerkiksi käyttäjän liikuntarajoitteisuus vaikeuttaa tai estää komentojen antamisen etähoitolaitteille. Myös asuntojen yksilöllisyys tulee ottaa huomioon laitteiden asennuksessa ja sijoittamisessa. Moni haastateltu otti esille laitteiden jatkuvan päällä olon tai kameroiden sijainnin häiritsevän heitä. [10, s. 94.]

Pietikäisen tutkielmassa osa haastateltavista oli valmiita maksamaan palvelusta. Osa taas ilmoitti lopettavansa käytön heti, kun se muuttuisi maksulliseksi. Myös Steelen ja muiden [31, s. 788–801] teknologian hyväksymiseen liittyvässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kotona asuvat ikäihmiset halusivat kustannustietoja laajemman käytön tueksi; mihin teknologian käytöstä saatavat säästöt käytetään ja miten käytön hinta perustellaan?

4 Tutkimusmenetelmä

4.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Opinnäytetyössä käytettiin laadullisen tutkimuksen tekotapaa. Alun perin tarkoitus oli valita kuusi kaupunkia Suomesta ja muualta Euroopasta, jotka olisivat asukasmäärältään lähellä Vantaan asukasmäärää noin 200 000 asukasta ja joilla on kokemusta etähoitohankkeista tai -palveluista. Lopulliseksi määräksi tuli neljä kaupunkia; Odense, Stockport, Tampere ja Västerås. Lisäksi työn alussa haastateltiin Vantaan kaupungin kotihoidon päällikköä kaupungin kotihoidon toimintaympäristöön tutustumiseksi.

Tavoite oli tutkia hankkeita, joissa etähoitoa on käytetty asiakaskäyntien korvaamiseen ja lisäämään kotihoidon tuottavuutta. Pelkkä viriketoiminta tai muu videoyhteydellä toteutetut ohjelmalähettykset eivät olleet työhön soveltuvia kohteita.

Tutkimustyyliksi valittiin laadullinen tutkimus soveltuvien tutkimuskohteiden määrän vähäisyyden vuoksi ja siksi, että julkisen hallinnon hankkeista on hyvin vaikea löytää tietoa ja julkistenkin raporttien kohdalla tieto voi olla hyvin vajavaista sen osalta, miten asiat käytännössä toteutettiin ja millaisia haasteita hankkeissa koettiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin on mahdollista avata syvemmin kohtia, jotka etähoitohankkeissa eroavat toisistaan ja tutkia kunkin ratkaisun toimivuuden perustaa. Laadullisen tutkimuksen metodeilla saatiin tietoa myös haastateltujen omista kokemuksista hankkeen aikana ja heidän ideoitaan siitä, mitkä asiat ovat avaimia onnistumiseen ja mitkä isoja riskejä.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa kerättiin tietoa erilaisista etähoitohankkeista Suomessa ja julkisten hyvinvointipalveluhankkeiden projektikäytännöistä ja projektityön haasteista. Kerätystä materiaalista etsittiin yhtymäkohtia haastatteluissa esiin nousseisiin kohtiin ja myös niistä eriäviä kokemuksia. Lisäksi teoriaosuudessa kerättiin hoitohenkilökunnan ja kotihoidon asiakkaiden kokemuksia etähoidosta ja tietoa teknologiahyväksymisen periaatteista.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina haastatteluina. Kotihoidon toimintaympäristön haastattelu [liite 3] jaettiin osuuksiin kotihoidon nykytilanne, kotihoidon tulevaisuus ja teknologian käyttöönotto. Projektityöntekijöiden haastattelukysymykset jaoteltiin eri teemojen alle edeten hankkeen aloituksesta käyttöönottoon, hankkeen lopetukseen ja kaupungin tulevaisuuden suunnitelmiin [liite 4]. Haastatteluteemat on lueteltuna ja avattuina seuraavissa kappaleissa.

4.1.1 Kotihoidon toimintaympäristöön liittyvät kysymykset

Opinnäytetyön kannalta oli tärkeää tutustua toimintaympäristöön, jonne etähoitopalvelu halutaan tuoda. Näin tiedetään, mistä lähtökohdista lähdetään ja millaisia muutoksia etähoitopalvelu kenties tulee vaatimaan. Lisäksi oli hyvä tutustua kotihoidossa tehtävien projektien hallintaan ja toteutukseen. Miten aiemmin on hankkeissa toimittu ja mihin kannattaa panostaa?

Keräämällä perustiedot Vantaan kaupungin kotihoidosta, kuten asiakas- ja henkilöstömäärä, työnkierto ja töissä käytettävät sähköiset järjestelmät, saatiin tietoa, jota voidaan verrata muihin kaupunkeihin ja heijastella muiden kaupunkien etähoidon toteu-

tusmuodon soveltuvuutta Vantaalle. Kotihoidon toimintaympäristön haastattelukysymykset löytyvät liitteestä 3.

4.1.2 Projektityöntekijöiden haastattelujen teemat

Kuudelle kaupungille suunnattu haastattelu on purettu osiin hankkeen etenemisen mukaan alusta loppuun. Näin haastatteluun luodaan aikajanallinen pohja, jossa edetään hankkeen valmisteluista ja käynnistämisestä hankkeen päättymiseen ja tulevaisuuden suunnitelmiin etähoidon tiimoilta. Tämä auttaa haastateltavaa palauttamaan mieleen, miten kaikki tapahtui ja herättää pohtimaan, mitkä asiat olivat hankkeen onnistumisen kannalta tärkeitä ja mitä olisi voinut tehdä toisin. Opinnäytetyön tekijälle tämä antaa helpon tavan edetä haastattelussa ja haastatteluiden tulokset on helppo myöhemmin purkaa ja jaotella aihealueittain.

Haastattelua varten on kerätty kysymyksiä, jotka opinnäytetyön tekijä on katsonut olleen oleellisia asioita Vantaan kaupungin oman etähoitojärjestelmä-kokeilun kanssa. Haastattelun puolistrukturoitu muoto antaa tilaa myös vapaalle keskustelulle ja pohdinoille.

Projektin aloitus

Projektin aloituksesta on tärkeää selvittää perusasioita, kuten millainen teknologiratkaisu valittiin. Sillä kenen laitteistoja käytettiin tai minkälainen teknologia laitteiden sisällä oli, ei tässä tutkimuksessa ole oleellinen asia, vaan oleellista on tietää, olivatko laitteet kiinteitä päätteitä vai liikuteltavia ratkaisuja? Tämä seikka vaikuttaa vahvasti siihen, millainen toimintaprosessi laitteiden ympärille on voitu rakentaa, ja siihen, miten henkilökunta ja asiakkaat ovat ottaneet laitteet vastaan.

Projektin aloitukseen liittyy myös se, minkälainen toimintaprosessi etähoitoon valittiin. Toteutusvaihtoehtoja on useita. Esimerkiksi etähoitoa voidaan suorittaa muun työn ohessa, kun henkilökunta on toimistossa paikalla. Etähoito voidaan keskittää niin, että etähoitoon on varattuna muutama hoitaja, jotka suorittavat sovitut asiakaskäynnit etähoitojärjestelmän kautta. Etähoitoa voidaan toteuttaa myös mobiililaitteilla asiakaskäyntien välissä, jolloin mahdollisuus omaan hoitajaan kasvaa, asiakkaan voidessa soittaa aina tietyille työntekijälle. Myös muita toteutusmuotoja voi nousta haastatteluissa esille.

Etähoidon toimintaprosessiin liittyen on tärkeää tietää, sidottiinko soitot asiakkaan palvelusuunnitelmaan vai kokeiltiinko soittoja vain lisävaihtoehtona muulle palvelulle.

On hyvä myös käydä läpi lähtötilanne asiakkaiden suhteen. Montako asiakasta oli mukana aluksi ja millainen kasvutavoite projektissa oli? Olivatko asiakkaat vain yhdestä kotihoidon yksiköstä vai koskiko kokeilu useampaa aluetta kotihoidossa? Miten nämä asiakkaat valittiin ja mikä oli heidän toimintakykynsä? Etähoitoon soveltuvan kohde-ryhmän tunnistaminen voi olla hyvin vaikeaa asiakkaiden yksilöllisen toimintakyvyn vuoksi.

Projektiorganisaatio

Projektiorganisaation kohdalta on hyvä avata sitä, keistä projektin avainhenkilöt koostuivat. Mitkä olivat kunkin projektiin osallistuneen henkilön vastuualueet ja kuinka kaukana projektipäällikkö oli itse etähoitoa toteuttavista henkilöistä? On mielenkiintoista tietää, kenen vastuulle etähoitolaitteiden vieminen asiakkaille kuului ja kuka perehdytti henkilökunnan.

Miten yhteydenpito palveluntarjoajaan pidettiin ja oliko projektissa mukana muita yhteistyökumppaneita kuten oppilaitoksia ja mikä oli heidän panoksensa projektissa? Hyvinvointipalvelujen hankkeissa on haasteina resurssien riittävyys ja järkevä vastuiden organisointi voi olla ratkaisevana tekijänä hankkeen onnistumiselle.

Käyttöönotto

Käyttöönotto on hyvin tärkeä vaihe teknologiahankkeita ja siihen kannattaa panostaa heti alusta lähtien. Käyttäjää ei saa yliarvioida, vaan laitteiden käytönopetteluun on hyvä varata tarpeeksi aikaa ja tukea ongelmatilanteissa. Koska etähoidossa teknologian käyttäjäryhmiä on kaksi toimintakyvyltään hyvin erilaisista ryhmää, hoitohenkilökunta ja kotihoidon asiakkaat, tulee käyttöönotto olla suunniteltuna huolellisesti.

Hankkeesta palveluksi

Kun projekti lähestyy päättymistään, tehdään päätökset siitä, jääkö projekti vain kokeiluksi vai onko sillä mahdollisuuksia palveluna kotihoidossa. Mitkä ovat ratkaisevia asioita, jotka vaikuttivat tähän päätökseen etähoitoprojekteissa? On hyvä avata projektityöntekijän kokemuksia ja ajatuksia siitä, mitkä vaikuttivat projektin onnistumiseen tai epäonnistumiseen.

4.2 Aineiston hankinta

4.2.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmään kuului Vantaan kaupungin kotihoidon päällikkö, jolla on laaja tietotaito kotihoidon toimintaympäristöstä, sen nykytilasta ja tulevaisuuden suunnitelmista. Hän osaa kertoa organisaation rakenteesta ja päätöksenteon prosessista sekä projektinhallinnasta yleisesti hänen toimialueellaan.

Toisena kohderyhmänä toimivat sosiaali- ja terveystieteiden projektityöntekijät, jotka ovat osallistuneet kotihoidon etähoitohankkeiden käynnistämiseen ja läpiviemiseen. Heillä on kokemusta projektin käynnistämisestä ja käyttöönoton toteutuksesta. Heillä on vahva näkemys siitä, miten henkilökunta ja asiakkaat kannattaa opastaa laitteiden käyttöön ja he näkevät etähoidon mahdollisuudet ja haasteet sen viemisessä palveluksi.

4.2.2 Aineiston hankinta ja analysointi

Jokaisen haastateltavan kanssa järjestettiin noin tunnin mittaiset haastattelut. Haastateltaville oli lähetetty haastattelukysymykset tutustuttavaksi noin seitsemän päivää ennen haastattelua. Haastattelukysymykset aiheuttivat yllättävän paljon työtä, sillä jokaiselle kaupungille jouduttiin laatimaan omat kysymykset [liite 4]. Tämä johtui siitä, että kaupungeista oli saatavilla hyvin eriävästi tietoa ennakkoon, eikä kaikista hankkeista ollut materiaalia, johon perehtyä ennen haastattelua. Lisäksi maiden toimintakulttuurit aiheuttivat pohdintaa kysymyksiä valmistellessa.

Vantaan kaupungin haastattelu oli mahdollista toteuttaa haastateltavan kanssa kasvotusten. Muut haastattelut toteutettiin Skypen tai puhelimen välityksellä. Jokainen haastattelu äänitettiin opinnäytetyön tekijän puhelimesta löytyvällä äänitys-sovelluksella ja

jälkeenpäin litteroitiin. Haasteita haastatteluiden toteutuksessa aiheutti juuri videoyhteyden kautta tehdyt haastattelut. Yhteyden laatu Skypessä ei ollut tasaista ja moni lause tallentui epäselväksi äänitykseen. Tämä vaikeutti litterointia etenkin, koska kyseessä oli englannin kielellä toteutetut haastattelut ja puheesta oli vaikea saada sanatarkasti selvää, vaikka lauseen sisällön pystyikin ymmärtämään.

Vastauksia pohdittiin ja avattiin jokaisen aihealueen alle ja etsittiin hyviä käytäntöjä ja riskejä, joita tulee hanketta toteutettaessa varoa. Haastatteluista esiin nousseet ratkaisevat tekijät etähoidon implementoinnissa saatiin näin esiin ja niitä verrattiin Vantaan kotihoidon toimintaympäristön potentiaaliin toteuttaa samanlainen prosessi omissa toiminnoissaan.

4.3 Haastateltavien valinta

Vantaan kaupungin toiveesta haastateltaviksi kaupungeiksi etsittiin asukasmäärältään Vantaata vastaavia kaupunkeja. Kaupungin koolla nähtiin olevan vaikutuksia hankkeiden ja palveluiden kehittämisessä. Esimerkiksi potentiaalisten etähoidon asiakkaiden määrä, kaupungin hallinnon koko ja kotihoidon yksiköiden koko ja määrä voivat vaikuttaa ratkaisevasti hankkeen läpiviemisessä. Kaupungin koon rajauksen ajateltiin myös helpottavan haastattelukohteiden valintaa. Tehtäessä sähköpostitse kyselyä Suomen suurimpiin kaupunkeihin [Helsinki, Espoo, Tampere, Oulu, Kuopio, Lahti, Kouvola] selvisi, ettei etähoitoa ole pilotoitu kovin monessa kaupungissa. Siksi haastattelukohteen rajausta kaupungin koon mukaan löysennettiin. Haastateltujen kaupunkien asukasmäärä vaihtelee välillä 130 000 ja 280 000.

Suomen kaupungeista opinnäytetyöhön soveltuviksi löytyi Tampere ja Oulu. Tampereella on tutkittu pienimuotoisina pilotteina etähoidon mahdollisuuksia eri palveluissa ja Oulussa on kokemusta vuoden 2006 aikaisesta hankkeesta, jossa kokeiltiin etähoitoa kotihoidon palveluiden tukena. Helsingin etähoitopalvelun katsottiin olevan soveltumaton kaupungin koon takia ja lisäksi palvelun toteutuksesta vastasi kaupungin oma liikelaitos, jollaiseen Vantaan kaupungilla ei ole mahdollisuutta.

Tämän lisäksi haastateltaviksi löytyi kaupunkeja Euroopasta: Stockport Englannista, Västerås Ruotsista, Odense Tanskasta ja Eindhoven Hollannista. Nämä neljä kaupunkia löytyivät opinnäytetyön tekijän osallistuessa Vantaan kaupungin projektityöntekijänä

EU-rahoitteiseen SILVER-hankkeeseen, jossa kehitetään esikaupallisen hankinnan prosessia ja robotiikkaa kotihoitoon. Jokaisella näistä neljästä kaupungista on kokemusta etähoitohankkeesta, tai etähoito on jo otettu osaksi palveluita. Ulkomaalaisten kaupunkien kotihoidon toimintaympäristö voi poiketa paljonkin Vantaan ja yleisesti Suomen toimintatavoista ja hallinto voi olla organisoitu hyvin eri tavalla. Tämä antaa mielenkiintoisen mahdollisuuden tutkia myös kotihoidon organisaation järjestämistä eri Euroopan maissa.

Opinnäytetyön tasapainon kannalta tekijä päätyi lopulta valitsemaan Suomesta vain yhden kaupungin, Tampereen, ja ulkomaalaisista kaupungeista haastateltavaksi tulivat Odense, Stockport ja Västerås.

4.4 Luotettavuus kvalitatiivisessa tutkimuksessa

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Se, miten tutkija tavoittaa tutkimuksessaan tutkittavan ilmiön, vaikuttaa siihen, minkälaista tietoa aineiston keruusta saadaan. Aineiston analyysissä haasteellista on, miten tutkija pelkistää kerätyn materiaalin niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja miten tutkija osoittaa luotettavasti yhteyden aineiston ja tulosten välillä. [40, s. 36.]

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä tämän osoittamista tutkimuksessa. Tutkijan rooli keskustelun vetäjänä on tärkeä. Tämä lisää aineistonkeruun luotettavuutta ja mahdollistaa myös vetäytyvämpien haastateltavien kuulluksi tulemisen. [41, s. 35.]

Luotettavuuden arvioiminen laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa kerättyjen aineistojen ja niistä tehtävien tulkintojen käyppyyden arviointia. Luotettavuutta lisää tulkintojen perustana olevien analyttisten kriteereiden avaaminen, analyysiohjelmien käyttäminen, koosteiden tekeminen aineistosta ja visualisointi. [42, s. 27.]

Luotettavuutta tässä opinnäytetyössä tuo tekijän kotihoidon kentän tunteminen sekä tätä tukeva kotihoidon päällikön haastattelu kotihoidon toimintaympäristön nykytilasta ja tulevaisuudesta. Lisäksi haastateltavien valinta tukee työn luotettavuutta. Haastateltaviksi valikoituneet ovat olleet etähoitohankkeissa mukana alusta lähtien ja heillä on konkreettisia kokemuksia hankkeiden haasteista.

Haastattelukysymykset esitettiin Vantaan kaupungin opinnäytetyöohjaajalla. Lisäksi haastattelukysymykset lähetettiin noin viikko ennen varsinaista haastattelupäivää haastateltaville niin, että heillä oli halutessaan mahdollisuus tutustua kysymyksiin ja valmistautua haastatteluun. Kasvotusten toteutettu haastattelu mahdollisti sen varmistamisen, että haastateltava on ymmärtänyt kysymykset oikein.

Haastattelutuloksia tulkittaessa tekijän on tiedostettava omat ennakkoluulonsa. Sekä etuna että myös haittana opinnäytetyössä toimii tekijän omakohtainen kokemus etähoitohankkeen vetämisestä. Tutkittavaan ilmiöön perehtyneisyys auttaa tekijää pääsemään haastatteluissa pintaa syvemmälle mutta analysointi vaiheessa omat kokemukset voivat johtaa kerätyn tiedon käsittelyssä sen ohjaamista tietynlaiseksi. Työn luotettavuuden takaamiseksi opinnäytetyössä ei ole otettu huomioon tekijän kokemuksia Vantaan etähoitohankkeesta eikä kyseistä hanketta käsitellä tässä työssä mitenkään. Toteuttaessaan haastatteluja tekijä on saattanut viitata kyseiseen hankkeeseen ohjataksaan haastateltavaa tiettyä, haluttua teemaa kohti. Lisäksi luotettavuuden lisäämiseksi jokainen haastattelu äänitettiin ja litteroitiin, jotta niiden analysointiin voidaan palata aina tarvittaessa uudelleen.

Teoriaosuudessa kerätty materiaali muista olemassa olevista etähoitohankkeista ja käyttäjäryhmien käyttökokemuksista kerättiin lisäämään haastatteluissa kerättyjen materiaalien luotettavuutta ja kasvattamaan tekijän ymmärrystä käyttäjäryhmien asenteesta etähoitopalvelua kohtaan ja sitä, miten nämä asenteet vaikuttavat palvelun käyttöönottoon.

4.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Eettisyydellä tutkimuksessa tarkoitetaan pohdintaa siitä, mikä on hyvää ja mikä on huonoa. Miten tekemämme ratkaisut vaikuttavat yksilöihin ja muuhun ympäristöön? Eettisyys on sidoksissa sääntöihin siitä, mikä on oikein ja mikä väärin. Eettisyyttä pohdittaessa tutkittavan on mietittävä moraalialia ja omaa käsitystään väärästä, oikeasta, hyvästä ja huonosta. [43, s. 1–14.]

Tutkimusetiikassa arvioidaan mahdollisia hyötyjä ja haittoja, joita tutkimuksesta seuraa tutkimushankkeen valintaan, tutkimuksen toteuttamiseen, tutkimustulosten julkaisemiseen sekä tiedon soveltamiseen liittyvälle yhteiskunnalle ja ulkopuolisille henkilöille.

Eettisiksi ongelma-alueiksi katsotaan kuuluvan tutkimuskohteen valinta, aineiston kerääminen, tutkimusväittämien oikeellisuus, tutkimustulosten julkaiseminen ja tutkimustulosten soveltaminen. [44, s. 75–76.]

Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus anonymiteettiin, luottamuksellisuuteen ja siihen, ettei osallistumisesta koidu tutkittavalle mitään haittaa. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja siitä tulee olla lupa perääntyä milloin vain. Lisäksi tiedonantajilla on oikeus pyytää nähtäväksi tutkimusta koskeva tutkimussuunnitelma ennen osallistumista ja saada tuloksista yhteenveto tutkimuksen päätyttyä. [45, s. 29–31.]

Haastateltaviin otettiin yhteyttä aluksi sähköpostitse ja selvitettiin kiinnostus haastatteluun ja sovittiin haastattelu-aika ja -tapa. Haastateltaville lähetettiin noin seitsemän päivää ennen sovittua haastattelupäivää sähköpostitse virallinen yhteydenottokirje [liite 1] ja tutkimussuostumus, joka heidän pyydettiin allekirjoittamaan ja lähettämään sähköpostitse takaisin [liite 2]. Haastattelukysymykset lähetettiin heille samanaikaisesti muiden liitteiden mukana. Haastateltavilla oli mahdollisuus halutessaan perua osallistumisensa.

Haastateltavien henkilöiden anonyminä pysyminen varmistettiin käsittelemällä kerätty aineistoa luottamuksellisesti koko tutkimuksen teon ja aineiston purkamisen ajan ja sitä hyödynnettiin vain tässä työssä. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kerätty aineisto hävitettiin. Aineistoa kerätessä ei käytetty henkilöiden tunnistetietoja ja haastattelujen vastaukset käsiteltiin niin, ettei yksittäisiä haastatteluja voida tunnistaa.

5 Haastattelumateriaalin analyysi

Seuraavissa kappaleissa on esiteltynä haastattelukohteiksi valikoituneet kaupungit sekä Vantaan kotihoidon päällikön ja projektityöntekijöiden haastatteluista kerätty materiaali purettuna ja analysoituna. Vantaan kaupungin kotihoidon päällikön haastattelussa tavoitteena oli saada kuvaus tämän hetken tilanteesta ja tulevaisuuden näkymistä kotihoidossa. Haastattelu avaa kotihoidon toimintatapoja, resursseja ja haastateltavan näkemyksiä teknologian potentiaalista kotihoidon työntekijöiden tukena. Kaupunkien osalta oli hyvä tutustua niiden toimintakulttuureihin ja kerätä projektityöntekijöiden kokemusten lisäksi myös taustatietoja kaupunkien etähoitohankkeista. Kohdekaupunkien projektityöntekijöiden haastatteluista haettiin hyväksi havaittuja käytäntöjä etähoi-

toprojekteissa ja kompastuskiviä, joiden toteutuminen ovat riskejä hankkeen onnistumiselle.

5.1 Haastattelukohteiden esittely

5.1.1 Odense

Vuonna 2007 Tanskassa käydyn kuntamuutoksen jälkeen useat kunnat yhdistyivät ja maahan muodostui viisi isoa kunta-aluetta. Odense kuuluu Etelä-Tanskan alueeseen ja toimii keskustaajamana samannimisessä kunnassa. Kaupungin asukasluku vuonna 2014 oli noin 170 000 ja koko kunnan noin 200 000. [36.]

Etelä-Tanskan alueella (Region Syddanmark) on pyrkimys kehittää hyvinvointiteknologian ratkaisuja yhteistyössä yritysten, korkeakoulujen ja eri organisaatioiden kanssa. Odensessa toimii muun muassa rakenteilla olevan sairaala-alueen viereen perustettu Health Innovation Center of Southern Denmark (HICSD), joka on perustettu varta vasten testaamaan ja kehittämään Odensen kaupungin ja sairaalaan tarpeisiin sopivia teknologisia ratkaisuja.

Tanskassa on reilu kahdenkymmenen vuoden ajan toiminut MedCom Oy, kuntien ja sairaalajohdon omistama yritys, joka tarjoaa terveydenhoidon palveluihin verkkoyhteyden. Verkkoyhteyttä käytetään vain terveydenhuollon sektorin palveluihin tarkoitetuissa laitteissa. Näin on pyritty lisäämään verkon tietoturvaa ja luotettavuutta. [37, s. 2.]

Odensen kaupunki käynnisti omat kokeilunsa etähoidon kanssa vanhus- ja vammaispalveluissa kilpailutuksen jälkeen testaamalla valittua teknologiaa muutaman asiakkaan kanssa ja sen jälkeen käynnistämällä Omsorgtelefon-pilotin 35 käyttäjän kanssa vuonna 2012. Nyt käyttäjiä on noin 70 ja kaksi täysipäiväisesti työllistettyä työntekijää, sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja soittavat 60–80 soittoa päivässä. Soitot ovat muistutussoittoja ja voinninseurantaa, ja ne tehdään arkisin päivävuorossa. Etähoidon laiteratkaisuna toimii kiinteä kosketusnäytöllinen tietokone. Käyttöliittymä on valittavissa asiakkaan toiveen mukaan niin, että asiakkaan ei tarvitse koskea näyttöön kuin kieltäytyessään saapuvasta puhelusta tai niin, että asiakas voi myös itse soittaa kotihoitoon. Ainoa teknologioiden kanssa huomattu ongelma on, että asiakkaat laittavat laitteet joskus pois päältä.

Vuonna 2015 palvelun kehittäjien on tarkoitus kokoontua yhteen päivittämään tilanne ja laatimaan uudet kehittämissuunnat. Palvelun koetaan olevan hyödyllinen ja sen kehittämistä halutaan jatkaa. Tavoite on tehdä toiminnasta keskitetympää, kasvattaa asiakasmäärä sataan ja mahdollistaa soitot myös ilta-aikaan ja viikonloppuisin. Lisäksi on tarve löytää halvempi ja joustavampi teknologia. Tämän hetkinen teknologia on luotettavaa mutta kallista. Kustannukset teknologian ja fyysisten kotikäyntien välillä menevät vielä tasan. Tavoitteena on, että jokainen hoitaja kykenisi käyttämään mobiililaitteita ja voisi suorittaa soittoja kotikäyntien välissä. Kuitenkin mobiiliverkkoyhteys on vielä turhan epäluotettava.

5.1.2 Stockport

Stockportin kaupunki kuuluu osaksi metropolikaupunginosaa, joka on osa Suur-Manchesterin metropolikreivikuntaa Luoteis-Englannissa. Metropolikreivikunnan alueen väkiluku on noin 2,5 miljoonaa, Stockportin metropolikaupunginosan väkiluku noin 280 000 asukasta ja Stockportin kaupungin asukasluku noin 140 000. [35.]

Stockportin kaupunginvaltuusto tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja tekee yhteistyötä ministeriöiden ja eri organisaatioiden kanssa ja ohjaa asukkaitaan löytämään heille sopivimmat palvelut. Tällaisia yhteistyökumppaneita ovat muun muassa:

- Adult Social Care
- NHS Stockport
- Stockport Homes Carecall
- Age UK Stockport.

Näiden virastojen virkamiehistä muodostuu myös Stockportin valtuuston Telehealthcare-hallitus, joka valvoo tämän yksikön strategian kehitystä ja toteutumista. Strategia on laadittu vuosille 2010–2015 telelääketieteen ja teknologisten ratkaisujen lisäämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Telehealthcare sisältää teknologisia ratkaisuja sekä käyttäjän terveydentilan etämonitorointiin että käyttäjän turvallisuutta lisääviä hälytysjärjestelmiä. Näillä pyritään lisäämään asukkaiden itsenäisyyttä, valinnanvapautta sekä mahdollisuutta elää kauemmin itsenäisesti omassa kodissa. [47.]

Stockportin kaupungin toiminta on painottunut palveluneuvontaan ja -ohjaukseen, ja se tuottaa hyvin vähän sosiaali- ja terveydenalan palveluista itse. Asukkailla on vuosibudjetti, jonka he voivat käyttää heille ehdotettuihin palveluihin ja he voivat valita palveluntarjoajan kaupungin ehdottamista tarjoajista tai valita toisen palveluntarjoajan, jonka palvelumaksujen erotuksen he kustantavat itse. Palveluntarjoajina toimii yleensä jokin yllämainituista organisaatioista. Palvelutarjonnan esittelyyn ja neuvontaan kaupunki on luonut niin kutsutun palvelutori-verkkosivuston My Care, My Choice [48].

Palveluiden kehittäminen tehdään yhteistyössä yksityisten palveluntarjoajien kanssa. Kehittämiseen osallistuvan yrityksen kanssa tehdään sopimus tietystä summasta, jonka kaupunki yritykselle maksaa korvauksia hankekuluista. Yrityksellä itsellään on suurin vetovastuu hankkeesta. Kaupunki tarjoaa kehittämisen tueksi asiantuntijuuttaan ja laajan joukon vapaaehtoisia testikäyttäjiä, jotka löytyvät eri yllä mainittujen virastojen kautta.

Stockportissa on kokemusta etähoidon kokeilusta vuosilta 2009 ja 2010. iQare-projektissa pilotoitiin helppokäyttöistä, kosketusnäytöllistä tietokonetta, jolla käyttäjän oli mahdollista selata Internetiä, pelata helppokäyttöisiä pelejä ja olla videokuvayhteydessä läheisiinsä ja muihin pilottiin osallistuviin henkilöihin. Pilottiin osallistuneet testikäyttäjät olivat Age Concern Stockport -organisaation kautta löytyneitä vapaaehtoisia ikäihmisiä. Käytetyissä laitteissa oli teknisiä ongelmia läpi koko pilotin. Ongelmia oli verkkoyhteyksissä ja käyttöliitymän ja laitteen käytön haasteellisuudessa. [49; 50.]

5.1.3 Tampere

Tampereen kaupungin väkiluku on 220 000 asukasta, eli se on Suomen kolmanneksi suurin kaupunki [32]. Noin 17,3 % kaupungin asukkaista on yli 64-vuotiaita. Kaupunki haluaa tukea ikäihmistensä hyvinvointia kehittämällä palvelurakenteita entistä asiakaslähtöisemmiksi ja kotona asumista tukeviksi. Tätä varten kaupunki käynnisti vuonna 2012 TampereSenior - Ikääntyvä yhteiskunta mahdollisuutena -hankkeen, jossa etsitään uusia toimintatapoja ikäihmisten palvelujärjestelmän toteuttamiseen [33].

Vuosien 2010 ja 2011 vaihteessa hyvinvointiteknologian työryhmä loi Tampereen kaupungille tulevaisuuden vision hyvinvointiteknologian käytöstä kaupungin palveluissa. Silloisen vision mukaisesti vuoden 2014 syntyi hyvinvointiteknologian verkosto, jonka tarkoitus on koordinoita kaupungin teknologian käyttöä ja käyttöönottoa kaupungilla.

Tampereen etähoitopalveluiden kehittäminen ikäihmisille lähti käyntiin jo vuosina 2008–2010, kun kaupunki osallistui kansainväliseen T-Seniorit (T-Seniority, Expanding the benefits of Information Society to Older People through digital TV channels) -projektiin. Projektissa tavoitteena oli parantaa ikääntyvän väestön elämänlaatua ja tukea kotona asumista ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Tampereen tavoite hankkeessa oli lisäksi kehittää videoneuvottelutekniikkaa hyödyntävä palvelumalli yhteistyössä yksityisen terveydenhuollon yrityksen MediNeuvo Oy:n kanssa. Käyttäjinä hankkeessa oli 40 kotona asuvaa ikäihmistä ja muutama päivä- ja palvelukeskus. [34.]

Projektin lopputuloksena luotiin IkäLinja-käyttöliittymä ja -palvelumalli. IkäLinja sisälsi erilaisia palveluja, jotka oli mahdollista räätälöidä aina käyttäjän mukaan. Tarjolla oli muun muassa MediNeuvo Oy:n toteuttamana 24/7 hoitajan päivystystä ja Tunti terveydeksi -ohjelma kolmesti viikossa sekä kaupungin tarjoamana fysioterapeutin järjestämät jumpat ja senioreiden neuvontapisteen Ikäpisteen tiedotustilaisuudet. MediNeuvo Oy hakeutui konkurssiin hankkeen lähestyessä loppuaan. Ilman konkurssiin hakeutumistakaan Tampereen kaupunki ei olisi hyvin todennäköisesti ostanut palveluita MediNeuvolta, vaan sen tavoite oli lähteä kehittämään etähoitoa kaupungin sisällä.

Ikälinja-palvelumalli vietiin geriatrian poliklinikan toimintoihin hankkeen päätyttyä. Tällöin palveluihin tuli mukaan enemmän lääkäri- ja asiantuntijakonsultaatioita. Nähtiin, että osa lääkärien kotikäynneistä voitiin toteuttaa videoyhteyden avulla. Lisäksi työntekijöiden yhteinen kommunikointi videoyhteydellä lisääntyi. Poliklinikan lääkärit saattoivat järjestää viikkokokoukset etäyhteydellä ja työntekijöille oli tarjolla asiantuntijaluentoja. T-Seniorit-hankkeessa käytetystä teknologiasta on tehty palveluntarjoajan kanssa sopimus ja kaikilla Tampereen yksiköillä on mahdollisuus ottaa palvelu käyttöön ja kehittää toimintaa.

Vuonna 2014 videoyhteyttä on pilotoitu kotikuntoutuksessa mobiili teknologiaan perustuvalla laitteella. Pilotissa on panostettu kulttuuriin, vapaa-aikaan ja harrastustoimintaan liittyvän sisällön tuottoon. Haasteena tässä on ollut teknologian toimimattomuus, ja pilottiin nimetyt kaksi työntekijää ovat joutuneet käyttämään paljon aikaa teknisenä tukena olemiseen.

Seuraavaksi toiveissa olisi järjestää pilotointia usealla eri palveluntarjoajan tuotteella samanaikaisesti. Lisäksi Tampereella mietitään, millainen prosessimuoto palvelulle tulisi tehdä. Kenellä on oikeus saada etähoitopalvelua ja kuka myöntää oikeudet sii-

hen? Miten palveluun voidaan tunnistautua, kun asiakasmäärä on suurempi? Millaiset kustannukset palvelusta tulisi periä asiakkailta? Minkä yksikön harteille toiminnan kehittäminen tulee lopullisesti jäämään?

5.1.4 Västerås

Västerås sijaitsee Keski-Ruotsissa, noin sata kilometriä Tukholmasta länteen. Se on yksi Ruotsin 290 kunnasta ja siellä asuu noin 110 000 asukasta. Västeråsissa on käynnissä VIKTIG-projekti, jossa kaupunki sai Göteborgin ja Norrköpingin kaupunkien kanssa jokainen viisi miljoonaa kruunua rahoitusta valtion Apuvälineinstituutilta (Hjälpmedelinstitut) teknologian käyttämiseen ja testaamiseen 80-vuotiaiden asukkaiden elämisen tukemisessa. Västerås on muun muassa rakentanut yhdessä Ruotsin valtiollisen innovaatiotyötä tukevan organisaation Vinnovan kanssa MISTEL-testausympäristön, jossa tuotteita voidaan testata oikeilla käyttäjillä kodinomaisessa ympäristössä. [38; 39.]

Myös Västeråsissa on herätty siihen, kuinka tärkeä osa toimivalla verkkoyhteydellä on nykyajan yhteiskunnassa. Kyse ei ole enää pelkästään television tai tietokoneen käytöstä. Nykyään monia palveluita tarjotaan sähköisesti ja moni ikäihmisten turvateknologioista nojaa toimintansa Internet-yhteyteen. Useimmiten tällä väestöryhmällä verkkoyhteyttä ei syystä tai toisesta ole itse hankittuna. Kaupungilla on jo kymmenen vuoden ajan ollut tarjolla kaupunkiverkko, joka on muita palveluntarjoajia halvempi ja koko kaupungin kattava. Tämän kylkeen kaupunki lähti kehittämään hyvinvointilaaajakaistaa, jota he voisivat tarjota sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailleen palveluiden toteuttamiseksi.

Etähoitopalveluiden kehittäminen lähti käyntiin Västeråsissa Aktion-projektin kautta, jossa omaishoitajille tarjottiin mahdollisuutta opetella tietokoneen käyttöä ja heille rakennettiin tietokanta, joka tarjosi tietoa heidän tarpeisiinsa. Samalla omaishoitajilla oli mahdollisuus verkostoitua toisiin projektiin osallistuviin omaishoitajiin.

Aktionin jälkeen haluttiin jatkaa sähköisten palveluiden kehittämistä ikäihmisille. Koska koettiin, että käyttäjillä oli teknologisten palveluiden suhteen hyvin erilaiset tarpeet, päätettiin lähteä uuteen kehitysprojektiin neljän eri palveluntarjoajan kanssa:

'Nattfrid' – tarkoitettu asiakkaan voimien seurantaan yöaikana. Yksisuuntainen kameravalvonta, jonka kautta ei ole mahdollista kommunikointiin [kuva 3]. Laitte on tarkoitettu vain asiakkaan toimien seurantaan ja hätätapauksissa avun lähettämiseen paikan päälle. Vaatii verkkoyhteyden.



Kuva 3. Nattfrid-etähoitoratkaisu [53].

'Giraff'-kuvapuhelin, jolla kotihoidon henkilökunta voi suorittaa asiakkaan hoitosuunnitelmaan sovitut hoitosoitot. Giraffia voi käyttää samoihin tarkoituksiin kuin tavallista tietokonetta [kuva 4]. Vaatii verkkoyhteyden.



Kuva 4. Girraf-etähoitoratkaisu [53].

'Arctic Touch' – Helppokäyttöinen kuvaruutu, jolla voidaan toteuttaa kuvapuheluita. Mahdollista olla yhteydessä keneen tahansa, jolla on sama ohjelma asennettuna tietokoneelle ja kamera ja mikrofoni käytössä [kuva 5]. Vaatii verkkoyhteyden.



Kuva 5. Arctic Touch -etähoitoratkaisu [53].

'ippi' – Helppokäyttöinen kaukosäädin, joka on kytkettynä käyttäjän televisioon. Yhdistelmällä mahdollista lähettää teksti-, kuva-, audio- ja videoviestejä sähköpostitse tai tekstiviestin muodossa [kuva 6]. Sisältää myös yksinkertaisia pelejä ja mahdollisuuden katsoa diakuvaesityksiä. Ei vaadi verkkoyhteyttä.



Kuva 6. ippi-etähoitoratkaisu [53].

Näitä laiteratkaisuja ja kotihoidon sähköisiä palveluita lähdettiin pilotoimaan osana VIKTIG-projektia. Alussa projektissa oli 20–25 käyttäjää kolmesta kotihoidon yksiköstä. Nyt käyttäjiä on noin 80–90. Kaiken kaikkiaan 300 käyttäjää on koulutettu laitteiden käyttöön. Hankkeen edetessä sosiaalityö saatiin toimintaan mukaan, ja nykyään päätökset palvelun hankkimisesta tekevät sosiaalityöntekijä ja asiakas itse.

Soittojen toteutus riippuu yksiköstä. Jos yksikössä on toiminnanohjaaja, joka on pääsääntöisesti koko päivän toimistolla, toteuttaa hän soittot. Jos tähän ei ole mahdollisuutta, suorittavat hoitajat soittot sattuessaan toimistolle tai asiakkaan kanssa sovittuina kellonaikoina. Palvelun kehityksestä vastaa pääasiallisesti kaksi työntekijää, jotka kouluttavat ja markkinoivat palvelua henkilökunnalle. Käyttökoulutukset ovat kolmevaiheisia: lisäkoulutusta on aina tarjolla ja jokaisessa yksikössä on niin sanottu superkäyttäjä.

Tulevaisuudessa tavoitteet on tehdä toiminnasta keskitetympää ja saada sosiaalityö vielä vahvemmin mukaan. Haaveena on kehittää kaikille laitteille sopiva, kirjautumisella

tunnistauduttava mobiilialusta niin, että soitot voitaisiin tehdä tien päältä ja laiteriippumattomasti. Vielä mobiiliverkko ei ole tarpeeksi luotettava ja turvallinen, eivätkä laitetoimijat ole yrityksensä pienen koon takia kykeneviä avaamaan omia alustojaan muiden palveluntarjoajien laitteille soveltuviksi.

5.2 Kotihoidon toimintaympäristön kuvaus

5.2.1 Kotihoidon nykytilanne

Kotihoidon toimintaympäristö on haasteellinen kenttä tuoda uusia palveluja ja käytäntöjä. Viikon alussa tehdyt suunnitelmat asiakaskäynneistä tuskin koskaan pysyvät samanlaisina viikon loppuun asti. Asiakkaiden voinnin taso ja hoidollinen tarve vaihtelevat nopeasti ja siten myös heidän palvelusuunnitelmiansa sisältö ja tuntimäärä. Henkilökunnan lomat ja sairauspoissaolot ja jatkuva asiakasmäärän kasvu lisäävät resurssien ja hoidontarpeen kohtaamattomuutta. Koska kotihoidon työ tapahtuu suurimmaksi osaksi kentällä, näkee esimies hyvin harvoin työntekijöitään, ja heidän tukemisensa ja uuden tiedon tuominen voi olla haasteellista.

Kotihoidossa on käytössä useita sähköisiä tietojärjestelmiä, jotka osaltaan avustavat työn teossa mutta samalla vievät aikaa itse hoitotyöltä. Vantaalla on jo useimmissa kotihoidon yksiköissä siirrytty keskitettyyn toiminnanohjaukseen, eli yksi työntekijä jakaa manuaalisesti palvelusuunnitelmista tulevat päivittäiset asiakaskäynnit mahdollisimman tasaisesti vuorossa olevien työntekijöiden kesken. Lähitulevaisuudessa toiminnanohjaajan avuksi on tulossa sähköistetty toiminnanohjausjärjestelmä, joka jakaa asiakaskäynnit vastuu- ja varavastuuhoitajuuden perusteella mahdollisimman pitkälle ja manuaaliseen työnjakamiseen kulunutta aikaa voidaan hyödyntää muualla. Toiminnanohjausjärjestelmällä voidaan ohjata resursseja sinne, missä tarve on suurin ja tehdä kotihoidon työtä näkyväksi.

Kotihoidossa aamut ovat päivän ruuhkaisinta aikaa. Toimintatapana on pitkään ollut se, että yhdellä käynnillä asiakkaalle annetaan kaikki kyseiselle päivälle suunnitellut palvelut. Tämän on uskottu olevan logistisesti järkevintä. Haastateltava mainitsi, että Suomessa tehtyjen työaikamittausten mukaan kuitenkin vain 10–15 prosenttia kotihoidon työajasta menee asiakaskäyntien välisiin matkoihin. Käytäntöä onkin alettu muokkaa niin, että vain aikakriittiset tehtävät, kuten aamulääkkeiden antaminen ja aamu-

toimissa avustaminen, hoidetaan ensin ja tämän jälkeen asiakkaan luo palataan myöhemmin päivällä esimerkiksi avustamaan suihkussa käynnissä. Asenteet ovat kuitenkin juurtuneet syvään, eikä muutos tapahdu nopeasti.

5.2.2 Kotihoidon tulevaisuus

Vantaalla kotihoitoon ei ole tulossa enempää resursseja, mutta 75-vuotiaiden määrä kasvaa vuosittain noin sadalla henkilöllä. Kasvavaan asiakasmäärään on jotenkin pysyttävä vastaamaan. Vaikka toiminnanohjausjärjestelmän uskotaan tuovan helpotuksia kotihoitoon, sen ei uskota olevan koko ratkaisu. Sama koskee muuta teknologiaa. Sen tarkoitus on olla vain tukemassa perinteistä hoitotyötä.

Muistisairaiden määrä lisääntyy jatkuvasti, ja se onkin yksi yleisimmistä syistä, miksi henkilö ei enää pärjää kotonaan. Tehokkaalla valvonta- ja turvateknologialla voidaan tuoda turvaa levottomille ja karkaileville muistisairaille henkilöille. Turvateknologiasta löytyy apua myös turvattomuuden tunteesta kärsiville ikäihmisille. Tuotannollisesti järkevä hälytysten vastaanottaminen ja käsittely vaatii kuitenkin call center -tyylistä keskittymää.

Koska resursseja ei ole tulossa enempää, on yhteistyön sujuttava jouhevasti läpi koko organisaation. Esimerkiksi hoitajan ja lääkärin välisellä videokuvayhteydellä voitaisiin tehdä asiakkaan hoidontarpeen arviointi äkillisissä tilanteissa saman tien asiakkaan kotona. Videoyhteydellä onnistuisivat myös haavahoitopotilaan hoito-ohjeiden päivitys, kun kuvanlaatu videokuvapuhelussa olisi tarpeeksi hyvä.

Vuosien 2010–2015-aikaisen Vantaan ikääntymispoliittisen ohjelman (VIKSU), aikana on kehitetty Ikäpalo-pilotti, jossa palvelutarpeen arviointia on pyritty selkeyttämään ja keskittämään. Toiminnan kehittämällä palvelutarpeen arviointia on voitu yhtenäistää ja palveluiden tarjoaminen on tasa-arvoistunut, ja tarjotut palvelut on saatu paremmin vastaamaan tarpeita. Ikäpalon tyylisellä toiminnalla ja etsivällä työllä voidaan asiakkaat saattaa palveluiden piiriin ajoissa, ja toiminta on ennaltaehkäisevää.

Ennaltaehkäisyssä myös teknologialla uskotaan olevan potentiaalia. Teknologialla voidaan tarjota esimerkiksi sosiaalista kanssakäymistä ja kuntoutusharjoitteita. Laitoshoidon vähentyessä kuntoutusta on tehtävä kotona koko ajan enemmän ja kotikuntoutuksen toimintamuotoja tulisikin kehittää lisää. Teknologian kehittyessä hoidollista vas-

tuuta voidaan siirtää enemmän asiakkaalle itselleen. Terveystilan mittaus ja seuranta etänä tulee lisääntymään. Koska teknologian kehitys on edennyt viime vuosina isoin harppauksin, ei osata sanoa, kuinka nopeasti mikäkin teknologia on kuluttajien käsillä. Älyvaatteet, joissa on suuri potentiaali terveydenhuollossa, ovat nyt vielä hintavia mutta muutaman vuoden päästä saattavat olla jo kuluttajamarkkinoilta ostettavissa.

5.2.3 Teknologian käyttöönotto

Haastattelussa nousi esille useita selkeitä kohtia, jotka asettavat haasteita teknologiahankkeille ja teknologian käyttöönotolle. Yksi syistä ovat kustannukset. Kun kunnissa eletään säästöohjelmien mukaan, on hyvin vaikeaa perustella käyttösuunnitelmiin, miksi määrärahaa tulisi varata johonkin tiettyyn teknologiaan, jossa tulokset ovat nähtävissä vasta pitkässä juoksussa. Muun muassa etähoidosta tehdyt projektit ympäri Suomea ovat olleet kooltaan pieniä ja näistä saatuja tuloksia ei voida suoraan verrata isompiin asiakasmääriin.

”Isoja innovaatioita vaaditaan vielä, että päästään odotettuun.”

On vaikeaa todentaa, että juuri teknologia on lisännyt käyttäjässään hyvinvointia. Pitkäaikaisia tilastoja on myös vaikea kerätä pienestä käyttäjäryhmästä, kun kohderyhmänä ovat ikäihmiset, joiden voinnissa tapahtuu jatkuvasti muutoksia. Teknologian käytön tulosten osoittamiseen ja hyötyjen mittaamiseen tulisi kehittää uskottavat mittarit.

Teknologiahankkeissa kysymykseksi myös jää, kenen vastuulla kustannukset ovat hankkeen muututtua palveluksi. Mikä kuuluu asiakkaan maksettavaksi ja mikä kunnan? Kun on teknologiahankinnasta kyse, kuuluvatko kustannukset vanhus- ja vammaispalveluiden tulosalueelle vai tietohallinnolle vai kenties jollekin muulle?

Julkisen hallinnon järjestelmissä on jäykkyyttä, joka estää nopeat muutokset toiminnassa. Vuosisuunnittelussa suunnitelmat tulee tehdä jo pitkälle. Seuraavan vuoden hankintoja lähdetään suunnittelemaan jo kuluvan vuoden alussa, jotta asiat saataisiin vahvistettua ennen vuoden vaihtumista. Lisäksi on hankintalainsäädännön ja kilpailutusten rajoitukset.

Lisäresursseja on hyvin vaikea saada ja yleensä, kun palkataan projektisuunnittelija, jää sairaanhoitaja jossain yksikössä palkkaamatta. Projektien onnistuneeseen läpiviemiseen tarvittaisiin aina henkilö, jonka työaika on varattu täysipäiväisesti projektin ja palvelun kehittämiseen ja eteenpäin viemiseen.

Hoiva-alalla on pulaa teknologiaosaamisesta. Tilanne paranee koko ajan uusien sukupolvien valmistuessa alalle, mutta tällä hetkellä teknologian käyttö on useimmilla hoitoalan työntekijöillä vähäistä, ja asenne sitä kohtaan voi olla hyvin varautunutta. Kun teknologia pelottaa tai sitä ei tunne, on hyvin vaikea nähdä siinä mahdollisuuksia tai osata motivoitua sen käyttämiseen. Sama osaamisvaje ja asenne voi olla henkilökunnan lisäksi asiakkailta, heidän omaisillaan ja läheisillään.

Lähes poikkeuksetta negatiivinen asenne teknologiaa kohtaan ei johdu vain käyttäjän epävarmuudesta ja vääristä ennakkoasenteista, vaan myös teknologian toimimattomuudesta. Tuote voi olla käytettävyydeltään vaikea. Voi olla, että tuote ei olekaan suunniteltu käyttäjän tarpeita huomioiden, ja kaikista ikävintä on, että niissä voi olla paljon toimintaongelmia. Huonot tietoliikenneyhteydet tai liian aikaisin markkinoille tuodut tuotteet voivat aiheuttaa paljon pahaa tuotteesta muodostuviin kokemuksiin. Joskus ajoitus projekteissa on saattanut epäonnistua. Henkilökunta ja asiakkaat on motivoitu uuden tuotteen saapumiseen ja aloituspäivänä huomataankin, että hankkeen käynnistyminen viivästyy, koska tuote ei ole saapunut ajallaan.

Lopulta teknologinen ratkaisu pitäisi osata valita käyttäjän tarpeiden mukaan. Käyttäjät tulisi huomioida alusta lähtien ja heidän kokemuksiaan tulisi arvostaa ja käyttää hyväksi. Haastateltavan kokemusten mukaan ikäihmisistä on vaikea löytää innokkaita käyttäjiä mukaan teknologiahankkeisiin. Hän jäi pohtimaan, onko todella niin, että asiakkaat eivät vain halua tai he ovat liian huonokuntoisia pystyäkseen ottamaan laitteen käyttöön? Vai onko kyse vain puutteellisesta markkinoinnista?

5.3 Projektityöntekijöiden haastattelujen avaus

5.3.1 Projektin aloitus

Kaikissa haastatteluissa projekteissa toiminta oli lähtenyt käyntiin testaamalla etähoitolaiteita ensin työntekijöillä ja sen jälkeen pienellä, noin 10–40 hengen pilottiryhmällä

asiakkaita. Pilotointi on oleellista, jotta voidaan nähdä, kuinka valittu teknologia asettuu käyttöympäristöönsä. Pilotoinnin jälkeen asiakasmäärät ovat lähteneet kasvamaan, mutta sadan vakinaisen asiakkaan raja on vaikea rikkoa. Asiakasryhmän haasteellisuus on ryhmän nopeasti vaihtuva elämäntilanne.

Suurimmassa osassa hankkeita laitteita on otettu yhdeltä palveluntarjoajalta. Västeråsissa haluttiin lähteä kehittämään palvelua neljällä eri teknologisella ratkaisulla, sillä aiemmista projekteista kokemuksena oli tullut, ettei yksi teknologia välttämättä vastaa kaikkien tarpeisiin. Myös muissa kaupungeissa haaveena oli lisätä eri teknologisten ratkaisujen määrää. Tavoite on löytää halvempaa, yksinkertaisempaa ja liikuteltavaa teknologiaa, jonka käyttö onnistuisi ketterästi. Odensen laskelmien mukaan tällä hetkellä kustannukset teknologian ja fyysisesti toteutettavien kotikäyntien välillä menevät tasan. Tulevaisuudessa nähdään mahdollisena käyttää yhtä alustaa ja avointa lähdekoodia niin, että kaikkien laitteiden käyttö onnistuu yhdeltä päätteeltä. Tällä hetkellä etähoitoteknologiaa tarjoavat yritykset ovat suurelta osin pieniä eikä avoimen rajapinnan luominen ole kilpailukyvyn kannalta järkevää.

Riippuen mahdollisuudesta tarjota palvelua ja laitteiden teknisistä ratkaisuista, soittoja toteutettiin eri tavoin. Joidenkin hankkeiden toimintamallissa sekä asiakas että hoitaja pystyivät soittamaan toisilleen. Joissakin ratkaisuissa soitot pystyi tekemään vain hoitaja. Osassa hankkeita asiakkailla oli mahdollisuus soittaa myös toisilleen ja omaisilleen. Soittoja tehtiin vain arkipäivisin. Vain Tampereella oli kokemusta päivystyksen tarjoamisesta 24/7 T-Seniorit -hankkeessa MediNeuvo Oy:n tuottamana. Jokainen kaupunki toivoi jatkossa voivansa lisätä palveluntarjontaa ilta- ja viikonloppuvuoroihin.

Haastatteluissa kävi ilmi, että etähoitohankkeita käynnistettäessä kohdattiin hoitohenkilökunnan puolelta negatiivisia asenteita. He eivät nähneet palvelun hyötyjä saati ymmärtäneet asiakkaan valintaa. Moni pelkäsi työpaikkansa ja tulojensa puolesta. Västeråsissa hoitajien palkka koostuu asiakkaan kanssa vietetystä ajasta. Kun fyysinen käynti kesti kymmenen minuuttia, niin videokuvapuheluna sama käynti kestitkin viisi minuuttia. Etähoitopalvelun korvaukset on ratkaistu kuitenkin niin, ettei käyntien vaihtuminen soittoihin lopulta vaikuta hoitajan palkkatuloihin. Varautuneisiin ennakoasenteisiin vaikutti myös se, kuinka paljon työntekotapa muuttui etähoidon myötä. Kun muissa hankkeissa etähoidon toteutti sovitut hoitajat ja muuten henkilökunnan panosta tarvittiin vain sopivien asiakkaiden valitsemiseen, niin Västeråsissa hoitajat, joiden yksiköissä asiakkaat valitsivat etähoidon, joutuivat itse suorittamaan virtuaalisoin. Toi-

mintamalli, jossa jokainen kotihoidon hoitaja tekee soittoja, valittiin siksi, että hoitohenkilökunta haluttiin ottaa mukaan hankkeen alusta asti näkemään, mitä etähoito tarkoittaa. Jatkossa Västeråsissa toiminnasta on tarkoitus kehittää keskitettyä palvelua.

Etähoidon hyväksyminen vaatii päättäjien, johdon ja henkilökunnan joukossa paljon avointa keskustelua ja jatkuvaa markkinointia. Markkinointia varten on haastatelluissa kaupungeissa valmistettu lehtisiä ja videoita. Useimpien videokuvayhteyksien esittely ja testaaminen onnistuu kannettavalta tietokoneelta. Monissa hankkeissa on käytössä esittelypisteitä, joissa laitteita on päässyt testaamaan. Västeråsissa palvelun kehittäminen on edennyt jo pitkälle ja päätöksenteko asiakkaan oikeutuksesta etähoitoon on annettu sosiaalitoimelle. Etähoidon ollessa asiakkaan valinta ja viranomaisen oikeuttama, eivät hoitajat voi enää tehdä kotikäyntejä fyysisesti, vaikka niin tahtoisivat.

Projektityöntekijöiden haastatteluista nousi esille, että toisin kuin henkilökunnalla, asiakkailla ei ole ollut niin paljon negatiivisia asenteita etähoitoa kohtaan. Tätä enemmän he ovat ilmaisseet huolta teknologian kanssa pärjäämisestä ja havaittavissa on oman osaamisen vähättelyä:

”Et se oli jotenkin niinku hauska tarina siitä, et piti eka hirveesti esitellä, kertoo ja maanitella siitä ja sit lapset pakotti ja nyt hän on sit, itekin, ku hän aina sanoo et ei hän oikeen osaa tätä käyttää ja kun hän luettelee niin kysyn, että ymmärrätkö sä et mihin kaikkeen sä tätä oikeen käytät jo? Et sä soittelet lapsenlapses kanssa kuvapuheluita ja muita, hoidat pankkijuttuja sun muita. Et aika hyvin oot oppinut käyttämään.”

Valitut laitteet ovat käytöltään yksinkertaisia ja sisältävät vähän toimintoja. Käyttöliitymät on mahdollista räätälöidä asiakkaan toiveiden mukaan. Odensessa yllätyttiin siitä, kuinka moni asiakas halusi käyttöönsä ratkaisun, jossa asiakas antoi laitteelle komennon vain silloin, kun ei halunnut vastata tulevaan soittoon. Jos soittoa ei hylätä, avautuu kuvayhteys automaattisesti asiakkaan kotiin. Tästä huolimatta etähoitoon mukaan lähteneet asiakkaat ovat korostaneet sitä, kuinka tärkeää heille oma yksityisyys on ja kuinka paljon etähoito on tätä heillä lisännyt.

”Tämä on niin hienoa. Minun ei tarvitse edes pukeutua. Voitte nähdä vain tietyn osan kropastani. En ole kokonaan pukeutunut mutta se on ok. En ole siivonnu asuntoani mutta se ei haittaa. Voitte nähdä vain ruudun verran.”

Heti etähoitohankkeen alusta lähtien on tärkeää, että palvelun sisältöä ja toimintamallia ovat suunnittelemassa moniammatillinen asiantuntijaryhmä ja itse loppukäyttäjät. Myös sähköisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttö palvelun tukena tiedon välittämisessä on välttämätöntä.

5.3.2 Projektiorganisaatio

Etähoitohankkeissa palveluntarjoajan vastuulla oli tuoda laitteet ja asentaa ne asiakkaalle. Internet-yhteys tuli yleensä kaupungin puolesta. Palveluntarjoaja toimi teknisenä tukena ongelmien ilmetessä, mutta myös soittajat saattoivat käsitellä ilmenneitä pulmia. Odensessa ja Västeråsissa on käytössä niin sanottu hyvinvointilaajakaista, jonka avaaminen kotitalouteen sujuu nopeammin kuin tavallisen puhelinoperaattorin kautta avattavan verkkoyhteyden. Laitteiden tuonti asiakkaalle toteutuu parissa päivässä asiakkuuden sopimisesta.

Riippuen valitusta toimintamallista etähoitosoittoja tekevien henkilöiden rooli palvelun kehittämisessä saattoi erota toisistaan. Soittajat saattoivat olla palvelun eteenpäin vievä voimavara, jonka harteilla oli myös markkinointi ja perehdytys. Toinen ratkaisu oli pitää soittajat osana suunnittelu- ja kehittäjäryhmää mutta vastuu palvelun koordinoimisesta oli projektisuunnittelijoilla. Jokaisessa ratkaisussa soittajien ja koordinaattorien tukena oli asiantuntijatyöryhmä ja ohjausryhmä, joka valvoi, että palvelun kehitys seuraa kaupungin strategisia linjauksia.

Sopivien asiakkaiden etsiminen tapahtui eri tavoin. Kokeilusta kiinnostuneita asiakkaita saattoi löytyä vapaaehtoisjärjestön kautta kuten Stockportissa, sosiaalitoimen palveluneuvonnan kautta kuten Västeråsissa, tai kuten Tampereella ja Odensessa, hoitajien ja asiantuntijoiden kautta. Asiakkaiden etsimisessä haastavinta on se, että etsijöiden tulee tuntea palvelukonsepti ja ymmärtää sen hyödyt nähdäkseen, kuka asiakkaista palvelusta hyötyisi.

5.3.3 Käyttöönotto

Etähoidon käyttöönotossa toimii parhaiten aktiivinen markkinointi, avoin keskustelu ja asteittainen perehdytys. Useimmissa hankkeissa oli ollut käytössä informaatiolehtisiä, videoita ja mahdollisuus demonstroida käyttöä. Muutamiin toimipisteisiin oli saatettu

asentaa kokeilupisteitä asiakkaille ja oli tärkeää, että virtuaalisoinon käyttöä voitiin testata asiakkaan kanssa ennakkoon ennen palveluun sitoutumista.

Asiakkaiden kanssa käytiin useaan otteeseen keskusteluja palvelusta. Ensimmäisen keskustelun jälkeen useimmiten tapana oli, että palvelusta vastaava henkilö sopi asiakkaan kanssa tapaamisen kokeilupisteelle. Tämän jälkeen toteutettiin kotikäynti, jossa palvelua testattiin jälleen ja käytiin läpi hankkeeseen ja palveluun liittyvät eettiset kysymykset ja mahdollisuus palvelun lopettamiseen milloin vain. Kun laitteet tuotiin asiakkaalle, kävi palvelusta vastaava jälleen kerran asiakkaan luona keskustelemassa ja näyttämässä, miten laite toimii. Palvelun alettua asiakkailla on mahdollisuus saada tukea ja lisäperehdytystä niin paljon kuin he kokevat tarvitsevansa. Monesti palvelun markkinoinnissa ja joskus perehdytyksessä on mukana myös aktiivisia asiakkaita vertaiskäyttäjinä.

Samanlaista markkinointia käytetään henkilökunnan kanssa. Ensin kotihoidon johto on saatava uskomaan palveluun. Jo tämä voi vaatia paljon keskustelua ja useita kokouksia. Tämän jälkeen hoitohenkilökunta on saatava näkemään palvelun hyödyt ja oppimaan teknologian käyttö, jos soittaminen on heidän vastuullaan. On hyvä aloittaa perehdytys pienin askelin. Ensin on kerrottava palvelusta ja on aloitettava avoin keskustelu palveluun ja teknologiaan liittyvistä huolista ja peloista. Laitteet tulee esitellä ilman painetta siitä, että niitä tulisi heti osata käyttää. Lopullinen käyttöosaaminen tulee, kun hoitajat saavat ensimmäiset etähoitoasiakkaansa ja aloittavat soitot. Asiakkaan kokemahyöty motivoi hoitajaa perehtymään käyttöön.

”Ja meillä on yksi rouva,.....hänellä oli paljon perhettä Yhdysvalloissa ja yksi hänen tyttärentytär tai pojanpoika oli aikeissa mennä naimisiin, joten he järjestivät hänelle vierailun, mahdollisuuden olla osa heidän häätjuhlaansa videoyhteyden kautta. Kyllä, todella, todella ihanaa. Ja hän oli niin onnellinen. ...Lupasimme, että hoidamme sen, että teemme kaikkemme saadaksemme sen tehtyä.”

Mahdollisuus lisäperehdytykseen ja käyttötukeen ovat hyvin tärkeitä epävarmimpien käyttäjien kanssa. On hyvä pitää jokaisessa käyttöyksikössä superkäyttäjä, joka on käynyt teknologioiden käytön jatkokoulutuksen ja on perehtynyt palveluun enemmän. Näin tuki ja vastaus kysymyksiin on aina saatavilla tarvittaessa. Hyvä vaihtoehto on myös sitoa etähoitopalvelu asiakkaan palvelusuunnitelmaan ja työntekijöiden ohjesääntöihin.

5.3.4 Hankkeesta palveluksi

Etähoidolla etsitään ennen kaikkea säästöjä kustannuksiin ja mahdollisuutta tarjota palvelua useammalle asiakkaalle samoilla resursseilla. Jo ennen hankkeen käynnistystä tulee olla mietittynä liiketoimintamalli, palveluprosessi, kustannukset ja kohderyhmä. Näitä tulee seurata ja päivittää koko hankkeen ajan. Uuden palvelumuodon käynnistys tuo alussa aina lisäkustannuksia, jotka tasaantuvat ajan myötä palvelun kehittyessä ja laajentuessa.

Useampi haastateltava kertoi ongelmista päättää, minkä tulosityksikön vastuulle etähoito kuuluu. Palvelu on sisällöltään haastava sillä, vaikka sitä tarjotaan vanhus- ja vammaispalveluiden asiakkaille, on se vahvasti teknologinen palvelu ja voisi näin sijoittua myös tietohallinnon palveluihin. Kenelle kustannukset ja palvelun kehittäminen kuuluvat?

Lisäksi tulee miettiä, mistä asiakasmaksut koostuvat, miten palvelun saajaksi voi päästä ja kenelle palvelua myönnetään. Haastateltavista muutama mainitsi tulevaisuuden suunnitelmikseen keskittää toimintaa call center -tyyliseen muotoon. Asiakkaille halutaan tarjota mahdollisuus käyttää heidän tarpeisiinsa parhaiten soveltuvaa laiteratkaisua ja avoimien rajapintojen uskotaan tulevaisuudessa helpottavan usean laiteratkaisun samanaikaista käyttöä. Tulee myös miettiä, miten asiakkaat tunnistetaan, kun asiakasmäärät kasvavat ja asiakkaita on eri kaupungin yksiköistä.

5.3.5 Muuta

Haastatteluista kävi ilmi haasteet tehdä näkyväksi kaikki etähoidon tuomat hyödyt. Laitteiden käyttö- ja ylläpitokustannukset ja henkilötyövoiman kustannukset on helppo laskea mutta etähoidon tuomat aineettomat hyödyt kuten itsenäisyyden lisääntyminen, turvattomuuden ja yksinäisyyden tunteen vähentymisen tuomia säästöjä on vaikea todentaa. Näille on vaikea luoda mittaristoa ja osaamista näiden laadintaan kaivattiinkin lisää.

Eräs haastateltava mainitsi teknologiayritysten puutteet kotihoidon kentän tuntemisessa. Heillä on ajatus teknologiasta, josta voisi olla hyötöä kotihoidossa mutta he ovat monesti kaukana hoitotyön arjesta. Teknologian tulee olla valmista, luotettavaa ja tek-

nisen tuen toimittava ketterästi. Kun teknologia ei toimi, ei motivoituneinkaan työntekijä kykene ylläpitämään uskoa palveluun.

Ikäihmiset kuuluvat kohderyhmään, joista suurin osa ei oma-aloitteisesti hanki verkkoyhteyttä kotiinsa. Kun Internet-yhteyttä vaativia palveluita vanhushpalveluissa halutaan kehittää, törmätään usein tähän hidasteeseen. Internet-yhteyden avaaminen kotitalouteen voi viedä useita viikkoja. Tämän lisäksi tietoturvan tulee olla kunnossa. Odensen ja Västeråsin kaupungeilla on hyvinvointilaaajakaistaratkaisut, joiden tavoite on tarjota suojattua verkkoyhteyttä, jota käytetään vain terveydenhuollon palveluihin. Kaupungin ylläpitämä verkkoyhteys on nopeammin avattavissa ja se tarjoaa vastauksen kysymyseen siitä, miksi kaupunki voi tarjota toiselle asukkaalle Internet-yhteyden mutta ei toiselle.

Haastatteluista nousi esille myös kysymys, miksi kaupungit toimivat niin paljon yksin? Kun uusia palveluita kehitettäisiin yhdessä, saataisiin enemmän kokemuksia ja hyvät käytännöt leviäisivät helpommin.

6 Vantaalle sopivaa

Toimintamallin valitseminen etähoidolle ei ole yksinkertaista. Siihen vaikuttavat käyttäjryhmien tarpeiden lisäksi saatavilla olevan teknologian ominaisuudet ja palvelulle määritelty sisältö. Ihanteellisin tapa toteuttaa etähoito kotihoidossa olisi yhdistää kotihoidon hoitokäynnit ja turvapalvelut, kuten Helsingissä on tehty. Näin palvelun arvoja olisi helpompi perustella hoitajille ja asiakkaille, sillä hälytyksen tullessa voi tilanteenarviointi kuvayhteyden kautta olla tarkempaa ja lisätä näin asiakkaan turvallisuutta ja palvelun laatua. Teknologian laitemaksut olisivat näin kohtuullisemmat, sillä laitteiden käyttö tehostuisi, kun sitä käytettäisiin molempien palveluiden tuottamiseen. Vantaalla ei kuitenkaan ole tätä mahdollisuutta, sillä kaupungilla ei ole samanlaista liikelaitosta kuin Helsingin Palmia, ja kotihoidon turvapalvelut tuotetaan ostopalveluna. Etähoidon toteuttamisessa yksityisen turvapalvelutarjoajan kanssa aiheuttaa ongelmia muun muassa palvelunlaadun kanssa. Vain muutama palveluntarjoaja on tällä hetkellä riittävän suuri vastaamaan Vantaan kokoisen kaupungin tarpeisiin. Jos turvapalveluiden hankintaetoihin lisättäisiin vielä vaatimus etähoidosta, olisi sopivia tarjoajia vieläkin vähemmän, jos ollenkaan. Näin päädyttäisiin yhden palveluntarjoajan loukkuun ja käytettävät etähoitolaitteet olisivat ne, jotka palveluntarjoaja tarjoaa.

Palvelun kehittäminen voitaisiin ulkoistaa kokonaan yksityiselle yritykselle, mutta tällöin yrityksellä saisi olla jo vankka kokemuspohja palvelun toteutuksesta ja paikkansa pitäviä kustannuslaskelmia palvelun hyödyistä. Haasteena on, että soittajilla tulee olla hoitoalan koulutus, ymmärrys kotihoidon kentästä ja Vantaan kaupungin toimintatavoista, ja heille pitäisi avata käyttöoikeudet sähköisiin asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Lisäksi palveluntarjoajan ulkopuolisen rooli Vantaan kaupungin organisaatiossa voisi tuoda haasteita palvelun juurruttamisessa.

Järkevin tapa Vantaalle lähteä toteuttamaan etähoitoa on keskitetty palvelumalli, jossa etähoidon puheluiden soittaminen ja vastaanottaminen tapahtuvat yhdessä yksikössä. Yksikkö vastaa koko kaupungin alueen etähoitopalvelun toiminnasta ja palvelun asiakkaista. Aluksi palvelun sisältö kannattaa pitää suppeana ja lähteä korvaamaan etähoitoon soveltuvien asiakaskäyntejä kuvapuheluilla. Esimerkiksi lääkemuistutukset, voinnin seuranta, vuorokauden ajan muistutukset, aamuherätys ja nukkumaan menon ohjaaminen voitaisiin pyrkiä korvaamaan etähoidolla. Ei ole kannattavaa lähteä heti hakemaan kokemuksia kaikista mahdollisista etähoidon muodoista kuten hyvinvointiohjelmalähetyksistä, lääkärin konsultaatiosta, kotikuntoutuksesta. Riskinä liian kattavassa palveluntarjonnassa on, ettei palvelun kehittäjille jää tarpeeksi aikaa paneutua kaikkiin palvelumuotoihin, ja niiden toteutus jää irralliseksi eikä niitä saada vakiintuneiksi käytännöiksi. Lisäksi kustannuksia ja tuloksia näin monen palvelumuodon osalta on vaikea seurata. Tutkimuksen teoriaosuudesta on havaittavissa, että etähoidon soveltuvuutta eri palveluihin on jo testattu useasti, joten kokemuksia löytyy eikä Vantaan kaupungin ole pakko lähteä suunnittelemaan toiminnansisältöä tyhjästä. Palvelua ei kannata lähteä tarjoamaan heti 24/7 vaan ensin arkipäivistä ja toiminnan laajetessa ottaa mukaan myös ilta- ja viikonloppuvuorot. Tarvetta Västeråsin palvelun kaltaiseen yön yli toimivaan videovalvontaan tulee selvittää myös toiminnan edetessä.

Kun palvelu on saatu vakiinnutettua, palvelun prosessit viimeistelyä ja teknologia sopeutettua toimintaympäristöönsä, voidaan lähteä tutkimaan toiminnan laajentamista muihin toimintoihin kuten lääkärin konsultaatioon. Samalla voidaan lähteä hahmottelemaan uskottavaa mittaristoa hyvinvoinnin seurantaan niin, että saadaan kerättyä tilastoa siitä, kuinka teknologian käyttö vaikuttaa käyttäjän hyvinvointiin.

Toiminnan pysyessä aluksi yksinkertaisena on helppo laatia ja seurata palvelun kustannuslaskelmia. Kuinka monta soittoa asiakkaalle tulisi tehdä kuukaudessa, että laite-

vuokra ylittyisi? Kuinka monta asiakasta tulisi olla, että työntekijä- ja laitekustannukset menisivät nykyisten kustannusten kanssa vähintään tasan? Kotihoidon palveluissa tulee muistaa, että asiakasmäärät kasvavat vuosi vuodelta ja useampaa asiakasta on pystyttävä palvelemaan samoilla resursseilla. Tutkimustietoa siitä, kuinka suuren prosentin kotihoidon käynneistä etähoito voisi korvata, ei ollut löydettävissä. Tätä tulisi miettiä etähoidon sisältöä suunniteltaessa.

Sekä Odense että Västerås käyttävät etähoitoa vain kotihoidon hoitosoittoihin. Silti Odensessa todettiin jo, että kustannukset etähoidon ja perinteisten fyysisten käyntien välillä menevät tasan. Enää kustannusten kehitys on kiinni teknologian halpenemisesta, joten potentiaalia etähoidon kustannustehokkaalle käytölle kotihoidossa on. Jos etähoitoa lähdetään tuottamaan kotihoidon hoitosoittoina, tulee hankkeessa resursoida heti alussa kahteen täysipäiväiseen hoitoalan ammattilaiseen, jotka toteuttavat soitot. Toimivinta olisi löytää nämä soittajat Vantaan kaupungin omista kotihoidon työntekijöistä, jotka tuntevat oman alueensa asiakkaat ja hoitajat. Soittajat voisivat mahdollisuuksien mukaan toimia myös kotihoidon toiminnanohjaajina. Heidän tilalleen olisi palkattava sijaiset. Jos hankkeeseen ei resursoida riittävästi, vaan kehitystyön odotetaan tapahtuvan muun työn ohessa, jää toiminta mitä todennäköisimmin juurtumatta palveluksi, työntekijät saattavat kokea riittämättömyyden tunnetta ja työpainetta ja asenne teknologiaa kohtaan voi muuttua negatiiviseksi. Huonot kokemukset tulevat vaikuttamaan tulevaisuudessa negatiivisesti seuraavien hankkeiden kanssa.

Koska Vantaan kaupunki noudattaa talous- ja velkaohjelmaa, on uudet hankinnat ja hankkeet perusteltava hyvin. Lupaa hankkeen käynnistämiseksi pitää hakea jo lähes vuosi etukäteen, jotta siihen ehditään valmistautua ja varata riittävä rahoitus. Näiden syiden takia kannattaa heti aluksi pohtia palvelun mallia ja kustannuksia. Näiden avulla voidaan perustella parhaiten hankkeen alkuun tulevat kustannukset ja työntekijäresurssit. Tämän jälkeen liiketoimintasuunnitelmaa tulee päivittää jatkuvasti.

Liiketoimintasuunnitelmassa määritellään hankkeet tavoite ja palvelun sisältö, kenelle palvelu on tarkoitettu ja miten sen saa, osallistujien vastualueet, kuka hankkeen omistaa, kustannukset ja säästöt. Myös markkinointi- ja käyttöönottosuunnitelmat on hyvä olla sisällytettyinä suunnitelmaan. Näissä tulee pohtia, mikä arvo etähoidolla on sekä hoitajille että asiakkaille. Kun tunnustetaan käyttäjien arvot ja kuinka käyttäjät näkevät teknologian hyödyllisyyden, voidaan tukea teknologian ja palvelun käyttöönottoa parhaiten. Lisäksi on mietittävä laitteiden ja verkkoyhteyden tilaus-, asennus- ja ylläpito-

prosessia. Erityishuomiota kannattaa laittaa siihen, että laitteet käyttävät kiinteää verkoyhteyttä ja sen tueksi tulee tarjota 3G-yhteyttä.

Hankkeeseen hankittavat teknologiat tulee kilpailuttaa. Olisi hyvä, jos laitteiden käyttöliittymä olisi muokattavissa kullekin käyttäjälle sopivaksi. Osaavammalle käyttäjälle mahdollisuus soittaa itse kotihoitoon päin ja varovaisemmille käyttäjille käyttöliittymä, jossa laitteelle annetaan komento vain, kun tuleva soitto halutaan estää. Jälkimmäinen käyttöliittymä voisi olla soveltuva lievän muistisairauden omaaville ja kasvattaisi näin soveltuvien asiakkaiden määrää. Laitteen toimintojen valinnasta tulee aina keskustella asiakkaan kanssa. Omaisliittymä voisi olla mahdollinen osalla asiakkaista mutta riittävä tietoturva on varmistettava. Lisäksi etähoito-ohjelman tulisi olla asennettavissa ja käytettävissä myös tavallisella tietokoneella niin, että etähoidon esittely onnistuu asiakkaan luona kannettavalta tietokoneelta.

Ennen pidemmän sopimuksen laatimista teknologian palveluntarjoajan kanssa, tulisi toteuttaa pilotointi ensin työntekijöiden keskuudessa ja sen jälkeen pienellä asiakasryhmällä. Hankintojen kilpailutustavat kehittyvät koko ajan enemmän laatua painotta-vaan suuntaan ja teknologian kannalta tärkeää on käytettävyys. Siksi pilotointia voidaan edellyttää etähoitolaitehankinnan kilpailutuksessa. Kilpailutusta valmisteltaessa tulee myös miettiä, halutaanko hankkeessa testata yhtä vai useampaa eri teknologiaa. Palvelun käynnistämisen helpottamiseksi, järkevintä olisi lähteä palvelunkehittämiseen yhden laiteratkaisun kanssa. Kun toiminta on juurrutettu, voidaan lähteä kartoittamaan uudelleen asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita ja niitä vastaavia laitteita. Kilpailutuksessa tulee muistaa vaatia avoimia rajapintoja.

Etähoidosta tulee tiedottaa alusta lähtien toistuvasti sekä johdolle että työntekijöille ja asiakkaille on näytettävä positiivisia kokemuksia laitteiden käytöstä ja palvelun hyödyistä. Keskustelua tulee käydä jatkuvasti. Asiakkaita kannattaa lähteä etsimään kotihoidon henkilökunnan kautta kyselemällä heiltä sopivista asiakkaista. Lisäksi tulee käyttää hyödyksi senioreiden neuvontapisteitä. Etähoitolaiteisto voidaan sijoittaa näytille pisteisiin, missä palveluneuvojat ja hankevastaava voisivat kertoa etähoitopalvelun sisäl- löstä. Hankkeen edetessä tulee kehittää paras tapa esitellä ja tarjota palvelua asiak- kaille.

Etähoidon potentiaalin näkeminen vaatii paljon esittelyä. Hankkeen ja palvelun koor- dinaattorin tulee valmistautua toistuviin esittelyvierailuihin. Etsittäessä sopivia asiakkai-

ta kannattaa heidän luokseen sopia vierailukäynti, jonka aikana voidaan keskustella etähoitopalvelun sisällöstä ja palvelun keskeytyksestä. Samalla palvelun esittelijä voi tarkistaa asiakkaan asunnon luomat lähtökohdat ja rajoitteet etähoitolaitteen sijoittamiselle ja Internet-yhteyden hankkimiselle.

Videoneuvottelulaitteiston ja virtuaalikokouksien käyttöä tulisi lisätä koko kaupungin sisällä niin, että ajatus kuvapuhelulla toteutetusta hoidosta ei olisi niin vieras käsitys ja etäkokoukset olisivat yhtä tuttu käytäntö kuin fyysiset kokoukset. Kun kyseessä on yhtä iso kaupunki kuin Vantaa, säästöjä virtuaalikokouksista tulisi helposti.

7 Yhteenveto

Opinnäytetyössä on todettu, että Suomen väestö ikääntyy ja ruuhkat julkisten palveluiden vanhuspalveluissa kasvavat. Asiakkaita tulee vuosittain lisää kotihoitoon mutta kotihoidon resurssit eivät kasva. Teknologiasta etsitään ratkaisuja tukemaan hoitotyötä ja etähoitoa pidetään yhtenä mahdollisuutena asiakastulvan tasaamiseen. Työssä kerättiin teoretietoa eri puolella Suomea toteutetuista etähoitohankkeista ja haastateltiin projektityöntekijöitä neljästä eri Euroopan kaupungista, joissa on käynnissä etähoitohanke tai -palvelu. Tavoite oli löytää syitä siihen, miksi teknologiahankkeita on vaikea viedä palveluiksi sosiaali- ja terveysalan palveluihin. Työssä haastateltiin lisäksi Vantaan kaupungin kotihoidon päällikköä, jotta saataisiin tarkempi kuva kotihoidon toimintaympäristöstä ja sen lainalaisuuksista. Tarkoitus oli miettiä Vantaan kaupungille soveltuvaa etähoidon palvelumuotoa kotihoitoon ja polkua, miten siihen päästään.

Työssä selvisi, että etähoitoon liittyviä hankkeita on ollut useita, ja niissä toistuu tavoite löytää kustannustehokkaita muotoja tarjota ikäihmisille itsenäistä elämää tukevia palveluita. Hankkeet ovat olleet kooltaan pieniä, eivätkä niiden tulokset ole verrattavissa suuriin asiakasmääriin. Syitä asiakasmäärien pieneen kokoon on monia. Yksi opinnäytetyössä esille tulleista syistä on kohderyhmän hauraus. Heidän elämäntilanteensa muuttuvat nopeasti ja siksi pitkäaikaisia asiakkuuksia on vaikea saada. Toinen syy ovat asenteet. Niin kaupungin päättäjien, hoitohenkilökunnan kuin asiakkaiden on nähtävä etähoidon hyödyt. Tämän vuoksi on tärkeää pohtia kunkin kohderyhmän arvoja ja etähoitopalvelulla tavoiteltavia etuja.

Haastattelut korostivat, kuinka tärkeää johdon tuki on. Useammassakin tapauksessa juuri ylemmältä taholta tullut päätös teki hankkeen etenemisen mahdolliseksi. Tuloksista nousi esille, että hankkeen eteenpäin viemiseksi riittävä resursointi on tärkeää, eikä kehitystyötä saa joutua tekemään päätoimen ohella. Jos hankkeen lopussa ei ole palvelun jatkamiselle varattu koordinoijaa eikä osata päättää, minkä kaupungin toiminnon alle vastuu palvelun kehittämisestä kuuluu, voi se jäädä polkemaan paikoillaan. Tukena tulee olla moniammatillinen työryhmä hankkeen alusta lähtien.

Haastateltavat mainitsivat kustannuslaskelmat ja edistymisen mittarit. Eräs haastateltava puhui liiketoimintasuunnitelmasta ja siitä, kuinka tärkeää sen jatkuva päivitys läpi hankkeen on. Suunnitelmiin määritellään hankkeen tavoitteet ja kohderyhmän, arvioidut kustannukset, suunnitellut säästöt, palvelun toimintamallin, osallistujat ja heidän vastuualueensa, laitteiden tilaus-, asennus- ja ylläpitoprosessin, markkinointi- ja perehdytysuunnitelmat.

Opinnäytetyön tuloksissa markkinointi nousi oleelliseksi hankkeiden eteenpäin viemisessä. Markkinointia tehtiin monelle eri taholle ja avointa keskustelua tuli käydä mahdollisimman paljon ennakkoluulojen taltuttamiseksi. Kun katsotaan tutkimuksessa tutkittuja hankkeita, voidaan todeta, että muutos vie aikaa. Kotihoidon päällikön haastattelussa nousi esille, että julkisen hallinnon palveluissa organisaatorakenteet ovat jäykät ja muutos on monimutkaista ja hidasta. Uuden toimintatavan vienti läpi koko organisaation on pitkä prosessi. Palvelun kehittäjiltä vaaditaan kärsivällisyyttä ja johdolta hyvää muutosjohtamistaitoa.

Työn tulosten mukaan on tärkeää valita teknologia ja suunnitella palvelu käyttäjän tarpeiden mukaan. Yksi ei sovellu kaikille, ja olisi hyvä, että teknologia on muokattavissa tai tarjolla on useampi teknologiaratkaisu, joista valitaan sopivin. Jokaisella kaupungilla on haaveena mobiililaajakaistan luotettavuuden parantuminen ja liikuteltavat laitteet. Mahdollisuus avoimiin rajapintoihin ja näin useamman eri tuoteratkaisun käyttö samalta päätteeltä on tulevaisuudentoive. Avoimia rajapintoja tulee muistaa vaatia jatkossa kilpailutuksia laadittaessa.

Etähoidolle soveltuvan toimintamallin määrittely ei ole yksinkertaista. Sen määräytymiseen vaikuttavat tarjolla oleva teknologia ja käyttäjien tarpeet sekä palvelulle määriteltävä sisältö. Vantaan kaupungille suositeltavin malli on tarjota palvelua keskitetysti. Palveluvalikoima kannattaa aluksi pitää suppeana ja lähteä etenemään pienistä asioista – etä-

hoitoon soveltuvien kotikäyntien korvaamista videokuvapuhelulla. Palvelun kehittämiseen tulee heti resursoida projektikoordinaattorin ja moniammattillisen asiantuntijaryhmän lisäksi myös etähoidon soittajat. Markkinoinnin tulee olla moninaista ja jatkuvaa. Kustannuslaskelmat tulee tehdä ajoissa ja niitä tulee seurata koko ajan. Videoneuvottelukäytäntöjä tulisi lisätä kaupungin sisällä työntekijöiden keskuudessa niin, että kuvapuhelujen käytäntö juurtuu paremmin työskentelytapaan.

Työ on alun perin tehty opinnäytetyöntekijän omasta kiinnostuksesta projektityön ja etähoidon palvelumuodon haasteisiin. Työ paljasti resursoinnin tärkeyden ja teknologiapalveluiden monimutkaisuuden. Opinnäytetyö nosti esille teknologian koordinoinnin tärkeyden, ei pelkästään hanketasolla, vaan myös kaikkien kaupungin palveluiden osalta. Seuraavia jatkotutkimuskohteita opinnäytetyölle olisi esimerkiksi mittariston laatiminen teknologian hyötyjen mittaamiselle. Miten voitaisiin todentaa, että juuri teknologia on tuonut nämä parannukset? Myös laskelmat siitä, kuinka suuri osa kotihoidon käynneistä saataisiin korvattua etähoidolla, olisi mielenkiintoista tietää ja tukisi oleellisesti kustannuslaskelmia ja liiketoimintasuunnitelmaa. Lisäksi kaupunkikohtainen hyvinvointiteknologiastrategia ja etähoidon palvelumallin ja tuotantoprosessin tarkempi määrittely voitaisiin toteuttaa.

Lähteet

- 1 Vartiainen, Anssi, Kuusikko-työryhmä. 2014. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten vertailu vuonna 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7/2014. s. 2.
- 2 Kytö, Hannu. 2012. Lähipalvelujen merkitys kasvaa väestön ikääntyessä. Hyvinvointikatsaus 2/2012. Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-06-04_002.html>. Luettu 29.9.2014.
- 3 Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki.Tietosanoma Oy. s. 39.
- 4 Vantaa vanhenee viisaasti. Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma 2010–2015. 2010. s. 8-12.
- 5 Vantaalla on nyt 210 803 asukasta. 2015. Verkkojulkaisu/tiedote. Vantaan kaupunki. <http://www.vantaa.fi/ajankohtaista-arkisto/tietoa_vantaasta/101/0/vantaalla_on_nyt_210_803_asukasta>. Luettu 17.4.2015.
- 6 Kotihoito kokeilee sähkölukkoja. 2015. Verkkojulkaisu/tiedote. Vantaan kaupunki. <http://www.vantaa.fi/ajankohtaista-arkisto/sosiaali_ja_terveyspalvelut/101/0/kotihoidossa_kokeillaan_sahkolukkoja>. Luettu 30.3.2015.
- 7 Määttänen Kimmo. 2010. Hyvinvointitelevisio asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyö (AMK). Turun ammattikorkeakoulu.
- 8 Lahden kaupunkiseudun hankintatoimi: Virtuaalihoito. 2015. Verkkodokumentti. <<http://www.hankintailmoitukset.fi/fi/notice/view/2015-005506/>>. Luettu 10.4.2015.
- 9 Vesterinen, Riitta. 2010. Etäkuntoutus - mahdollisuus kuntoutua kotona kaksisuuntaisen videoyhteyden avulla. Käytettävyyystykimus Innokusti-hankkeessa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- 10 Pietikäinen, Jorma. 2013. Teknologian hyväksyminen ja käyttö kotihoidossa: Kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä videoneuvotteluteknologian käytöstä. Maisterin tutkinnon tutkielma. Aalto-yliopisto. s. 2, s. 30–38, s. 82–84.
- 11 Niemelä, Anna-Liisa. 2015. Kuva- ja äänivälitteinen palvelu ikääntyneiden kotona asumisen tukena Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa – Pieni piiri-hanke. Hanke-esittely-kalvosarja. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto, Kehittämisen ja toiminnan tuki.

- 12 Virtuaalihoito ehdolla Pohjoismaiden pääkaupunkien haastekilpailussa. 2015. Verkkotiedote. Palmia.
<http://www.hel.fi/hki/palmia/fi/uutiset/virtuaalihoito_ehdolla_pohjoismaiden_paak_aupunkien_haastekilpailussa>. Luettu 10.4.2015.
- 13 Rönkkö, Hanna-Mari. 2013. Teknologiaselvitys - interaktiivinen etäkuntoutus. Opinnäytetyö(AMK). Oulun seudun ammattikorkeakoulu. s. 23.
- 14 HUCCO eli suurkäyttäjien hoito- ja palveluketjujen rakentaminen Oulunkaarella. 2011. Verkkotiedote. Oulunkaari.
<http://www.oulunkaari.com/sivu/fi/oulunkaari/hankkeet/hucco_suurkayttajien_hoi_to_ ja_palveluketjujen_rakentaminen_/>. Luettu 29.3.2015.
- 15 Coping at Home 2005 – 2007. 2007. Verkkoartikkeli. Laurea ammattikorkeakoulu.
<<https://www.laurea.fi/hankkeet/hyvinvointiv/hankkeet/coping-at-home>>. Luettu 29.3.2015.
- 16 Mäki, Outi. 2011. Ikäteknologian kokeilut Suomessa. Käkäte-raportteja. 1/2011. s. 32, s. 40, s. 51.
- 17 KOTIIN-hankkeessa kehitetään HyvinvointiTV:n ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptia. 2007. Verkkotiedote. Laurea ammattikorkeakoulu.
<<http://kotiin.laurea.fi/hyvinvointiv.php>>. Luettu 30.3.2015.
- 18 Turvallinen koti. 2011. Hankeverkkosivut. <<http://www.turvallinenkotihanke.fi/>>. Luettu 30.3.2015.
- 19 Virtu-hanke. 2011. Hankeverkkosivut. <http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=37>. Luettu 30.3.2015.
- 20 Miksi tarvitsemme HyvinvointiTV:tä? 2014. Verkkotiedote. Sipoon Sanomat.
<<http://www.sipoosanomat.fi/kumppanit/tulevaisuuden-vanhuspalvelut- ja%C2%A0hyvinvointi-tv/256256-miksi-tarvitsemme-hyvinvointivta>>. Luettu 15.4.2015.
- 21 Ahlroth, Mari. 2007 Ikäihmisten hyvinvointia edistävä teknologiahanke HyväTek – Loppuraportti. Oulun kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi.
- 22 Raappana, A. & Melkas, H. 2009. Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluissa. Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Tampere: Esa Print Oy. s. 14.
- 23 Bhattacharjee, A., & Hikmet, N..2008. Reconceptualizing organizational support and its effect on information technology usage: Evidence from the health care sector. Journal of Computer Information Systems. 48(4). s. 69–76.

- 24 Venkatesh, V., & Bala, H. 2008. Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. *Decision Sciences*. 39(2). s. 273–315.
- 25 Iharvaara, Outi. 2013. Esimies tukijana ja kannustajana muutosprosessin johtamisessa - vanhusten kotihoidon hoitajien kokemuksia. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. s. 20–34.
- 26 Jyrkkänen, Sirpa. 2013. Hyvinvointiteknologian mahdollisuudet kotihoidon palveluprosessien kehittämisessä, Nykytilan kartoitus Kotona kokonainen elämä-kehittämishankkeen kunnissa. Opinnäytetyö(YAMK). Tampereen ammattikorkeakoulu. s. 29–30.
- 27 Hämäläinen P., Lanne M., Jännes J., Hanski J., Rytönen A., & Reisbacka A. 2014. Ikäihmisten tarvelähtöisten palveluiden kehittäminen yritysten ja julkisten toimijoiden yhteistyönä. TupaTurva-loppuraportti. Espoo. VTT. s. 62–71.
- 28 Heikura, Marjo. 2011. Hyvinvointiteknologian yhdistäminen osaksi kotihoidon käyntejä. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. s. 48–55.
- 29 Fali, S., & Koivukangas, H. Vanhusten kokemuksia turvallisuudesta. 2011. Opinnäytetyö(AMK). Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulu. s. 9–10.
- 30 Hung, M.-C., & Jen, W.-Y. 2012. The adoption of mobile health management services: An empirical study. 2012. *Journal of Medical Systems*. 36(3). s. 1381–1388.
- 31 Steele, R., Lo, A., Secombe, C., & Wong, Y. K. 2009. Elderly persons' perception and acceptance of using wireless sensor networks to assist healthcare. *International Journal of Medical Informatics*. 78(12). s. 788–801.
- 32 Tampere. Verkkajulkaisu. Wikipedia. <<http://fi.wikipedia.org/wiki/Tampere>>. Luettu 24.3.2015.
- 33 TampereSenior - Ikääntyvä yhteiskunta mahdollisuutena. Verkkajulkaisu. <<http://www.tampere.fi/tampereinfo/projektit/hyvinvointipalvelut/tamperesenior.html>>. Luettu 03.5.2015..
- 34 Vaelma, Mia. 2011. Apu on kosketuksen päässä, T-Seniorit –projekti 2008-2010. Loppuraportti. Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 2/2011. Tampereen kaupunki.
- 35 Stockport. Verkkajulkaisu. Wikipedia. <<http://en.wikipedia.org/wiki/Stockport>>. Luettu 24.10.2014.
- 36 Region of Southern Denmark. Verkkajulkaisu. Wikipedia. <http://en.wikipedia.org/wiki/Region_of_Southern_Denmark>. Luettu 17.11.2014.

- 37 The healthcare communication of the future. 2001. MedCom – the Danish Healthcare Data Network. s. 2.
- 38 VIKTIG. Verkkojulkaisu. <<http://www.viktigvasteras.se/>>. Luettu 13.4.2015.
- 39 Västerås. Verkkojulkaisu. Wikipedia. <<http://sv.wikipedia.org/wiki/V%C3%A4ster%C3%A5s>>. Luettu 17.4.2015.
- 40 Janhonen, S. & Nikkonen, M. (Toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy. s. 36.
- 41 Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineiston-keruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede Vol. 19, no 6/07. s. 35.
- 42 Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (Toim.) Haastattelun analyysi. 2010. Tampere:Vastapaino. s. 27.
- 43 Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (toim.). Nursing Ethics. 2000. Fourth Edition. London: Harcourt Publishers Limited. s. 1–14.
- 44 Ryytänen, O.P. & Myllykangas, M. 2000. Terveysthuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. 1. Painos. Juva: WSOY. s. 75–76.
- 45 Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1–2.painos. Juva: WSOY. s.29–31.
- 46 Heinola, Reija. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito, Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski. Stakes. s. 20.
- 47 Making the Strategic Shift. Stockport's Telehealthcare Strategy 2010-2015. 2010. Stockport Council's Telehealthcare Board.
- 48 My Care, My Choice. Verkkosivusto. Stockport Metropolitan Borough Council. <<http://www.mycaremychoice.org.uk/home.aspx>>. Luettu 18.4.2015.
- 49 iQare End of Project Report. 2010. iQare-projektiryhmä.
- 50 Initial iQare meetings with users. Kokousmuistio. 01/2010. iQare-projektiryhmä.
- 51 Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimialakaavio. Verkkojulkaisu. 2008. <http://www.vantaa.fi/fi/hallinto_ja_talous/organisaatio/sosiaali_ja_terveystoimen_toimiala>. Luettu 03.5.2015.

- 52 Nettitelevisio tuo säpinää vanhusten arkeen. Verkkojulkaisu. 2010.
<http://yle.fi/uutiset/nettitelevisio_tuo_sapinaa_vanhusten_arkeen/5497390>. Luettu 03.5.15.
- 53 VIKTIG. Tekniska lösningar. Verkkojulkaisu. 2013.
<<http://www.viktigvasteras.se/ehemtjanst/tekniska-losningar/>>. Luettu 03.5.15.

Yhteydenottokirje,

Hyvä vastaanottaja,

14.11.2014

Olen hyvinvointiteknologian opiskelija Metropolia ammattikorkeakoulusta Tieto- ja viestintäteknologian (TIVI) klusterista. Teen opinnäytetyötä etähoidon hankkeista ja palveluista kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on haastatella eri kaupunkien työntekijöitä, jotka ovat työskennelleet etähoitohankkeissa kotihoidossa, ja kerätä heidän kokemuksiaan projektityön hyvistä käytännöistä etähoitohankkeiden osalta. Tämän lisäksi tavoitteena on haastatella Vantaan kaupungin edustajaa, jolla on kokemusta kotihoidon toimintaympäristöstä.

Aiempiin keskusteluihimme nojaten on tiedossani, että teillä on kokemusta etähoitohankkeiden osalta laitoshoidon toiminnoissa omassa kaupungissanne. Toivoisin, että olisitte halukas osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa noin tunnin kestävästä haastattelusta, joka sovitaan suoritettavaksi teille sopivana ajankohtana.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on halutessanne mahdollisuus perehtyä opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaan sekä kysyä tutkimuksesta lisätietoja. Haastattelua varten valmistellut pohjakysymykset tullaan lähettämään teille ennakkoon viimeistään noin viikko (7 vrk) ennen sovittua haastattelua. Henkilötietojanne ja haastattelussa esille tulevia tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Tutkimuksessa voidaan lainata sitaatteja haastatteluista, mutta teidän nimeänne tai muita tunnistetietoja ei tuoda esille, vaan tiedot käsitellään niin, ettei henkilöllisyyttänne pysty tunnistamaan. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Tutkimuksen valmistuttua kaikki sitä varten kerätty tutkimusaineisto hävitetään. Opinnäytetyön tutkimuksen on tarkoitus valmistua viimeistään kesän 2015 alussa ja sen jälkeen tutkimustulokset tiivistettynä voidaan lähettää haastatteluun osallistuneille.

Jos teillä on haastatteluun tai tutkimukseen liittyvää kysyttävää voitte olla yhteydessä allekirjoittaneeseen sähköpostitse tai puhelimitse.

Tutkimukseen osallistumalla olette tärkeässä asemassa jakamassa omia kokemuksianne etähoitosta ja julkisten hyvinvointipalvelujen projektikäytännöistä. Näiden kokemusten avulla voidaan kehittää hyviä käytäntöjä uusien teknologisten hyvinvointipalveluiden käyttöönotossa.

Lisätietoja tutkimuksesta:

hyvinvointiteknologian opiskelija, Saana Tarvainen
Metropolia ammattikorkeakoulu, TiVi

Tutkimuksen ohjaaja:

yliopettaja, Mikael Soini
Metropolia ammattikorkeakoulu, TiVi

Ystävällisin terveisin,

Saana Tarvainen
hyvinvointiteknologian opiskelija
Metropolia ammattikorkeakoulu, TiVi

Tutkimussuostumus

Hyvä vastaanottaja,

13.11.2014

Olen hyvinvointiteknologian opiskelija Metropolia ammattikorkeakoulusta Tieto- ja viestintäteknologian (TiVi) klusterista. Teen opinnäytetyötä etähoidon hankkeista ja palveluista kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on haastatella etähoitohankkeissa mukana olleita eri kaupunkien työntekijöitä, jotka ovat työskennelleet etähoitohankkeessa kotihoidossa, ja kerätä heidän kokemuksiaan projektityön hyvistä käytännöistä etähoitohankkeiden osalta. Tämän lisäksi tavoitteena on haastatella Vantaan kaupungin edustajaa, jolla on kokemusta kotihoidon toimintaympäristöstä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on halutessanne mahdollisuus perehtyä opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaan sekä kysyä tutkimuksesta lisätietoja. Henkilötietojanne ja haastattelussa esille tulevia tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Tutkimuksessa voidaan lainata sitaatteja haastatteluista, mutta teidän nimeänne tai muita tunnistetietoja ei tuoda esille, vaan tiedot käsitellään niin, ettei henkilöllisyyttänne pysty tunnistamaan. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Tutkimuksen valmistuttua kaikki sitä varten kerätty tutkimusaineisto hävitetään. Opinnäytetyön tutkimuksen on tarkoitus valmistua viimeistään kesän 2015 alussa ja sen jälkeen tutkimustulokset tiivistettynä voidaan lähettää haastatteluun osallistuneille.

Lisätietoja tutkimuksesta:

hyvinvointiteknologian opiskelija, Saana Tarvainen
Metropolia ammattikorkeakoulu, TiVi

Tutkimuksen ohjaaja:
yliopettaja, Mikael Soini
Metropolia ammattikorkeakoulu, TiVi

Suostun osallistumaan tutkimukseen. Olen tietoinen tutkimuksen aiheesta ja tavoitteesta.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Haluan saada tietooni tutkimustulokset tiivistettynä niiden valmistuttua. Tieto lähetetään sähköisenä versiona sähköpostitse tai paperitulosteena postin kautta.

Haluan tiedon tähän osoitteeseen:

Haastattelupohja - kotihoidon toimintaympäristö

Kotihoidon nykytilanne

1. Kuinka monta yksikköä kotihoidossa on?
2. Kuinka paljon henkilökuntaa ja asiakkaita on koko kaupungissa?
3. Kuinka paljon henkilökuntaa ja asiakkaita on keskimäärin yhdessä yksikössä?
4. Millaisia sähköisiä järjestelmiä kotihoidossa on käytössä?
5. Millainen työnkierto työvuoroissa on?
6. Miten työpäivä aloitetaan?
7. Miten asiakaskäynnit jaetaan?

Kotihoidon tulevaisuus

8. Asiaksmäärien odotetaan kasvavan tulevaisuudessa. Mitä toimenpiteitä kaupungilla on suunnitelmassa tai jo käynnissä, jotta tähän määrän kasvuun voidaan vastata?
9. Mitä tulevaisuuden suunnitelmia kaupungilla on teknologian suhteen kotihoidossa ja muissa sosiaali- ja terveydenalan palveluissa?
10. Mitä hyötyjä ja mitä haasteita etähoidossa nähdään olevan kotihoidolle?

Teknologian käyttöönotto

11. Millainen organisaatorakenne kaupungilla on vanhuspalveluissa? Miten ja kenen kautta päätökset kulkevat ylemmältä portaalta rivityöntekijöille?
12. Miten kaupungissa yleisesti pyritään viemään teknologia osaksi kotihoidon palveluita? Kuvaile teknologian hankinta- ja käyttöönottoprosessi yleisesti.
13. Mitä haasteita teknologian käyttöönotossa on havaittu kotihoidossa?

Haastattelupohja - projektityöntekijä

Hankkeen aloitus

1. Miten määriteltiin toimintamalli?
2. Ketkä osallistuivat hankkeen alkusuunnitteluun?
3. Mitä tavoitteita hankkeelle asetettiin?
4. Oliko tavoitteena siirtyä hankkeen jälkeen palveluksi?
5. Miten asiakkaat valikoituivat?
6. Kenestä projektiryhmä koostui?

Perehdytys ja käyttöönotto

7. Kauanko perehdytykseen varattiin aikaa; asiakkaiden perehdytys, henkilökunnan perehdytys?
8. Miten perehdytys toteutettiin ja kenen vastuulla se oli; asiakas, henkilökunta?
9. Miten toimittiin perehdytyksen jälkeen asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa – miten käyttöä ylläpidettiin?

Hankkeesta palveluksi

10. Oliko hankkeen palveluksi ottamisessa muita haasteita kuin yhteistyökumppanin konkurssiin meno?
11. Mitä hankkeesta opittiin?
12. Mikä on haastateltavan näkemys siitä, mitä vaaditaan, että teknologiahanke onnistuu kotihoidossa/vanhustenpalveluissa/laitoshoidon tarjoamissa palveluissa?
13. Mitä vaaditaan etähoidon onnistumiseen kotihoidossa/vanhustenpalveluissa/laitoshoidossa?
14. Mitä tulevaisuuden suunnitelmia kaupungilla on etähoidon suhteen?