



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# ETÄVASTAANOTON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN LINNAINMAAN TERVEYSASEMAN AIKUISNEUVOLAAN

Elina Tala

Opinnäytetyö  
Elokuu 2017

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Hyvinvointiteknologian koulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Hyvinvointiteknologian koulutus

TALA, ELINA:

Etävastaanoton toimintamallin kehittäminen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan

Opinnäytetyö 77 sivua, joista liitteitä 5 sivua  
Elokuu 2017

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Tampereen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita. Sähköisistä palveluista etäpalvelut ovat vähitellen tulossa osaksi suomalaista terveydenhuoltoa. Opinnäytetyön aihe syntyi Skype for Business -pikaviestintäohjelman käyttökokemuksista Linnainmaan terveysasemalla, jossa sitä käytettiin ammattilaisten välisessä viestinnässä ja siihen liittyen pohdittiin mahdollisuutta käyttää videopuhelua asiakkaiden kanssa vastaanottotilanteissa. Tavoitteena oli luoda etävastaanoton toimintamalli Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, olisivatko Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat kiinnostuneita käyttämään videopuhelua terveydenhoitajan kanssa ohjaus- ja neuvontatilanteissa, millainen palvelumuoto etävastaanotto voisi heidän mielestään olla, millaiset teknologian käyttötaidot heillä on ja olisivatko he kiinnostuneita hoitamaan terveysasioita muissa terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä. Tarkoituksena oli tuottaa Linnainmaan terveysasemalle etävastaanoton käyttöä koskevaa tietoa ja viedä sähköisten palveluiden kehitystä eteenpäin.

Opinnäytetyö perustui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan, jossa empiirinen aineisto kerättiin kyselyn avulla. Tutkimusjoukkona oli Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat. Terveydenhoitajat jakoivat 93 kyselylomaketta, joista palautettiin 92 täytettyä lomaketta. Kyselystä saatu aineisto analysoitiin hyödyntäen Excel -taulukkolaskentaohjelmaa ja tuotettiin suoria jakaumia sekä graafisia kuvioita. Toimintamallin kehittämisessä käytettiin konstruktivisen tutkimuksen lähestymistapaa.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan yli puolet vastaajista eivät olleet kiinnostuneita videopuhelun käyttämisestä ohjaus- ja neuvontatilanteissa vaan halusivat käydä vain terveydenhoitajan vastaanotolla. Hieman alle puolet vastaajista oli sitä mieltä, että tämänkaltaisen teknologia kuuluu paljon myöhempään tulevaisuuteen. Vastaajista oli kuitenkin yli kolmasosa kiinnostunut käyttämään videopuhelua sekä osalla oli kiinnostusta hoitaa terveysasioita myös muissa terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä. Palvelumuotona videopuhelulla koettiin olevan enemmän hyviä kuin huonoja puolia. Vastaajien teknologian käyttötaidot olivat suurella osalla melko hyvät ja videopuhelua oli käyttänyt vähän yli kolmasosa. Tuloksien perusteella voidaan todeta, että etävastaanoton käyttämiseen suhtaudutaan myönteisesti ja asiakkailla on valmiuksia käyttää sitä. Opinnäytetyön lopputuotoksena luotu etävastaanoton toimintamalli on hyödynnettävissä ja käyttöönotettavissa suoraan Linnainmaan terveysaseman käyttöön. Opinnäytetyön yhtenä jatkokehittämisehdotuksena on toteuttaa videopuhelupilotti ja kartoittaa käyttökokemuksia.

---

Asiasanat: sähköiset palvelut, etäpalvelut, videopuheluvastaanotto, aikuisneuvonta, toimintamallin kehittäminen

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree in Wellbeing Technology

TALA, ELINA:

Developing a Remote Consultation Service Operating Model for the Linnainmaa Health Centre Adult Clinic

Master's thesis 77 pages, appendices 5 pages  
August 2017

---

The purpose of this thesis was to develop the operations and electronic services of the Adult Clinic at the Linnainmaa Health Centre in Tampere, Finland. The aim was to determine whether patients would be interested in using video calling with a nurse for receiving consultation and advice. The objective was to create a remote consultation operating model.

The method of research-based development was applied, in which the data were collected using questionnaires. Nurses distributed 93 questionnaires, of which 92 were returned. The data were analyzed using Excel spreadsheet software. A constructive research approach was used in developing the operation model.

According to the data gathered more than half of the respondents were not interested in using video calling for consultation or advice. Nevertheless, more than a third were interested in using it and the respondents' level of technological ability was, for the most part, good.

The results show that the option of a remote consultation service provokes a positive reaction, and that patients are generally in a position to be able to use such a service. Remote consultation operating model that was developed can now be applied. One suggestion for further development is to create a video calling pilot scheme.

---

Key words: electronic services, remote services, video calling consultation, adult advice, operating model development

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	8
3	TAMPEREEN LINNAINMAAN TERVEYSASEMAN AIKUISNEUVONTA .....	9
3.1	Linnainmaan terveysasema ja aikuisneuvonta.....	9
3.1.1	Aikuisneuvolan terveydenhoitajan työnkuva.....	10
3.1.2	Ohjaus ja neuvonta aikuisneuvolassa.....	11
3.2	Ohjaus ja neuvonta hoitotyössä .....	13
3.3	Skype for Business -pikaviestintäohjelman käyttö.....	15
4	TERVEYDENHUOLLON SÄHKÖISET PALVELUT JA ETÄPALVELUT.....	17
4.1	Terveydenhuollon sähköiset palvelut .....	17
4.2	Teknologia ja tieto- ja viestintäteknikka.....	20
4.3	Viestintä .....	22
4.4	Etäpalvelut .....	24
4.5	Videopuheluvastaanotto.....	26
4.6	VideoVisit -videopuheluohjelma.....	29
4.7	Tietosuoja.....	30
4.8	Eettiset kysymykset ja laatu.....	32
5	TUTKIMUS- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT .....	35
5.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	35
5.2	Konstruktiiivinen tutkimus .....	36
5.3	Kyselytutkimus .....	36
5.4	Kyselyaineiston analysointi .....	38
6	KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET .....	39
6.1	Vastaajien taustatiedot .....	39
6.2	Teknologian käyttötaidot .....	40
6.3	Kiinnostus etävastaanottoa kohtaan.....	41
7	AIKUISNEUVONNAN TOIMINNAN KEHITTÄMINEN .....	46
7.1	Toimintamallin/prosessin kehittäminen.....	46
7.2	Aikuisneuvonnan toiminnan kehittämisen kulku .....	47
7.3	Aikuisneuvolan etävastaanoton toimintamalli.....	49
8	POHDINTA.....	55
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus .....	55
8.2	Opinnäytetyön tulosten arviointi.....	59

8.3 Opinnäytetyön eettisyys.....	65
8.4 Jatkokehittämissuhteet.....	65
LÄHTEET.....	67
LIITTEET.....	73
Liite 1. Tutkimuslupapäätös.....	73
Liite 2. Saatekirje.....	74
Liite 3. Kyselylomake.....	75

## 1 JOHDANTO

Suomalainen terveydenhuolto on valtavan muutoksen ja kehityksen alla ja sähköiset palvelut ovat tulleet osaksi terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on julkisen sektorin hanke, jonka tavoitteena on ottaa käyttöön tehokkaimmat ja vaikuttavimmat toimintatavat, vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja yhdenvertaisuutta sekä hillitä kustannuksia. Tärkeä väline on digitalisaatio, jonka avulla palveluita voidaan tuottaa uusilla tavoilla ja tehostaa prosesseja. (STM 2017a.) Euroopan komission toimintasuunnitelmassa 2012-2020 on toiminta-ajatuksena kehittää sähköistä terveydenhuoltoa ja erityisesti vastamaan kiireellisempiin haasteisiin, joita ovat kroonisten sairauksien ja monisairastavuuden hallinnan parantaminen, tehokas ennaltaehkäisy ja terveyden edistämiskäytäntöjen vahvistaminen (Euroopan komissio 2012).

Etävastaanottopalveluita kehitetään ja käytetään nykyään eri terveydenhuollon palveluissa julkisella ja yksityisellä puolella. Terveydenhuollon tietoteknologian levinneisyyden ja käyttöastetutkimuksen (2014) tutkimustulosten mukaan televideonvastaanotto (televideonvastaanotto potilaan ja lääkärin/jonkun muun terveydenhuollon ammattilaisen välillä) oli tullut uutena toimintona erikoissairaanhoidon käyttöön ja yleistynyt jonkin verran perusterveydenhuollon puolella: Televideonvastaanotto oli käytössä kolmessa sairaanhoitopiirissä, yhdessä yksityispuolen organisaatiossa ja kymmenessä terveyskeskuksessa. Kartoitukseen olivat osallistuneet kaikki sairaanhoitopiirit ja 88 % terveyskeskusorganisaatioista. (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015.)

Tampereen kaupungilla on käytössä erilaisia sähköisiä palveluita, mutta etävastaanotosta puhutaan vasta vähän. Tampereella huhtikuussa 2017 käynnistyneen Digiohjelman tavoitteeksi on asetettu, että kaikki käyttävät ensisijaisesti digitaalisia palveluita vuonna 2025. Ohjelman strategisena tavoitteena on uudistaa kaupunkia asiakaslähtöisesti ja tuloksellisesti. (Tampereen Digiohjelma 2017.)

Etäpalveluiden käyttämisessä on tutkitusti paljon erilaisia myönteisiä puolia. Vuononvirran (2011) tutkimustulosten mukaan etäterveydenhuollon sovellusten käyttöönoton hyötyjä potilaille olivat hoitomahdollisuuksien, hoidon saatavuuden ja hoidon tulosten para-

neminen. Potilaille oli ollut mahdollisuus saada enemmän tukea hoitoonsa ja heidän elämänlaatu parani sekä hoitoprosessin sujuvuus parani ja potilaat pääsivät nopeammin hoitoon. Diabetespotilaat suhtautuivat erittäin positiivisesti etävastaanottoihin ja vuorovaikutus oli sujunut luontevasti. (Vuononvirta 2011.) Etäpalveluhankkeen toteuttamien kotikäyttökokeilujen perusteella etäpalveluiden käytön asiakashyötyjä olivat matkustamisen vähentyminen, palvelutapahtuman tehostuminen, palvelujen joustavuus, saavutettavuuden paraneminen ja ajansäästöt (Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja 2015, 18). Pietikäisen (2013) tutkimustuloksissa kotihoidon asiakkaiden mielestä videoneuvottelulaitteen välityksellä keskusteleminen oli ollut helppoa, vaivatonta, mielekästä ja luontevaa. Vuorovaikutus hoitajan kanssa koettiin yhtä hyväksi kuin perinteisillä kotikäynneillä. (Pietikäinen 2013.)

Työskentelin viimeksi sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työtehtävissä Tampereen Linnainmaan terveysasemalla. Skype for Business -pikaviestintäohjelma oli terveysasemalla ammattilaisten välisessä käytössä ja pohdin, voisiko jotakin pikaviestintäohjelmaa ja varsinkin videopuhelua käyttää asiakkaiden kanssa vastaanottotilanteissa. Kiinnostus terveydenhoitotyötä ja sähköisiä palveluita kohtaan johti ideoimaan opinnäytetyön aiheen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Tampereen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita innovatiivisesti ja asiakaslähtöisesti sekä luoda etävastaanoton toimintamalli. Tässä opinnäytetyössä etävastaanotolla tarkoitetaan terveydenhoitajan ja asiakkaan kesken käytävää videopuhelua.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Tampereen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita. Tavoitteena oli luoda etävastaanoton toimintamalli Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, olisivatko Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat kiinnostuneita käyttämään videopuhelua terveydenhoitajan kanssa ohjaus- ja neuvontatilanteissa, millainen palvelumuoto etävastaanotto voisi heidän mielestään olla, millaiset teknologian käyttötaidot heillä on ja olisivatko he kiinnostuneita hoitamaan terveysasioita muissa terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä. Tarkoituksena oli tuottaa Linnainmaan terveysasemalle etävastaanoton käyttöä koskevaa tietoa ja viedä sähköisten palveluiden kehitystä eteenpäin.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Ovatko Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat kiinnostuneita käyttämään videopuhelua terveydenhoitajan kanssa ohjaus- ja neuvontatilanteissa?
2. Millainen palvelumuoto etävastaanotto voisi asiakkaiden mielestä olla?
3. Millaiset teknologian käyttötaidot asiakkailla on?
4. Ovatko asiakkaat kiinnostuneita hoitamaan terveysasioita muissa terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä?
5. Millainen etävastaanoton toimintamalli voisi olla?



### **3 TAMPEREEN LINNAINMAAN TERVEYSASEMAN AIKUISNEUVONTA**

Opinnäytetyön käsitteellinen viitekehys koostuu keskeisten käsitteiden määrittelystä, jossa yhdistetään aikaisempaa tutkittua tietoa teoreettiseen tietoon. Keskeisiä käsitteitä ovat sähköiset palvelut, etäpalvelut, videopuheluvastaanotto, aikuisneuvonta ja toimintamallin kehittäminen. Tässä luvussa käsitellään Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa. Terveystenhuollon sähköisiä palveluita, etäpalveluita ja videopuheluvastaanottoa käsitellään luvussa 4. Luku 7 käsittelee toimintamallin kehittämistä.

#### **3.1 Linnainmaan terveysasema ja aikuisneuvonta**

Tampereen Linnainmaan terveysasema sijaitsee kaupungin koillisosassa. Jokaiselle tamperelaiselle määräytyy kotiosoitteen mukaan häntä hoitava terveysasema. Linnainmaan terveysaseman palveluita käyttävät Linnainmaan asuinalueen asukkaiden lisäksi myös Leinolan, Vehmaisten, Takahuhdin ja Jankan asukkaat sekä osa Atalan, Hakametsän ja Kaukajärven asuinalueilla asuvista asukkaista. Vuonna 2016 potilaskäyntejä Linnainmaan terveysaseman lääkäreiden vastaanotoilla oli 16783 kappaletta, sairaanhoitajien vastaanotoilla 15703 kappaletta ja aikuisneuvolan terveydenhoitajien vastaanotoilla 3243 kappaletta.

Vastaanottotoiminta on yksi kunnan avopalvelujen tuotantoyksiköistä ja yhtenä palvelumuotona vastaanottotoimintaan kuuluu aikuisneuvonta. Aikuisneuvonta vastaa lähialueensa aikuisväestön neuvolapalveluista ja palvelut ovat maksuttomia. Aikuisneuvonnassa työskentelee terveydenhoitajia. Yhdessä terveysaseman ammattilaisten kanssa aikuisneuvonta ehkäisee, tunnistaa ja hoitaa yleisimpiä kansansairauksia. Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolassa työskentelee kolme terveydenhoitajaa. Aikuisneuvola toimii samoissa tiloissa terveysaseman kanssa. Kahden terveydenhoitajan keskeisenä työtehtävänä on tyypin 2 diabeetikoiden hoidonohjaus ja vastaanotolle ohjataan yli 65-vuotiaat asiakkaat. Kolmas terveydenhoitaja työskentelee dehko-hoitajana, jonka vastaanotolle ohjataan ne alle 66-vuotiaat työikäiset, joilla on suuri riski sairastua diabetekseen. Dehkoniimi on jäänne valtakunnallisesta Dehko –hankkeesta, joka keskittyi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.)

### 3.1.1 Aikuisneuvolan terveydenhoitajan työnkuva

Terveydenhoitajan työtä ohjaa esimerkiksi Terveys 2015 –kansanterveysohjelma, eri Käypä Hoito –suositukset ja Tampereen kaupungin toimintaohjeet/suositukset. Aikuisneuvolan kahden terveydenhoitajan työtehtävät ovat monipuolisia, sisältäen sairaanhoitoa sekä tutkimuksia ja toimenpiteitä, esimerkiksi kuulontutkimus, haavanhoidot ja rokottaminen. Pääpaino työssä on terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.) Terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat tekevät lisääntyvässä määrin samoja työtehtäviä Tampereen terveysasemilla, mutta Linnainmaan terveysasemalla on pidetty kiinni siitä toimintatavasta, että terveydenhoitaja toteuttaa terveyden edistämistyötä ja sairaanhoitaja hoitaa akuutin sairaanhoidon.

Asiakkaita ohjataan elintapaohjauksen, lääkehoidon ja omaseurannan toteuttamisessa ja annetaan terveysneuvontaa, seurataan asiakkaiden terveydentilaa sekä toteutetaan eri kansansairauksien ennaltaehkäisyä ja hoidon seurantaa. Kansansairauksilla tarkoitetaan diabetesta, verenpainetautiä ja valtimotauteja. Työnkuvaan kuuluu myös muistitestien, valmistelevien vastaanottojen, terveystarkastusten ja yhdistelmähormonienkäisyä käyttävien asiakkaiden seurantakäyntien toteuttaminen. Lisäksi terveydenhoitajat laativat sähköisiä hoitotarvikeselvityksiä, kun asiakas tarvitsee diabeteksen hoitotarvikkeita, inkontinenssituotteita tai haavanhoitotarvikkeita sekä toteuttavat 18-vuotta täyttäneiden PEF (= uloshengityksen huippuvirtaus) -ohjaukset. Marevan-verenohennuslääkkeen käyttöön liittyvät alkuohjaukset antavat pääasiassa sairaanhoitajat. Erilaisten tuki- ja keskustelukäyntien toteuttaminen ja terveystuotteiden- ja palveluiden käyttämisen ohjeistaminen kuuluvat myös työnkuvaan. Terveydenhoitajat pitävät painonhallinta- ja elintaparyhmiä sekä tyypin 2 diabeteksen ensitietoryhmiä. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.)

Dehko-hoitajan työnkuva eroaa hieman kahden muun terveydenhoitajan työnkuvasta. Dehko-hoitajan asiakkaita ovat aikuisten terveystarkastuksissa löytyvät henkilöt, jotka saavat tyypin 2 diabetes-riskitestissä pisteitä 15 tai yli ja työikäiset, jotka muissa seulonnoissa tai tarkastuksissa havaitaan tyypin 2 diabetesriskin alle kuuluviksi ja jotka saavat diabetes-riskitestissä pisteitä 15 tai yli sekä työikäiset, jotka ovat sairastaneet valtimotaudin tai joilla on todettu koholla oleva paastosokeri tai heikentynyt glukoosinsieto sokerirasituskokeessa. Asiakkaita ovat myös raskausdiabeteksen sairastaneet äidit, mielenter-

veysasiakkaat, joille annetaan terveystarkastusta, painonhallinta-asiakkaat, tupakasta vieroittautumisohjausta saavat asiakkaat sekä sairaalasta tulevat valtimotapahtuman sairastaneet potilaat. Dehko-hoitajakin suunnittelee ja pitää erilaisia ryhmäohjauksia sekä järjestää tietoisuuksia ja yleisötapahtumia. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.)

Korkean diabetesriskin alle kuuluvilla asiakkaila tehdään vastaanotolla aluksi perusteellinen terveystarkastus ja annetaan alkuohjausta. Yhdessä asiakkaan kanssa dehko-hoitaja laatii tavoitteet asiakkaan terveystottumuksien muuttamiseksi tyypin 2 diabeteksen ja valtimotautien vaaratekijöiden vähentämiseksi sekä suunnittelee jatkohoidon huomioiden kokonaistilanteen, kuten lääkärin vastaanoton ajankohta ja painonhallinnanohjaus vastaanotolla tai ryhmässä. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.)

### **3.1.2 Ohjaus ja neuvonta aikuisneuvolassa**

Ohjaus ja neuvonta kuuluvat aikuisneuvolan terveydenhoitajan käytännön työhön. Tässä luvussa käsitellään sellaisia Linnainmaan aikuisneuvolan vastaanottotapahtumia, joihin sisältyy ohjausta ja neuvontaa. Eri vastaanottotapahtumille on määritelty toimintaohjeita/suosituksia käyntitiheyksien ja vastaanotoilla käsiteltävien asioiden suhteen ja ne löytyvät Tampereen kaupungin sisäisestä Intranetistä. Tutkimuseettisistä syistä toimintaohjeita/suosituksia käsiteltiin lyhyesti ja vain siltä osin kuin arvioitiin tarpeelliseksi.

Tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden alkuohjaukset annetaan nykyään pääsääntöisesti ryhmäohjauksina, mutta yksilövastaanotoille ohjataan varsinkin iäkkäät ja maahanmuuttajat sekä asiakkaat, jotka eivät sopeudu ryhmäohjaukseen. Jatko-ohjaamisen tarve ja hoidon tavoitteet pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Alkuohjausta annetaan 1-3 kertaa ja vastaanoton kestoksi on määritelty 60 minuuttia. Alkuohjauksessa kartoitetaan asiakkaan kokonaistilanne, käydään läpi diabetekseen liittyviä asioita, ohjeistetaan verensokerin omaseurannan toteuttaminen sekä otetaan mittauksia, kuten verenpaine, painoindeksi ja vyötärön ympärysmittaus. Jalkojen tutkimus- ja omahoidon ohjaus kuuluvat alkuohjaukseen. (Intranet Loora 2017.)

Jatkossa seurantakäyntejä on 1-4 kertaa vuodessa. Vastaanoton kestoksi on määritelty 45-60 minuuttia. Ennen vastaanottoaikaa pyydetään asiakasta mittaamaan tiheästi verensokeria ja kirjaamaan arvot ylös. Vastaanotolla käydään läpi ja arvioidaan omaseurannan

tuloksia ja asiakkaan hoidon tavoitteita sekä keskustellaan elintavoista. Seurantakäynnillä otetaan myös mittauksia ja tarkistetaan verensokerin mittaustekniikka sekä mahdollisen insuliinihoidon toteutuminen. Lisäksi tarkistetaan laboratoriotutkimusvastaukset, jos niitä on otettu. Jalkojen tutkimus tehdään vähintään kerran vuodessa ja tutkimuksen tekee myös hoitava lääkäri vuosikontrollikäynnillä, varsinkin jos terveydenhoitaja ei ole ehtinyt sitä tehdä. Terveydenhoitaja huolehtii asiakkaan ohjaamisesta eteenpäin esimerkiksi lääkärin vastaanotolle. (Intranet Loora 2017.)

Verenpainetautiä sairastavan potilaan kartoituskäynnillä selvitetään terveydentilaan, elintapoihin ja kohonneeseen verenpaineeseen liittyviä asioita sekä määritellään ohjauksen tarve ja laaditaan jatkosuunnitelma. Käynnillä otetaan mittauksia, kuten verenpaine ja painoindeksi. Potilaalla on mahdollisuus saada tehostettuja ohjauskäyntejä 2-4 kertaa puolen vuoden aikana. Tarkoituksena on laatia potilaalle tavoitteet, joihin hän pyrkii sairauden hoidossa ja sopia keinot, joilla potilas etenee tavoitteisiinsa. Ohjauskäynnillä motivoidaan potilasta omahoitoon ja annetaan verenpaineen omaseurannan ohjausta ja elintapaohjausta. Kartoitus- ja ohjauskäynnin kestoksi on määritely 60 minuuttia. Myöhemmin toteutuvilla seurantakäynneillä tarkistetaan tavoitteiden ja verenpaineen omaseurannan toteutuminen, annetaan elintapaohjausta ja otetaan mittauksia. Seurantakäyntejä voi olla 2-4 käyntiä vuodessa ja käynnin kestoksi on määritely 30-45 minuuttia. Ohjeiden mukaan hyvässä verenpainetaudin hoitotasapainossa voidaan seuranta järjestää harvemmin, esimerkiksi hoitajan vastaanotto vuosittain ja lääkärin vastaanotto kahden vuoden välein. (Intranet Loora 2017.)

Elintapaohjausta voidaan antaa myös perusterveelle asiakkaalle, joka tulee omasta halustaan tai ammattilaisen ohjaamana terveydenhoitajan vastaanotolle. Asiakkaalle on voinut nousta huoli havaitsemistaan epäterveellisistä elintavoista tai lääkäri on huomannut laboratoriotutkimusvastauksissa koholla olevia verensokeri- ja/tai kolesteroliarvoja, jolloin elintavat kannattaa kartoittaa. Terveydenhoitajan antama elintapaohjaus sisältää keskustelua ainakin ravinnosta, liikunnasta, alkoholin käytöstä, tupakoinnista sekä sairauksien ehkäisystä, unen laadusta, mielialasta ja sosiaalisista suhteista.

Valmisteleva vastaanotto suositellaan tehtäväksi asiakkaille, joilla on krooninen sairaus/sairauksia. Valmisteleva vastaanotto valmentaa asiakasta lääkärin vastaanottokäyntiä ja hoitosuunnitelmaa varten. Hoitosuunnitelman avulla tuetaan asiakkaan omahoitoa.

Aktiivisella omahoidolla voidaan ehkäistä pitkäaikaissairauksien kehittyminen ja ylläpitää sairauksien hyvää hoitotasapainoa. Ennen vastaanottoa asiakkaalle lähetetään kotiin täytettävä omahoitolomake. Vastaanotolla käydään läpi omahoitolomakkeen sisältö, tarkistetaan laboratoriotutkimusten tarve, lääkitys ja tehdään tarpeen mukaan alustavia tutkimuksia kuten verenpaine- ja verensokerimittaukset. Vastaanoton kestoksi on määritelty 30-60 minuuttia. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.)

Terveysaseman palveluita käyttävät aikuisasiakkaat voivat varata ajan terveystarkastukseen. Terveystarkastuksen kestoksi on määritelty 60 minuuttia. Terveystarkastuksessa kartoitetaan asiakkaan terveystottumuksia ja terveysneuvonnan tarpeita esitietolomakkeiden ja haastattelun avulla. Terveystarkastuksen sisältö pohditaan asiakkaan tarpeiden mukaan. Vastaanotolla otetaan mittauksia ja iäkkäämmille voidaan tehdä myös toimintakykytesti. 80-vuotiaille voidaan tehdä terveystarkastus kotona, mutta tarkastuksia eivät tee Linnainmaan aikuisneuvolan terveydenhoitajat. (Intranet Loora 2017; Tampereen kaupunki 2017.)

Ne asiakkaat, jotka hoitavat yhdistelmähormoniehkäisyn seurantaan- ja neuvontaan liittyvät asiat aikuisneuvolassa, käyvät ohjeiden mukaisesti joko lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Ehkäisylääkkeen reseptin uusinta ilman jonkun edellä mainitun ammattilaisen arviota ei riitä. Hoitajan vastaanoton kestoksi on määritelty 45 minuuttia. Seurantakäynnillä keskustellaan asiakkaan elämäntilanteesta, ehkäisymenetelmän sopivuudesta ja seksuaaliterveyden riskeistä. Vastaanotolla mitataan verenpaine tai asiakas voi mitata sen muualla. (Intranet Loora 2017.)

### **3.2 Ohjaus ja neuvonta hoitotyössä**

Hoitotyössä ohjausta ja neuvontaa ohjaavat esimerkiksi lait, suositukset ja asetukset. Laki potilaan asemasta- ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Laki sanoo, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja hänen hoitonsa

on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta- ja oikeuksista 1992.)

Aikuisneuvolan terveydenhoitajan työtä ohjaavan Terveys 2015 –kansanterveysohjelman pääpaino on terveyden edistäminen. Ohjelma sisältää kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta ja 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa, jotka liittyvät kansalaisten arkielämän ympäristöihin ja koskevat yhteiskunnan eri tahoille asetettavia haasteita ja linjauksia. Ohjelman mukaan ohjauksessa keskeistä ovat autonomian kunnioittaminen ja sen edellytysten luominen. (STM 2001; Intranet Loora 2017.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) kerrotaan, että kunnan on seurattava asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin (Terveydenhuoltolaki 2010).

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ohjaus- ja valvontavastuu terveysneuvonnasta. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa, jossa kuntalaisten hyvinvointia tuetaan suunnitelmallisesti terveyslähtöisellä vuorovaikutuksella ja viestinnällä yksilö- ja ryhmätasolla. Terveysneuvonnan tehtävä on seurata ja edistää kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä, tukea työ- ja toimintakykyä, sairauksien ennaltaehkäisyä, edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa, tukea terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä valintoja sekä tarjota ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa, tukea tupakoinnista vieroitukseen ja alkoholinkäytön vähentämiseen keskeisten kansansairauksien ehkäisemiseksi. (STM 2017b.) Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa (Terveydenhuoltolaki 2010).

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon toiminnasta potilaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

Asiakkaiden ohjaamisessa pyritään edistämään asiakkaiden kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaustilanteessa asiakas on aktiivinen ongelman ratkaisija ja hoitaja tukee häntä päätöksenteossa ja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Onnistunut ohjaus tarkoittaa, että hoitaja ja asiakas ovat tavoitteellisia ja aktiivisia ja hoitajan antama ohjaus on motivoivaa, luottamuksellista, asiakasta kunnioittavaa, rohkaisevaa, turvallista ja ammattimaista. (Kyngäs ym. 2007, 25–49.)

Ohjaaminen on vuorovaikutteista, jonka rakentamisen perustana ovat asiakkaan taustatekijöiden lisäksi hoitajan taustatekijöiden tunnistaminen. Taustatekijöillä tarkoitetaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia taustatekijöitä sekä ympäristötekijöitä. Ohjaus etenee sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla. Toimivan vuorovaikutteisen ohjaussuhteen edellytyksenä on, että asiakas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta, jolloin asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ammattinsa asiantuntija. Hyväksyvä tapa on yksi hoitotyön ohjaustapa, jossa hoitajan rooli on kuunnella, tukea ja hyväksyä asiakas. Konfrontoivaa tyyliä käytetään osoittamaan asiakkaalle, jos hänen puheissaan ja teoissaan ilmenee ristiriitoja, kuten tilanne, jossa asiakas luulee omaavansa terveelliset elintavat, vaikka näin ei todellisuudessa olisi. Katalysoivan tavan avulla asiakasta autetaan selkiyttämään informaatiota ajattelun, päätöksenteon ja toiminnan pohjaksi. (Kyngäs ym. 2007, 25–49.)

### **3.3 Skype for Business -pikaviestintäohjelman käyttö**

Skype -pikaviestintäohjelma on perustettu vuonna 2003 ja se on nykyään osa Microsoft Corporationia. Skypen peruskäyttö on ilmaista ja käyttäjät voivat soittaa puhelimen tai tietokoneen välityksellä video- ja äänipuheluita sekä lähettää toisilleen pikaviestejä. Skypen maksullisessa versiossa on enemmän toimintoja ja käyttäjä voi esimerkiksi soittaa ja lähettää tekstiviestejä puhelimeen. Skype for Business -ohjelmaa käytetään organisaatioissa ja se soveltuu isompien kokousten ja koulutusten pitämiseen. Pikaviestintäohjelma (*engl. instant messenger*) mahdollistaa reaaliaikaisen keskusteluyhteyden keskusteluun pyydettyjen osallistujien välillä. Skype ja WhatsApp ovat pikaviestintäohjelmia. (Salmi 2014, 163, 164; Skype 2017.)

Linnainmaan terveysasemalla työskennellessäni käytettiin Skype for Business -pikaviestintäohjelmaa säännöllisesti eri ammattiryhmien välisessä viestinnässä kirjoittamalla pikaviestejä. Ohjelmaa käytettiin samankaltaisissa tilanteissa, joissa käytetään perinteisesti sähköpostia tai puhelinta. Hoitaja pystyi esimerkiksi konsultoimaan kollegaansa tai lääkäriä kiireettömässä tai akuutimmassa kysymyksessä sekä keskustelemaan yleisistä työasioista. Viestintä tapahtui pääasiassa terveysaseman työntekijöiden välillä, mutta ohjelman välityksellä pystyi konsultoimaan esimerkiksi Linnainmaan kotisairaanhoidon tai kaupungin ajanvaraus- ja neuvontayksikön hoitajaa. Skype for Business -pikaviestintäohjelman salausta/suojausta ja käyttämistä koskevia ohjeita on kirjattu Tampereen seudun sähköisten viestintävälineiden käytösäännöt 2016 -dokumenttiin, joka löytyy Tampereen kaupungin Intranetistä (Intranet Loora 2017).

Yhteydenotto Skype for Business -pikaviestintäohjelman avulla oli monta kertaa nopeampi ja helpompi sekä häiritsemätön tapa kuin soittaa puhelimella, lähettää sähköposti tai käydä työkaverin huoneessa. Ohjelmassa käytössä olevilla emoji-kuvasympboleilla pystyi vahvistamaan sanomaansa. Terveysasemalla ei käytetty ohjelman videopuhelutoimintaa, mutta Tampereen kaupunki järjesti koulutuksia joskus videovälitteisesti.

Huonoa pikaviestintäohjelman käyttämisessä oli, jos vastaanottaja ei huomannut pikaviestiä siinä ajassa kuin lähettäjä oli tarkoittanut tai verkkoyhteysongelmien vuoksi ohjelma oli tilapäisesti poissa käytöstä. Väärinkäsitysten riski saattoi olla suurempi, kun asioita kirjoitettiin viestinä. Ohjelmaa hyödynnettiin soveltuvien osien noudattaen hyviä eettisiä periaatteita. Ohjelmaa voitiin pitää hyödyllisenä ja näppäränä työkaluna puhelimen ja sähköpostin rinnalla.



## 4 TERVEYDENHUOLLON SÄHKÖISET PALVELUT JA ETÄPALVELUT

Asiakkaan roolin vahvistaminen ja omatoimisuuden kehittäminen tietoteknologian avulla ovat olleet pitkään kansainvälisenä trendinä. Suomessa se näkyi jo sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön tietoteknologian hyödyntämisstrategiassa (1996), jonka tavoitteena oli lisätä asiakkaiden omahoitoa ja osallistumista sekä tietoa terveydestä ja elintavoista hyödyntämällä tietoteknologiaa. Sähköisten palveluiden kehittämiseen ovat vaikuttaneet väestön ikääntyminen ja sen myötä pitkäaikaissairauksien lisääntyminen, palvelujen käytön lisääntyminen, asiakkaiden oman roolin korostuminen hoidossa, tietoteknologiakehitys, lainsäädännön muutokset sekä kunta- ja palvelurakennemuutos. (Hyppönen & Niska 2008.)

Sähköisiin palveluihin liittyviä valtakunnallisia hankkeita on tänäkin päivänä käynnissä useita. Digitalisoidaan julkiset palvelut –hankkeen tavoitteena on rakentaa julkisia palveluita käyttäjälähtöisiksi, uudistamalla ensisijaisesti toimintatapoja digitaalisiksi. Palvelut asiakaslähtöisiksi –hankkeen tavoitteena on tehostaa sähköisten palveluiden hyödyntämistä asiakkaiden omahoidossa ja neuvonnassa sekä hyödyntää terveysteknologian tarjoamat mahdollisuudet. Hankkeessa korostuu terveelliset elämäntavat ja ennaltaehkäisevä työote. (Hallitusohjelma 2015.)

Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 –strategian tavoitteena on tukea sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista ja kansalaisten aktiivisuutta oman hyvinvointinsa ylläpidossa esimerkiksi lisäämällä sähköisiä palveluja. Sähköisten asiointipalveluiden lisäksi tulisi kehittää uusia välineitä ennaltaehkäisevään toimintaan ja kansalaisten omaehtoiseen terveydestä huolehtimiseen. (STM 2014.)

### 4.1 Terveydenhuollon sähköiset palvelut

Terveydenhuollon sähköisten palveluiden (*engl. eHealth*) määritelmän lisäksi käytetään termiä sähköinen asiointi. Tarkemmin määriteltynä sähköiset terveydenhuolto- ja hyvinvointitekniikka tarkoittavat terveydenhuoltoalan välineitä ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintäteknologiaa ja joita käytetään sairauksien diagnosoinnissa, eh-

käisyssä, hoidossa ja terveydentilan seurannassa. Sähköisellä asioinnilla tarkoitetaan julkisen hallinnon palveluja, joita asiakkaat käyttävät. Kuntien tarjoamat sähköiset asiointipalvelut mahdollistavat asiakkaan itsepalvelun paikasta ja ajasta riippumatta, jos asiakkaalla on käytössään verkkoyhteydellä varustettu tietokone tai mobiililaitte. Kuntien tulisi ottaa huomioon, ettei kaikilla ihmisillä ole aina laitteita käytössä, joten sähköisten palveluiden järjestämiseen kuuluu myös käytön mahdollistaminen. Lähtökohta julkisen hallinnon sähköiselle asioinnille on, että se on turvallista, toimivaa ja helppokäyttöistä. Sähköisten palveluiden kehittämisellä pyritään ratkaisemaan haasteita palvelujen saatavuudessa ja laadussa. (Hyppönen & Niska 2008; TEM 2014; Kuntaliitto 2017; VM 2017.)

Sähköisellä terveydenhuollolla tarkoitetaan tieto- ja viestintätekniikan käyttöä terveydenhuollon tuotteissa, palveluissa ja prosesseissa yhdessä terveydenhuoltojärjestelmien organisaatiomuutoksen ja uusien taitojen kanssa. Tämän avulla pyritään parantamaan kansalaisten terveyttä, palvelujen tarjoamisen tehokkuutta ja tuottavuutta sekä terveyden taloudellista ja sosiaalista arvoa. (Euroopan komissio 2012.)

Digitalisaatio on käsitteenä laaja ja se liittyy sekä tietoteknisiin ratkaisuihin että digitaalisiin eli sähköisiin palveluihin ja välineisiin. Digitalisaation avulla voidaan sosiaali- ja terveystalvveluja tuottaa entistä tehokkaammin ja uusilla tavoilla. Digi-palvelut antavat jatkossa ihmisille nykyistä paremmat mahdollisuudet kehittää ja ylläpitää itse hyvinvointiaan ja terveyttään. (STM 2017a.) Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveystalvvelujen strategian 2015-2020 yhtenä tavoitteena on, että sähköiset palvelut edistävät tasa-arvoista ja asiakaslähtöistä hoitoa ja ehkäisevät syrjäytymistä (Sairaanhoidajaliitto 2015).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti ensimmäisenä valtakunnallisen tutkimuksen (2014) koskien sähköisten asiointipalveluiden käyttöä, käyttäjäkokemuksia ja kehittämistarpeita sosiaali- ja terveystalvveluissa. Tutkimustulokset osoittivat, että suomalaisten valmiudet sähköisten palveluiden käyttämisessä olivat melko hyvät. Kokemukset sähköisten portaalien käytöstä olivat pääasiassa positiivisia ja Mielenterveystalo ja Oma-Kanta koettiin hyödyllisimpinä. Vastaajista 12 prosenttia oli ollut tietokoneen välityksellä yhteydessä lääkäriin tai sairaanhoidajaan. Tärkeimmiksi sähköisen asioinnin tavoitteiksi asiakkaat kokivat tietoturvan, päällekkäisten tutkimusten välttämisen, palveluun pääsyn ja hoidon saannin nopeutumisen sekä lääkevirheiden välttämisen. Suurimmiksi esteiksi koettiin, että palvelut olivat hankalia käyttää ja että sähköinen asiointi ei voisi korvata perinteisiä vastaanottokäyntejä. (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014.)

Nykyään kansalainen etsii itse paljon terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa ja haluaa osallistua hoitoonsa ja sitä koskeviin päätöksiin. Terveystiedon määrä kasvaa Internetissä ja Internetin käyttö yleistyy tiedon etsinnässä. (Hyppönen & Niska 2008.) Väestön tieto- ja viestintäteknikan käyttötutkimuksen (2016) tutkimustuloksissa ilmeni, että vuonna 2016 suomalaisista 88 prosenttia oli käyttänyt Internetiä. Alle 55-vuotiaista Internetiä käyttivät kaikki, 65-74-vuotiaista 74 prosenttia ja 75-89-vuotiaista 31 prosenttia. Tulosten perusteella koko väestöstä Internetin käytön osuus oli kasvanut kaksi prosenttiyksikköä vuodesta 2015 ja voitiin todeta, että se yleistyy vanhemmissa ikäryhmissä. Kodin ja työn ulkopuolella liikkeessään käytti 65 prosenttia vastaajista matkapuhelimella ja 24 prosenttia tabletilla Internetiä. Yleisimmin Internetiä käytettiin tiedonhakuun, median seuraamiseen, asioiden hoitamiseen ja viestintään. (Tilastokeskus 2016.)

Suomessa tehtyjen kartoitusten perusteella terveydenhuollossa hyödynnetään teknologiaa lisääntyvässä määrin. Asiakkaalla on enemmän mahdollisuuksia saada hallintaansa omia terveystietojaan, toimia vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sekä edistää terveyttään. Kanta -palveluiden lisäksi ovat monet kunnat ottaneet käyttöön paikallisia sähköisiä palveluja. (Hoitotyön vuosikirja 2016, 32.)

Terveydenhuollon tietoteknologian levinneisyyden ja käyttöastetutkimuksen (2014) tulosten mukaan potilaan itse tuottamien mittaustulosten ja tekstimuotoisen tiedon välittäminen terveydenhuollon järjestelmiin oli vähäistä ja kaikki ratkaisut olivat paikallisia. Internetin kautta potilaalle tapahtuva tiedotus oli käytössä, sähköinen ajanvaraus- ja ajanvahvistus olivat lisääntyneet, televideon vastaanotto oli lisääntynyt ja tunnisteellinen salattu tekstiviesti ja sähköpostiasiointi olivat alkutekijöissään, mutta tavanomaisen sähköpostin käyttö oli vähentynyt. Mobiiliterveydenhuoltopalvelut olivat korvaamassa tietojärjestelmäsidonnoisia tai aikaan ja paikkaan sidottuja palveluja. (Reponen ym. 2015.)

Sähköinen ajanvaraus- ja ilmoittautuminen, asiointi- ja terveystilit, verkkoneuvonta, hoitoviestit, sähköiset lomakkeet, etävastaanotto, etämittaukset ja terveyden mittaus- ja seurantaohjelmat ovat esimerkkejä sähköisistä palveluista, jotka tulevat nykyään palvelukirjossa vastaan. Palveluiden kehittäminen selkeästi jatkuu ja käyttöön tulee nopealla vauhdilla paranneltuja tai kokonaan uusia palveluita. Tampereella asiakas voi varata sähköisesti eri toimipisteisiin vastaanottoajan lääkärille tai hoitajalle, täyttää erilaisia sähköisiä esitietolomakkeita tai saada hoito-ohjeita ja muita hoitoon liittyviä tietoja sähköisesti. (Hyppönen & Niska 2008; Tampereen kaupunki 2017.)

Potilastiedon arkisto ja tiedonhallintapalvelu, lääketietokanta, sähköinen resepti ja OmaKanta ovat valtakunnallisia lakisääteisiä terveyspalveluja, joita kutsutaan yhteisellä nimellä kansallisen terveystietokannan palveluiksi. Kanta -palveluita on otettu eri puolilla Suomea käyttöön vuodesta 2010 alkaen. OmaKanta on yli 18-vuotiaiden käytettävissä oleva verkkopalvelu, jossa voi tarkastella esimerkiksi omia sairauskertomustietojaan, sähköisiä reseptejä ja lääkitystietoja. (Kanta 2017.)

Sähköisiin palveluihin tunnistautuminen tapahtuu verkkopankkitunnuksilla, sähköisellä henkilökortilla tai mobiilivarmenteella. Asiakastietolain (159/2007) tavoitteena on edistää potilastietojen tietoturvallista käsittelyä, potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia sekä terveydenhuollon palveluiden potilasturvallista ja tehokasta tuottamista. Laki velvoittaa julkisia terveydenhuollon organisaatioita tallentamaan potilastiedot valtakunnallisesti keskitettyyn arkistoon. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Asiakkaan motivaatiota, omaa aktiivisuutta ja elämäntapamuutosta terveytensä edistämiseksi pyritään tukemaan tarjoamalla asiakkaille tietoa terveydestä ja sairauksista sekä vuorovaikutteisia kanavia hoitoon osallistumiseksi. Omahoito vähentää sairastavuutta ja hoidon tarvetta. (Hyppönen & Niska 2008.) Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Heikki Pälve (2015) toi esille, miten potilaat todennäköisesti diagnosoivat osin itse sairauksiaan vuonna 2030. Hoidon voisi järjestää ilman henkilökohtaista kontaktia ja kroonisten sairauksien seuranta mahdollista toteuttaa etänä. Samaan aikaan olisi kasvanut uusi potilasukupolvi, joka haluaisi toimia hoidossaan itsenäisemmin ja nimenomaan etäyhteyden avulla. Silloin on syntynyt uusi terveydenhuollon toimija, joka on hoidossaan aktiivinen, osaava ja vastuullinen potilas. (Pälve 2015.)

## **4.2 Teknologia ja tieto- ja viestintäteknikka**

Tekniikalla tarkoitetaan valmistusta, taitoa ja esineiden suunnittelua sekä niiden avulla syntyviä uusia esineitä ja laitteita. Teknologia on yleisnimi tekniikkaan liittyville laitteille ja järjestelmille sekä tiedepohjaisille tiedoille ja taidoille. (Suhonen & Siikanen 2007.) Hyvinvointitekniologia/terveystekniologia määritellään tietoteknisiksi tai teknisiksi ratkaisuiksi, joilla ylläpidetään tai parannetaan ihmisen elämänlaatua, terveyttä tai hyvinvoin-

tia. Terveysteknologialla tarkoitetaan erilaisia laitteita, järjestelmiä, ohjelmistoja ja tarvikkeita, joita käytetään terveyden- ja sairaanhoidon diagnostiikassa, sairauksien ehkäisyssä, monitoroinnissa, hoidossa sekä vammojen tai toimintakyvyn vajausten korvaamisessa. (Suhonen & Siikanen 2007; TEM 2014.)

Eettisen neuvottelukunnan kannanoton mukaan sosiaali- ja terveysteknologialla tarkoitetaan teknologiaa, joka liittyy hoivaan, hoitoon, toimintakyvyn heikentymisen ja vajuuksien ehkäisyyn ja hidastamiseen, kompensointiin ja kuntoutukseen. Teknologia kattaa laajalti toimintajärjestelmiä, erilaisia apuvälineitä ja muita laitteita. Teknologia osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on nähtävä järjestelmänä, joka sisältää suunnittelua, tutkimusta, käyttöä sekä arviointia. (ETENE 2010.)

Suomessa saa tuoda markkinoille ja ottaa käyttöön vain vaatimukset täyttäviä terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita. Ennen markkinoille saattamista valmistajan pitää näyttää toteen tuotteen/laitteen käyttötarkoitukseen sopivuus, suorituskyky ja turvallisuus. Lain terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta. (Valvira 2009.)

Ensimmäisessä suomalaistutkimuksessa, jossa selvitettiin myös yli 85-vuotiaiden teknologian käyttöä ja asenteita teknologiaa kohtaan ilmeni, että 84 prosentilla vastaajista oli käytössä matkapuhelin ja se oli jonkin verran yleisempi miehillä kuin naisilla. Vastaajista 23 prosentilla oli tietokone ja miehet käyttivät sitä useammin asioiden hoitamiseen kuin naiset. Ne, joilla oli käytössä tietokone ja Internet-yhteys oli heistä 17 prosenttia käyttänyt tietokonetta tiedonhakuun, 13 prosenttia pankkiasioihin ja 10 prosenttia pelannut pelejä. 54 prosenttia vastaajista uskoivat uuden teknologian tai tekniikan olevan hyödyllistä ja uuden teknologian hyödyllisyyteen esimerkiksi arjen helpottajana uskoi enemmän miehet. (Intosalmi, Nykänen & Stenberg 2013.)

Harhanen (2013) selvitti, millaisia ongelmia Turun terveystieteiden keskuksessa oli palveluiden saatavuudessa ja pohti, voisiko palveluita kehittää tieto- ja viestintäteknikalla. Tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon asiointikanavat olivat painottuneet puhelinsoittoihin ja käynteihin. Avun hakeminen ja yhteydenpito terveydenhuoltoon koettiin vaikeaksi. Haastatelluilla ei ollut juurikaan kokemusta sähköisistä palveluista. Johtopäätöksenä todettiin, että tieto- ja viestintäteknologian ratkaisuisissa tulisi pyrkiä asiakaslähtöisyyteen,

mutta asiakaslähtöisyyden sijaan oli ilmennyt, että terveyskeskus oli rakentanut ”muurin”, joka hillitsi palveluiden käyttöä. Yhtenä lähestymistapana tutkimuksessa kuvattiin monikanavainen yhteyskeskusmalli, jossa asiakaskontaktit keskitettäisiin yhteen keskuksen. (Harhanen 2013.)

Wessmanin ym. (2013) tutkimuksessa tarkasteltiin, miten ikääntyneet kokevat teknologian käyttämisen jokapäiväisessä elämässään. Tutkimukseen osallistui yli 75-vuotiaita, joista suurin osa oli naisia. Tutkimustulosten mukaan yleisimmin käytössä olevaa teknologiaa oli matkapuhelin, jonka omisti 77 prosenttia vastaajista ja lankapuhelin, joka oli joka toisella. Tietokoneen, jossa oli Internet-yhteys, omisti 41 prosenttia vastaajista. Muita elämänlaatuun liittyviä teknologisia ratkaisuja olivat esimerkiksi sähkösenky, kuvapuhelin/tietokoneen Skype -ohjelma, turvaliesi, kaatumishälytintä, kuntopyörä ja kodinkoneet. Moni ikääntynyt ajatteli teknologian tarkoittavan tietokonetta ja jotakin monimutkaisempaa laitetta eikä esimerkiksi kahvinkeitintä luokiteltu teknologiaksi, koska sitä pidettiin niin arkisena. Monet oli vasta vanhemmalla iällä tutustuneet tietotekniikkaan. Tietotekniikan ja yleensäkin tekniikan suhteellinen tuoreus vaikutti tutkittavien mielipiteisiin teknologiasta. Se näkyi myös ennakkoluuloina ja vähäisenä käyttökokemuksena. Iäkkäillä ei tuntunut olevan tarpeita käyttää ensisijaisesti teknologian tuomia mahdollisuuksia ja asiat hoidettiin mieluummin vanhojen tapojen mukaisesti. Teknologian avulla löytyi uusia kommunikoinnin muotoja ja Skype -videopuheluohjelmaa kehitettiin, koska sen avulla pystyi keskustelemaan ulkomailla asuvien sukulaisten kanssa ja kuvapuhelumahdollisuuden ansiosta se toi uudenlaista laatua kommunikointiin. (Wessman ym. 2013.)

### **4.3 Viestintä**

Sosiaali- ja terveysalan viestintää tapahtuu asiakkaiden kanssa erilaisissa tilanteisissa ja toimintaympäristöissä, kuten hoitolaitoksissa, puhelimessa ja sähköpostin välityksellä. Viestintää tapahtuu myös potilaan omaisten sekä omien kollegojen kanssa. (Roivas & Karjalainen 2013, 7.)

Castrén (2008) selvitti potilaan ja lääkärin välisen sähköpostiviestinnän ja terveysneuvontaa antavan verkkoneuvontapalvelun käyttöä osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Tutkimustulosten mukaan lääkärit suhtautuivat myönteisesti sähköpostin

käyttämiseen potilastyössä, mutta arvioivat, että vain kaksi prosenttia vastaanottokäynneistä olisi korvattavissa sähköpostitse. Opiskelijat olivat suhtautuneet myös myönteisesti sähköisiin palveluihin ja suurin osa halusi korvata joitakin palveluita sähköiseksi. (Castrén 2008.)

Sähköpostin ja tekstiviestin käytön mahdollisuutta terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välisessä viestinnässä tutki myös Rönkä (2008). Johtopäätöksenä oli, että sähköpostia ja tekstiviestiä voidaan käyttää viestintävälineinä perinteisten menetelmien tukena, mutta on tarkoituksenmukaisempaa aloittaa se asiakkailta, joilla on ennestään hyvät valmiudet sähköisten palveluiden käyttämisessä. Tuloksissa oli noussut esiin perinteisten vastaanottokäyntien ja puhelinneuvonnan tärkeys. Rönkä toi esille, että sähköisiä palveluita käyttöönotettaessa tulee huomioida potilaan yksityisyydensuoja ja tietoturva sekä lainsäädännön asettamat vaatimukset. (Rönkä 2008.)

Työyhteisössä tapahtuvaa viestintää kutsutaan yhteisöviestinnäksi, joka voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen viestintään. Sisäinen viestintä tarkoittaa työpaikan sisällä tapahtuvaa viestintää, jolla pyritään avoimeen tiedonkulkuun ja vuorovaikutukseen. Sisäisen viestinnän keinoja ovat palaverit, raportit, tiedotustilaisuudet, sähköposti ja Intranet. Ulkoinen viestintä on työpaikalta ulospäin suuntautuvaa viestintää, joka kertoo sidosryhmille työpaikan tapahtumista. Ulkoisen viestinnän keinoihin luetaan asiakaslehti, www-sivut, erilaiset hankkeet ja projektit sekä tiedotteet/esitteet. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 237, 241–243.)

Sähköisellä viestinnällä/digitaalisella viestinnällä/elektronisella viestinnällä voidaan tarkoittaa sähköpostin, tekstiviestien, podcastien, sosiaalisen median, www-sivujen ja verkkojulkaisujen, kuten verkkolehtien ja blogien käyttöä. Digitaalisessa viestinnässä yhdistyy erilaisia esittämisen tapoja, kuten kirjoitus, ääni, videot ja kuva. Ne vaikuttavat siihen, että viestintä muuttuu jatkuvasti ja tulee lisää uusia kanavia. Digitaalinen vuorovaikutus tarkoittaa useamman osallistujan yhteistä kielellistä toimintaa eri teknologian ympäristöissä, jossa osallistujien vuorot rakentavat merkitystä kirjallisessa tai suullisessa merkityksessä. Teknologisia ympäristöjä ovat tietokoneet ja mobiililaitteet, joissa viestintä toteutuu sähköpostitse tai pikaviestein. (Honkala, Kortetjärvi-Nurmi, Rosenström & Siira-Jokinen 2013, 52; Helasvuo, Johansson & Tanskanen 2014, 7, 9; Salmi 2014, 159.)

Viestintä voi olla sanallista tai sanatonta. Sanallinen viestintä tarkoittaa puhetta ja sanojen kautta välittyviä viestejä ja merkityksiä. Sanaton viestintä eli ihmisten eleet, ilmeet, asennot ja liikehdintä paljastavat usein enemmän vuorovaikutuksessa kuin sanat. Tunneviestintä/intuitiivinen viestintä tarkoittaa kykyä päästä samalle aaltopituudelle toisen henkilön kanssa havaitsemalla tunnetiloja. (Niemi ym. 2006, 22, 32, 36; Honkala ym. 2013, 185, 190.)

Sosiaali- ja terveysalan viestinnässä tärkeitä piirteitä ovat yksiselitteisyys, selkeys ja vastaanottajalähtöisyys ja viestinnän tulisi olla avointa, tasapuolista, johdonmukaista ja luotettavaa. Lisäksi viestinnässä on muistettava lainsäädäntö ja salassapitovelvollisuus. Auttamistilanteen ydinasia on asiakkaan kohtaaminen ja siinä auttaminen ja hoitaminen. Kohtaamiseen liittyy erilaisia ohjeita, normeja ja ehtoja, mutta loppujen lopuksi on kyse siitä, miten asiakas tulee tilanteessa kohdatuksi. (Roivas & Karjalainen 2013, 104–105.)

#### **4.4 Etäpalvelut**

Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirjassa etäpalvelu määritellään verkkoyhteyden avulla annettavaksi palveluksi, jossa asiakasta palvelee aina ihminen – palveluneuvoja tai erityisasiantuntija (Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja 2015, 16).

Valviran mukaan etäpalveluilla tarkoitetaan sitä, kun potilaan diagnostiikka, tutkiminen, hoitaminen, tarkkailu, seuranta ja hoitoon liittyvät päätökset ja suositukset perustuvat esimerkiksi videon välityksellä välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin (Valvira 2015). Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan mukaan etäpalvelu tarkoittaa vähintään kahden osapuolen välistä palvelutoimintaa, jossa hyödynnetään tietoliikenneverkkojen kautta eri järjestelmiä. Etäpalvelua toteutetaan esimerkiksi tietokoneiden ja neuvotteluohjelmistojen avulla. Järjestelmiin voi kuulua puheen ja videokuvan siirron ominaisuudet. Kuvapuhelu on kahden henkilön välinen neuvottelu, jossa äänen lisäksi käytetään liikkuvaa kuvaa. (Juhta 2012b.)

Eri etäpalveluista käytetään erilaisia nimityksiä, esimerkiksi virtuaalivastaanotto, video-ohjaus tai etäasiointi. Asiakkaan käymää etäpalvelua lääkärin kanssa kutsutaan virtuaalivastaanotoksi. Etäasioinnin palvelukanaviksi luetaan kuvayhteys tai pikaviestintä chatti-



kanavalla. Etäpalveluratkaisu on tekninen ratkaisu, jolla rakennetaan etäyhteys. Yksi etäpalveluratkaisu on kuvayhteysratkaisu, joka tarjoaa reaaliaikaisen kuvayhteyden. (Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja 2015, 16–17.) Etävastaanotolla tarkoitetaan lääkärin vuorovaikutteista ja audiovisuaalista potilasvastaanottoa etämenetelmiä käyttäen (Juhta 2012b).

Videoneuvottelutekniikka ja pikaviestimet ovat kehittyneet viime vuosina niin, että asiantuntija voi tarjota palveluita asiakkaille mistä tahansa, missä välineet ovat käytössä. Etäpalvelukanava on käytettävissä myös mobiililaitteiden kautta. Etäpalvelu on yksi palvelukanava fyysisen palvelupisteen, puhelinpalvelun ja sähköisten palveluiden lisäksi. Etäpalvelun avulla asiantuntija voidaan tuoda asiakkaan lähelle helposti ja nopeasti. Asiantuntijoiden ajankäyttö tehostuu, koska ei tarvitse matkustaa paikasta toiseen. Etäpalvelu on myös ympäristöystävällinen toimintamuoto. (Kuntaliitto 2017.) Kelan Etäkuntoutushankkeen (2016) tarkoituksena on kehittää etäkuntoutuspalveluita, jotta asiakkailta olisi tulevaisuudessa mahdollisuus osallistua Kelan etäkuntoutuspalveluihin etäteknologian välityksellä (Kela 2017).

Valtiovarainministeriön SADe –ohjelman (Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma) tavoitteena oli tuottaa asiakaslähtöisiä sähköisiä palveluita kansalaisten käyttöön. Ohjelman erillishankkeen, Etäpalvelut, tavoitteena oli tuottaa kansalaisten saatavaksi julkisia palveluita etäpalveluiden kautta. (VM 2015.) Hankkeessa toteutettiin etäpalveluiden kotikäyttökokeiluja ja niiden perusteella etäpalveluiden käytön asiakashyötyjä olivat matkustamisen vähentyminen, palvelutapahtuman tehostuminen, palvelujen joustavuus, saavutettavuuden paraneminen ja ajansäästöt (Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja 2015, 18).

Etäpalvelut –hankkeeseen liittyvän väestökyselyn (2015) tarkoituksena oli saada syvällisempää tietoa suomalaisten mielipiteistä etäpalveluita kohtaan ja tutkimustulosten mukaan suomalaisia voitiin pitää vastaanottavaisina etäpalveluille. Reilu neljännes oli käyttänyt etäpalveluita ja palveluihin oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Yleisin käytetty palvelu oli chat. Videoyhteydellä varustettuja etäpalveluita kotitaloutensa asioiden hoitamiseen oli käyttänyt vain kaksi prosenttia vastaajista. Ajansäästöt, säästöt matkakuluissa ja ettei palvelu ole sidottu yhteen paikkaan sekä palvelu tulee ihmisten luokse, olivat etäpalveluiden

hyviä puolia. Huonoja puolia olivat tekniset ongelmat, asiakkaiden riittämättömät it-taidot, tietoturvallisuus, välttämättömyys hankkia sopivat laitteet ja se, että fyysisiä toimipaikkoja karsitaan. (Taloustutkimus 2015.)

#### 4.5 Videopuheluvastaanotto

Aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat videopuhelun soveltuvan terveystalouteen, vaikka vielä ilmenee haasteita ja kehitettävää, kuten verkkoyhteysongelmat.

Taloustutkimuksen (2015) toteuttaman väestökyselyn tuloksista selvisi, että lääkärin/terveydenhoitajan virtuaalivastaanottoa käyttäneiden 40 henkilön mielestä hyviä puolia olivat, kun asia tuli kerralla hoidetuksi, palvelu oli helppo, nopea, ystävällinen sekä odotusaika oli lyhyt. Kyselyssä selvitettiin, kummalla tavalla vastaaja mieluiten toimii, kun hän on sairastunut flunssaan: Käymällä terveydenhoitajan luona vai ottamalla etäyhteyden hoitajaan? Vastaajista 59 % kävi mieluiten vastaanotolla. Palveluun tyytymättömiä olleet kolme henkilöä ilmoittivat syyksi palvelun laadun, hitauden, rajoitetut asiointiajat ja ettei kyseinen asiointitapa vain sopinut itselle. (Taloustutkimus 2015.)

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöllä on hyviä kokemuksia videopuhelupalvelun käytöstä. YTHS otti käyttöön MeeDoc -palvelun vuonna 2015 perinteisen vastaanottokäynnin rinnalle. Käyttäjistä 97 % olivat olleet palveluun tyytyväisiä kokeiluvaiheessa. Videokonsultaation oli nähty tuovan hyötyä paikkakunnille, joilla ei ollut tarjota kaikkia opiskeluterveydenhuollon palveluita. Etäkonsultaation huomattiin olevan käyttökelpoinen hoitotapa oikeastaan vaivasta riippumatta. (Heinilä 2014.) MeeDocin lääketieteellinen johtaja Wille Komulaisen mukaan etälääkäripalvelu on helppo ja nopea tapa saada varmuus mieltä painaviin asioihin, varsinkin jos etäisyydet ja odotusajat lääkäreille ovat pitkiä. Lisäksi kustannukset ovat edullisempia ja kynnys ottaa yhteys asiantuntijaan on matala. (Hintsala 2016.)

Työterveyshuollon puolella tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin videovälitteisen vastaanoton soveltumista työterveyslääkärin työhön. Vastaanotoista 94 % oli kyetty hoitamaan etäyhteyden avulla, joten videovälitteisen etävastaanoton ajateltiin soveltuvan työterveyshuollon toimintamalliksi. Kaikista tautiluokista löytyi diagnooseja, joita hoitaa etänä. Määrällisesti eniten oli kirjattu diagnoosilla ”muita tekijöitä”, joka tarkoitti esimerkiksi

reseptien uusintaa ja konsultaatioita. Videopuhelupilotissa käytettiin uutta Near Real -videoneuvottelujärjestelmää, joka sai hyvää palautetta helppokäyttöisyydestään ja hyvästä asiakaspalvelusta. (Alatalo 2017.)

Timosen (2004) väitöskirjan tarkoituksena oli selvittää, voidaanko lääkärin vastaanotto- palveluita tuottaa etätyönä videoneuvottelujärjestelmää käyttäen. Tutkimustulokset osoittivat, että kohtuuhintainen ja toimiva etävastaanottojärjestelmä oli mahdollista rakentaa. Etävastaanotto mahdollistaisi nopeamman ja tehokkaan tiedonsiirron. Potilaat olivat olleet yhtä tyytyväisiä etävastaanottoon kuin perinteisiin vastaanottoihin. (Timonen 2004.)

Vuononvirran väitöskirjassa (2011) tutkittiin Oulunkaaren verkostoterveyskeskushankkeessa etäterveydenhuollon käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä ja käyttöönottoon liittyviä hyötyjä terveyskeskusten työntekijöiden näkökulmasta. Tulosten mukaan terveyskeskustyöntekijät suhtautuivat pääasiassa myönteisesti etäterveydenhuollon käyttöön ja kokivat siitä olevan hyötyä potilaille, työntekijöille ja yhteiskunnalle. Potilailla oli ollut mahdollisuus saada enemmän tukea hoitoonsa ja heidän elämänlaatu parani sekä hoitoprosessin sujuvuus parani ja potilaat pääsivät nopeammin hoitoon. Matkustamisen väheneminen oli koettu myönteiseksi asiaksi, varsinkin iäkkäiden keskuudessa. Diabetesetävastaanotoilla potilaan kohdalla vaikutusta ajateltiin olevan hoitotasapainoon ja lääkitykseen. Diabetespotilaat suhtautuivat erittäin positiivisesti etävastaanottoihin ja vuorovaikutus oli sujunut luontevasti. (Vuononvirta 2011.)

Kotihoidon palvelualueella Helsingissä selvitettiin asiakkaiden näkemyksiä videokuvayhteyden hyväksymisestä ja käytöstä osana heidän kotihoitoaan. Tutkimustuloksista selvisi, että kaikki asiakkaat eivät pitäneet palvelua hyödyllisenä/sopivana kotihoitoon, mutta se koettiin hyödylliseksi muille asiakasryhmille, kuten yksin asuville. Jotkut kokivat, ettei perinteisiä vastaanottokäyntejä voi korvata virtuaalisesti, mutta se parantaa palveluiden saatavuutta joissakin tilanteissa, esimerkiksi syrjäseudulla asuvien tilanteissa. Videovälitteinen keskustelu paransi hoidon laatua, koska hoitaja pystyi arvioimaan terveydentilaa paremmin videokuvalla kuin puhelimitse. Vuorovaikutus hoitajan kanssa koettiin yhtä hyväksi kuin perinteisillä kotikäynneillä. Laitteen käyttö ei vaatinut erityisiä tietokonetaitoja eikä laitetta pidetty ahdistavana tai hermostuttavana. Opastusta ja ohjeistusta vikatilanteisiin ja laitteen ylläpitoon pidettiin kuitenkin tärkeinä. (Pietikäinen 2013.)

Lohjan sairaanhoitoalueella nuorisopsykiatrialla toteutetussa tutkimuksessa tuotettiin tietoa videopuhelupalvelun käyttömahdollisuuksista nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Käyttäjät kokivat videopuheluvälitteisen hoidon tuovan lisää hoitomahdollisuuksia- ja menetelmiä. Doxy.me -videopuhelun avulla pystyttiin tiivistämään hoitoa, vastaamaan pitkien välimatkojen tuomiin haasteisiin ja nopeuttamaan avun saantia. Videopuhelu koettiin luontevana, mutta osa käyttäjistä koki, ettei videopuhelun välityksellä saanut tukea ja aidon läsnäolon tunnetta. Osan mielestä videopuhelussa pystyi kertomaan asioista, joista ei olisi pystynyt puhumaan perinteisellä vastaanotolla. (Glumerus 2016.)

Testaukseen painottuvassa tutkimuksessa Salon seudulla pohdittiin, miten hyvinvointitelevision käyttäjä saisi palvelustaan miellyttävän ja helposti käytettävän sekä turvallisen. Tutkimuksessa testattiin Skype -ohjelman käyttöä koululaboratoriossa ja Vidyo -videopuheluohjelmaa kahden omaishoitajan kanssa kotiolosuhteissa. Alle puolella koululaboratorion testauksessa mukana olleella ikäihmisellä oli havaittavissa pientä arkuutta liittyen tietokoneen vähäiseen käyttökokemukseen sekä ymmärtämättömyyteen sellaista tekniikkaa kohtaan. Käyttäjien ehdottomat vaatimukset kuvapuhelun käytölle olivat riittävä kuvan- ja äänen laatu. Kotiolosuhteissa suoritetuissa testauksissa käyttäjät olivat tyytyväisiä ja laitteisto sekä ohjelma koettiin helppokäyttöisiksi. (Määttänen 2010.)

Ulkomaista tutkimustietoa videopuhelun käyttämisestä löytyy ainakin Amerikasta. Tutkimustuloksissa ilmenee videopuhelun olleen hyödyllinen, koska etäisyydet siellä saattavat olla pitkiä. Pohjois-Kanadassa toteutetun tutkimuksen tulokset osoittivat videopuhelupalvelun olleen helppokäyttöinen ja tehokas. Hyvää oli myös matkustamisen väheneminen ja ettei ihmiset joutuneet olemaan pois työstä. (Dampier ym. 2008.)

Floridassa West Palm Beachin veteraanien terveyskeskuksessa toteutettiin videopuhelutestaus. Testaukseen osallistuneet asuivat noin 100 kilometrin päässä terveyskeskuksesta. Asiakkaat kävivät paikallisissa terveyskeskuksissa, jossa oli järjestetty tekniikka videopuhelua varten ja yhteys otettiin hoitajaan. Vastaajista 91 prosenttia oli palveluun tyytyväisiä. Videopuhelun käyttö oli tuonut matkustussäästöjä ja parantanut hoitoon pääsyä. (Beckey, Lutfi & Verbosky 2016.) Marylandin osavaltiossa sijaitsevassa Baltimoren veteraanien terveyskeskuksessa toteutettiin samankaltainen tutkimus, jossa potilaat ottivat paikallisissa terveyskeskuksissa videoyhteyden lääkäriin. Videopuheluun oltiin tyytyväisiä ja sen käyttäminen oli tuonut matka- ja aikasäästöjä sekä helpottanut hoitoon pääsyä, koska videopuhelua oli nopea ja helppo käyttää. (Accursi, Black & Singh 2015.)

Hämeenlinna on ollut yksi ODA –hankkeen pilottikunnista. Viipurintien terveysasemalla on kehitetty virtuaalipalveluita ja yksi palvelu on lääkärin ja sairaanhoitajan etävastaanotto. Toiminta on kerännyt hyvää palautetta asiakkailta ja ammattilaisilta. Tärkeää on, että virtuaalivastaanotolle ohjautuvat ne asiakkaat, joita ei tarvitse tutkia fyysisesti. Asiakas ja hoitaja voivat ottaa etäyhteyden Viipurintien terveysaseman lääkäriin myös pieneltä Rengon terveysasemalta. Virtuaalihoitajat ohjeistavat asiakkaita myös etämittauslaitteiden käytössä ja verenpaine- ja verensokerimittaukset onnistuvat etänä. Haasteen palveluissa muodostavat laitteet ja yhteydet, jotka eivät aina toimi toivotulla tavalla. (Ojala 2017.) Myös Tampereen Tipotien terveysasemalla aloitettiin syksyllä 2016 verenpaineen- ja astman etämittauskokeilut (Tampereen kaupunki 2016b).

Aikaisemmissa tutkimustuloksissa tuotiin esille verkkoyhteysongelmat, jotka voivat hidastaa merkittävästi etävastaanoton aloittamista ja kulkua. Timosen (2004) tutkimustuloksissa todettiin etäyhteyden käytössä ilmenneitä ongelmia, kuten yhteyskatkot. Tutkimuksessa todettiin, miten etävastaanotossa luotettavan tiedonsiirron varmistamiseksi tulisi taata häiriötön kuva- ja ääniyhteyden varmistaminen. Alatalon (2017) tutkimuksessa oli videopuhelupilotin alkuvaiheessa esiintynyt yhteysongelmia, kuten yhteyskatkot Kanta -palveluihin. Glumeruksen (2016) tutkimustulosten mukaan koettiin suurimpana haasteena mobiiliyhteyden heikkous. Pietikäisen (2013) tutkimustulosten mukaan yhteysongelmat olivat haitanneet joillakin asiakkailla laitteiston käyttöä.

#### **4.6 VideoVisit -videopuheluohjelma**

VideoVisit Oy toimii KL-kuntahankintojen virtuaalisten hoivaratkaisujen puitesopimus-toimittajana tarjoamalla videopuhelupalveluita sosiaali- ja terveystieteille. VideoVisit Oy on suomalainen yritys ja kansainvälisesti toimiva kokonaisvaltainen palveluportaali, joka on suunniteltu videovälitteisen terveydenhuollon ytimeksi. Palvelu tarjoaa apua potilaiden ja vanhusten palvelemiseen kustannustehokkaasti samalla turvaten laadukkaan hoito- ja hoivapalveluiden tason. (VideoVisit 2017.)

Tampereen kaupungin terveysasemilla tai aikuisneuvoloissa ei ole käytössä etävastaanottoa. VideoVisit oli syksyllä 2016 voittanut kuntakilpailutuksen ja on näin ollen hyödynnettävissä videoasioinnissa. Tampereella Nekala-Viinikan kotihoidon palvelualueella

käynnistyi samana syksynä VideoVisit -videopuhelupilotti. Pilottiin tuli mukaan lisää kotihoidon palvelualueita keväällä 2017.

Videopuhelupalvelu korvaa usein puhelimella tehtyjä soittoja, joihin nyt kuvayhteys tuo uusia mahdollisuuksia. Kuvapuhelussa hoitoalan ammattilainen voi muistuttaa asiakasta ruoan lämmittämisestä tai varmistaa, että asiakas ottaa lääkkeensä tai diabetespotilas on annostellut insuliinin oikein. Kuvayhteys mahdollistaa asiakkaan osallistumisen etänä myös palvelukeskuksen toimintaan tai kuntoutukseen sekä asiakas voi olla yhteydessä omaisiinsa. Kotihoidon hoitaja voi yhdessä asiakkaan kanssa ottaa tablettia käyttäen videopuheluyhteyden lääkäriin tai haavanhoitajaan ja hoitaa asiakkaan terveysasioita käyttäen etäyhteyttä. (Tampereen kaupunki 2016a.)

VideoVisitin tarjoamassa videopuhelupalvelussa käyttöidea on yksinkertainen. Verkkoselaimella (esimerkiksi Google Chrome tai Mozilla Firefox) aukeava käyttöliittymä on helppokäyttöinen eikä sen lisäksi tarvitse asentaa muita erillissovelluksia. VideoVisit hyödyntää WebRTC-tekniikkaa. Ohjelmaa voidaan käyttää tietokoneilla, joissa on Windows tai Mac -käyttöjärjestelmä ja mobiililaitteilla (Android tabletti- tai puhelin). Tarvittaessa käyttäjän täytyy asentaa videopuhelun tueksi lisälaitteita, kuten web-kamera tai mikrofoni. (VideoVisit 2017.)

#### **4.7 Tietosuoja**

Tietosuojalla on perinteisesti ymmärretty henkilötietolain henkilötietojen käsittelyä koskevien vaatimusten huomioon ottamista yksityishenkilöiden yksityisyyden varmistamiseksi. Tietoturva tarkoittaa toimenpiteitä, joilla yksityisyyden suojaamiseen pyritään. Tietosuojassa ei ole kyse ensisijaisesti tiedon konkreettisesta suojaamisesta vaan suoje-luobjektina ovat ihmisten yksityisyyden suoja, luottamuksellinen potilassuhde, potilaan minäkuva ja sosiaaliset suhteet sekä potilaan itsemääräämisoikeus. (Ylipartanen 2010, 18, 24.)

Etäpalveluille ei ole kattavia säännöksiä voimassa olevassa lainsäädännössä, mutta lainsäädäntöä parhaillaan uudistetaan. Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa, että etänä annettavat palvelut ovat sisällöltään pääsääntöisesti verrannollisia perinteisiin vastaanotto-käynteihin. Etäpalveluissa potilas tutkitaan ja hoidetaan esimerkiksi videovälitteisesti.

Potilastietojen välitykseen ja tallentamiseen käytettävien tietojärjestelmien on täytettävä salassapitoa, tietosuojaa sekä tietoturvaa koskevien säännösten vaatimukset. Palvelujen antajalla on vastuu tietosuojasta- ja turvallisuudesta. Etäpalveluja annettaessa on tärkeä huomioida, että etäpalveluiden käyttämiseen on potilaan tietoinen suostumus ja annettava palvelu soveltuu etäpalveluna annettavaksi. Potilaan tunnistaminen on perustuttava luotettavaan menetelmään, etäpalvelusta on laadittava asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot ja potilasrekisteriä on ylläpidettävä annettujen määräysten mukaisesti. Potilaalle pitää antaa mahdollisuus päästä perinteiselle vastaanottokäynnille sekä palvelujen antajan on muun terveydenhuollon lainsäädännön ohella toteutettava esimerkiksi henkilötietolaissa asetetut vaatimukset. (STM 2015; Valvira 2015.)

Erilaisissa virtuaalihoitopalveluissa, kuten kuvapuhelin, hoito virtuaalisairaalassa tai päätelaitteet, edellyttää tietojen käsittely osapuolten tunnistamista, tietoliikenteen suojaamista sekä viestin perillemenon, aitouden ja eheyden varmistamista. Televiestinnässä tietoturvan perusrakenteet muodostuvat välitetyn tiedon luottamuksellisuuden, eheyden ja käytettävyyden varmistamisesta. Tärkeitä asioita henkilötietojen käsittelyssä ovat myös käyttäjän tunnistaminen, virustorjunta ja tietojen salaus. (Ylipartanen 2010, 185–186.)

Tietoturvaa toteutetaan videoneuvotteluissa pääasiassa kahdella eri tavalla eli käyttämällä tietoturvallisia yhteyksiä tai salaamalla siirrettävät tietosisällöt. Yhteyksien tietoturvaa toteutetaan eri tavoin. Verkko voi olla täysin sisäinen, jolloin ulkopuolelta ei pääse siihen käsiksi tai voidaan hyödyntää salattuja virtuaalisia erillisverkkoja, VPN (Virtual Private Networks). Tietojen salaus voidaan mahdollistaa myös TLS (Transport Layer Security) tai SSL (Security Sockets Layer) -salaustekniikoiden avulla, mitkä ovat tuttuja nettipankkimaailmasta. TLS -tekniikan käytetyin ja luotettavimpia salausmenetelmiä on AES (Advanced Encryption Standard). Jos yhteyden salaamiseksi ei ole mitään menetelmää, pitää yhteyden suojaus hoitaa esimerkiksi käyttämällä erillisiä salausohjelmia. (Juhta 2012b; Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016.)

Usein halutaan käyttää esimerkiksi sellaisia sähköposti- ja pikaviestintäohjelmia, jotka eivät kuitenkaan sovellu terveydenhuoltoon, koska tietoturvallisuuden suhteen on paljon vaatimuksia. Pitää kiinnittää huomio siihen, millaisen riskin ohjelmat muodostavat asiakkaille. Skype -pikaviestintäohjelmaa ei suositella käytettävän, koska jotta se toimisi oikein, on sille annettava lupa ottaa vastaan yhteydenottoja ulkoapäin. Käytännössä ohjelma luo palomuurit ohittavan kaksisuuntaisen yhteyden ja jos ohjelma sisältää jonkin

ei-toivotun piirteen, olisi sen estäminen käytännössä mahdotonta. Helposti päädytään siihen, että palveluntuottajan on joko rakennettava oma palvelu tai ulkoistettava se toimittajalle, joka sitoutuu terveydenhuollon vaatimuksiin. Silloin voidaan huolehtia, että palvelimella olevia tietoja käsitellään asianmukaisesti. On tarkoituksenmukaista järjestää palvelut siten, että niitä käytetään selaimella suojatussa yhteydessä ilman erillisten asiakasohjelmien asentamista. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016.)

#### **4.8 Eettiset kysymykset ja laatu**

Videopuhelun käyttäminen terveystalveissa saattaa epäilyttää, pelottaa tai tuntua asiakkaasta eettisesti väärältä toimintatavalta. Asiakkaat voivat kokea epäkunnioittavana sen, jos he eivät pääse tapaamaan kasvotusten ammattilaista sekä pelätä teknologian korvaavan perinteiset vastaanottokäynnit. Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveystalvejen strategian 2015-2020 yhtenä tavoitteena on, että sairaanhoidajan toiminta sähköisissä talveissa perustuu ammattia säättäviin lakeihin ja hoitotyön eettisiin ohjeisiin, joissa korostuu asiakkaan yksityisyyden suojeleminen (Sairaanhoidajaliitto 2015).

Tieto- ja viestintäteknologiaa hyödynnetään, kun tavoitteena on parantaa talveja ja tehostaa prosesseja sekä ylläpitää kilpailukykyä. Teknologia ei voi täysin korvata terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, mutta tietoteknologia luo uusia mahdollisuuksia tiedon siirtoon, hoidon tehostamiseen ja etäpalveluiden käyttöön. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 214–215.)

Lääkäreiden etälääketieteen suosituksessa (2016) tuodaan esille, että etälääketiedepalvelut on aina järjestettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja pyrittävä tavanomaiseen potilas-lääkärisuhteeseen, joka perustuu luottamuksellisuuteen, kunnioitukseen, lääkärin riippumattomuuteen ja potilaan autonomiaan. Lääkäri voi antaa etälääketieteen talveja potilaalle, jos on riittävästi tietoa, että edellytykset oikeisiin ja perusteltuihin lääketieteellisiin ratkaisuihin ovat olemassa. Suosituksessa painotetaan, että etälääketieteen mahdollisuudet ja riskit on tiedostettava ja talveja tarjoava lääkäri ja hänen organisaationsa vastaavat talvelun laadusta ja potilasturvallisuudesta. (Lääkäriliitto 2016.)



Teknologiaan liittyvät eettiset kysymykset ja ongelmat ovat samankaltaisia kuin ylipääntään sosiaali- ja terveyspalveluissa. Eettisen neuvottelukunnan kannanoton mukaan teknologian hyödyntämisen keskeisiä eettisiä periaatteita ovat hyvän tekeminen, vahingon välttäminen, oikeudenmukaisuus, turvallisuus, itsemääräämisoikeus ja yksityisyyden suoja. Teknologian tuotteet/palvelut tulisi suunnitella aina ihmisten elämää ja elämäntilanteita ajatellen. Teknologian suunnittelussa tulee huomioida tuotteen toiminnallisuus, käyttövarmuus, helppokäyttöisyys ja turvallisuus. (ETENE 2010.)

Terveydenhuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri Mauri Laakso on pitänyt etävastaanottoja vuosikymmenen ajan kainuulaisille potilailleen. Laakso hoiti alkuun etäyhteydellä kerran viikossa diabetespotilaiden asioita ja sittemmin etäyhteyden käyttö laajeni muiden kroonisten sairauksien hoitoon ja samalla nelipäiväiseen etäyöviikkoon. Laakson mielestä etäyhteydessä korostuu sanallinen ja sanaton viestintä. Tilanteet, joihin Laakson mukaan etävastaanotto ei sovi ovat tuki- ja liikuntaelinvaivat. Laakso ei näe etäyhteyden käyttämisessä ongelmia, jos toimitaan eettisten ohjeiden ja muiden sääntöjen mukaisesti sekä kirjaaminen on asianmukaista. (Seppänen 2016.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on arvioitava ja tarkasteltava uutta teknologiaa eri näkökulmista ennen käyttöönottoa. Arvioinnin lisäksi on huomioitava ainakin palvelujärjestelmä, käyttäjät, kustannukset ja turvallisuus. Saavutettavuus, helppokäyttöisyys ja esteettömyys ovat olennaisia asioita sähköisten palveluiden laadussa. (ETENE 2010.)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) laatu määritellään siten, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä terveydenhuollon toiminta on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (Terveydenhuoltolaki 2010).

Hyvä laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Hyvä laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön perustuvaa palvelua, joka tuottaa hyvinvointia kansalaiselle ja pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin ja riskien minimointiin. Keskeisiä laatuun liittyviä käsitteitä on erilaisia. Asiakaskeskeisyys tarkoittaa yksilön kunnioitusta ja itsemääräämisoikeutta peruslähtökohtana palvelun toteuttamisessa.

Palveluiden tulee vastata henkilön yksilöllisiin tarpeisiin. Palveluiden saatavuus ja saavutettavuus tarkoittavat, että kansalaisten tulee saada palvelut tasa-arvoisesti kohtuullisessa ajassa, riippumatta esimerkiksi asuinpaikasta tai sosioekonomisesta asemasta ja oikeudenmukaisuus sitä, että samassa tilanteessa olevien pitäisi saada yhdenmukaisesti palveluja. Potilasturvallisuuteen sisältyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. Muita käsitteitä ovat esimerkiksi valinnanvapaus, korkeatasoinen ammatillinen osaaminen ja vaikuttavuus sekä tehokkuus. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008.)

## 5 TUTKIMUS- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT

### 5.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Opinnäytetyö perustui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan ja tavoitteena oli kehittää aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita innovatiivisesti ja asiakaslähtöisesti. Toimintaa kehitettiin aikaisemman tutkitun- ja teoreettisen tiedon, kyselyllä kerätyn empiirisen tiedon sekä opinnäytetyön tekijän hoitotyön työkokemusten pohjalta. Opinnäytetyössä arvioitiin kyselyn tuloksia ja opinnäytetyön luotettavuutta sekä pohdittiin jatkokehittämisehdotuksia.

Tutkimuksellinen kehittämistyö voi saada alkunsa halusta saada aikaan muutos organisaatiossa ja siihen kuuluu tyypillisesti käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden, käytäntöjen tai palvelujen tuottamista ja toteuttamista. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä ei vain kuvata tai selitetä asioita vaan etsitään niille parempia vaihtoehtoja ja vietään asioita eteenpäin. Tyypillistä kehittämistyölle on kehitellä ja ottaa käyttöön uusia ratkaisuja. Kehittämistyötä ei ensisijaisesti ohjaa teoria vaan käytännölliset tavoitteet, joihin haetaan tukea teoriasta. Pääpaino on usein käytännön kehittämistehtävän saavuttamisessa, mutta tärkeää on myös uuden tiedon tuottaminen ja dokumentointi. Kehittämistoiminta voi kohdistua työntekijöiden ammattiosaamiseen, organisaation rakenteisiin ja prosesseihin. Tutkimuksellisen kehittämistyön raportointi etenee usein projektityön kaltaisesti eli alkuun kuvataan kehittämisen lähtökohdat ja tavoitteet ja suunnittelun sekä toteutuksen kautta päädytään lopputulokseen ja viimeiseksi arviointiin. Projektityön osaamisen lisäksi kehittämistyössä tarvitaan kehittämisen osaamista, joka näkyy esimerkiksi aloitteellisuutena, tiedon tuottamisena ja innovatiivisuutena. (Toikko & Rantanen 2009, 14–17, 156–157; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19–20.)

Kehittämistyössä on tärkeää tutkimuksellisuus ja se tarkoittaa paljon muutakin kuin vain kyselytutkimusta. Tutkimuksellisuus on tärkeä osaamisalue, joka ilmenee kehittämistyössä siten, että kehittäminen etenee järjestelmällisesti, jossa valinnat perustellaan, analyttisesti, jossa tunnistetaan ja luodaan erilaisia näkökulmia käyttämällä eri menetelmiä sekä kriittisesti, jossa hankittua tietoa arvioidaan. (Ojasalo ym. 2014, 21–22.)

## 5.2 Konstruktiivinen tutkimus

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin konstruktiivinen tutkimus, koska tavoitteena oli luoda Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan etävastaanoton toimintamalli. Konstruktiivista tutkimusta käytetään, jos tavoitteena on luoda jokin konkreettinen tuotos, kuten uusi malli, tuote tai suunnitelma. Konstruktiivisessa tutkimuksessa pyritään käytännönläheiseen ongelmanratkaisuun luomalla uusi rakenne, joka voi parantaa sitä edeltäneen rakenteen ominaisuuksia tai toimintaprosessia. Uuden rakenteen luomiseksi tarvitaan olemassa olevaa teoretietoa ja uutta empiiristä tietoa. Aineiston keräämiseksi on hyvä käyttää monenlaisia tapoja. Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu ja havainnointi. Konstruktiivinen tutkimus on suunnittelua ja käsitteellistä mallintamista sekä mallien toteutusta ja testaamista. Käytännön toimijat, kuten organisaation johto on mukana ratkaisun laatimisessa ja konstruktiivisessa tutkimuksessa korostuu tutkimuksen hyödyntäjien ja toteuttajien välinen vuorovaikutus. Konstruktiivisessa tutkimuksessa prosessi etenee kehittämishaasteen valinnan ja työn tavoitteiden määrittelyn jälkeen teoreettisen sekä käytännöllisen tiedon hankintaan. Prosessin loppuvaiheessa esitellään eri ratkaisuvaihtoehtoja ja niitä arvioidaan. Valittu ratkaisuvaihtoehto on perusteltava. (Ojasalo ym. 2014, 65–68.)

## 5.3 Kyselytutkimus

Empiirinen aineisto kerättiin kvantitatiivisen menetelmän avulla käyttäen strukturoitua kyselylomaketta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aikaisempi teoretieto eli teoreettinen viitekehys, teorian pohjalta rakennetut hypoteesit, johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelma, jossa on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen, tutkittavien henkilöiden valinta, jossa määritellään perusjoukko, johon tulosten tulee päteä ja josta otos valitaan, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien teko, joka perustuu tilastolliseen analyysiin, esimerkiksi tulosten kuvailu prosenttilukoiden avulla. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140; Ojasalo ym. 2014, 104–105.)

Toiveen lyhyestä ja nopeasti täytettävästä paperikyselylomakkeesta esitti Linnainmaan terveysaseman osastonhoitaja. Aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat ovat yleensä iäkkäämpiä, joten heidän oletettiin jaksavan osallistua kyselyyn, jos kyselylomake on paperinen, lyhyt ja täsmällinen.

Kyselylomakkeen kysymysten laadinnassa tulee käyttää yksinkertaista, täsmällistä ja tarkoituksenmukaista kieltä. Hyvän kyselylomakkeen piirteisiin kuuluu kyselylomakkeen selvyys ja täyttämisen helppous, yksityiskohtaiset vastausohjeet, lyhyet ja tarkat kysymykset sekä monivalintavaihtoehdot. Kysymysten asettelu on tärkeää, joten yleisimmät ja helpoimmin vastattavat kysymykset voivat sijaita lomakkeen alussa. Keskimääräiseksi kyselyn vastausajaksi suositellaan 15-20 minuuttia. Kysymyksiä laatiessa on hyvä muistaa, että vastaajat harvoin tuntevat tutkittavan aihealueen yhtä hyvin kuin kysymysten laatija. Kyselylomake on yleensä hyvä testata ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Saatekirje on tärkeä liittää osaksi kyselylomaketta, koska siitä selviää vastaajalle, mistä on kyse. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–204; Ojasalo ym. 2014, 130–133.) Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään helposti ja nopeasti täytettävä sekä selkeä käyttämällä tarkkoja monivalintakysymyksiä ja yksinkertaisia vastausvaihtoehtoja sekä laatimalla napakat kysymykset sekä muotoilemalla kysymykset selkeällä ja isolla fontilla.

Kysymyksiä laatiessa huomioitiin sekä teoreettisen tiedon että aikaisemmista tutkimuksista saatujen tutkimustulosten merkitys ja oma kiinnostus. Kyselylomakkeen kysymyksiä ei tule keksiä omasta päästä vaan kysymyksien avulla mitataan teorian paikkansapitävyyttä ja aiheeseen liittyvää teoriaa tulisi olla riittävästi ja tuntea se hyvin (Ojasalo ym. 2014, 104, 122).

Opinnäytetyötä varten myönnettiin tutkimuslupa 10.3.2017 (Liite 1). Tutkimuslupahakemukseen oli liitetty kyselylomakkeen alustava versio ja siihen tehtiin korjauksia osastonhoitajan, opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja opponentin ehdotusten pohjalta. Kun kyselylomake oli valmis, testattiin se kolmella ikäihmisellä. Testauksen jäljiltä lomakkeeseen ei tullut korjausehdotuksia ja kyselylomaketta pidettiin selkeänä ja nopeasti täytettävänä. Saatekirjeellä (Liite 2) varustettu lopullinen kyselylomake (Liite 3) oli kolme sivua pitkä ja sisälsi yhdeksän monivalintakysymystä. Kyselylomakkeen alkuun oli sijoitettu vastaajien taustatietoja kartoittavat kysymykset ja sen jälkeen teknologian käyttötaitoja ja kiinnostusta etävastaanottoa kohtaan mittaavat kysymykset. Kysymyksiin vastattiin ympäröimällä sopiva/sopivat vaihtoehdot. Kyselyyn vastattiin nimettömästi.

Kyselyn perusjoukkona oli aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat. Kyselyyn sai osallistua kaikki aikuisneuvolan vastaanotoilla käyvät asiakkaat, mutta ennen kyselylomakkeen jakamista terveydenhoitaja arvioi, oliko jokin syy, miksi asiakas ei pysty sitä täyttämään, kuten sairauten tai toimintakykyyn liittyvä este. Kyselylomake oli tarkoitettu täyttämään vastaanottokäynnin jälkeen terveysaseman/aikuisneuvolan aulassa tai kotona. Sen sai täyttää yhdessä terveydenhoitajan, omaisen tai ystävän kanssa.

Kyselylomakkeita toimitettiin aikuisneuvolaan 100 kappaletta. Kyselylomakkeiden määrä päätettiin yhdessä osastonhoitajan kanssa ja tavoitteena oli vähintään 80 vastaajan otos. Aikuisneuvolaan toimitettiin mustekyniä ja kaksi palautuslaatikkoa, joihin terveydenhoitajat ohjeistivat asiakkaita palauttamaan kyselylomakkeet.

Kyselyn oli tarkoitus kestää vähintään kaksi viikkoa. Terveydenhoitajat olivat jakaneet kyselylomakkeita nopealla tahdilla ja he mielellään jatkoivat jakamista, joten kyselylle annettiin lisää aikaa. Terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeita lopulta 23.3–18.4.2017 välisen ajan. Palautuslaatikot ja jakamattomat kyselylomakkeet käytiin noutamassa kyselyn päätyttyä.

#### **5.4 Kyselyaineiston analysointi**

Tyypillisesti ajatellaan, että analyysi aloitetaan, kun aineisto on kerätty ja järjestetty. Tämä näkemys aineiston analyysistä sopii tutkimukseen, jossa aineisto on kerätty strukturoidulla lomakkeella. Yleisohjeena on, että aineiston käsittely ja analysointi voidaan aloittaa mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin, mutta pääperiaatteena pidetään sitä, että valitaan se analyysitapa, joka tuo parhaiten vastaukset tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 223–224.) Kyselystä saatu määrällinen aineisto analysoitiin toukokuussa 2017. Analysoinnissa Excel -taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen tuotettiin suoria jakaumia sekä graafisia kuvioita.

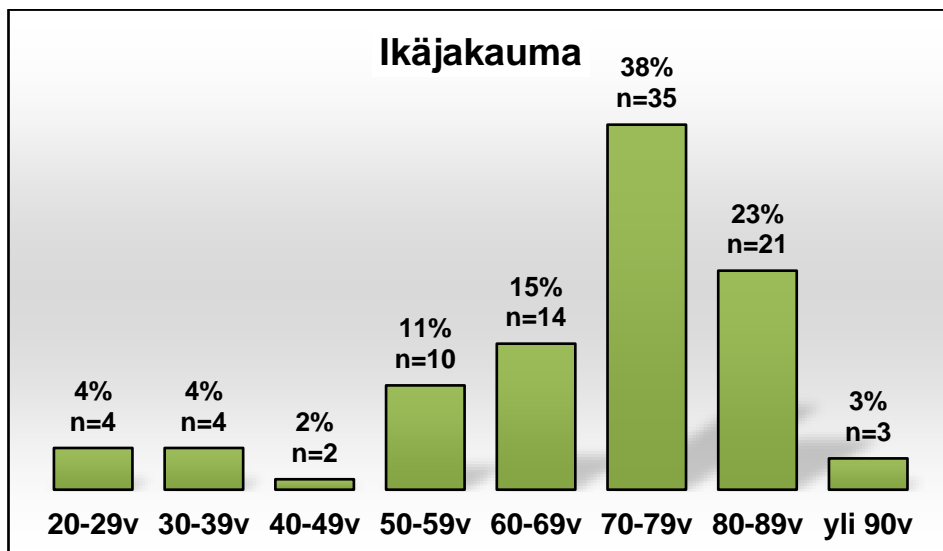
## 6 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön kyselytutkimuksen tuloksia. Aikuisneuvolan terveydenhoitajat jakoivat 100:sta kyselylomakkeesta 93 kyselylomaketta, joista palautettiin 92 täytettyä lomaketta.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäiset kysymykset kartoittivat vastaajien taustatietoja. Vastaajista 67 % (n=62) oli naisia ja 33 % (n=30) oli miehiä. Vastaajia oli yhteensä 92.

Vastaajien ikä jakautui niin, että 38 % kyselyyn vastanneista kuului 70-79-vuotiaiden ikäryhmään. 80-89-vuotiaita oli 23 % vastaajista. Vastaajista 15 % oli 60-69-vuotiaita. Ikäryhmään 50-59-vuotiaat kuuluivat kymmenen vastaajaa. 20-29-vuotiaiden sekä 30-39-vuotiaiden ikäryhmään kuului neljä vastaajaa. Vastaajista kolme oli 90-vuotiaita tai yli. 40-49-vuotiaiden ikäryhmään kuului kaksi vastaajaa. Ikäjakauma on havainnollistettu kuviossa 1.

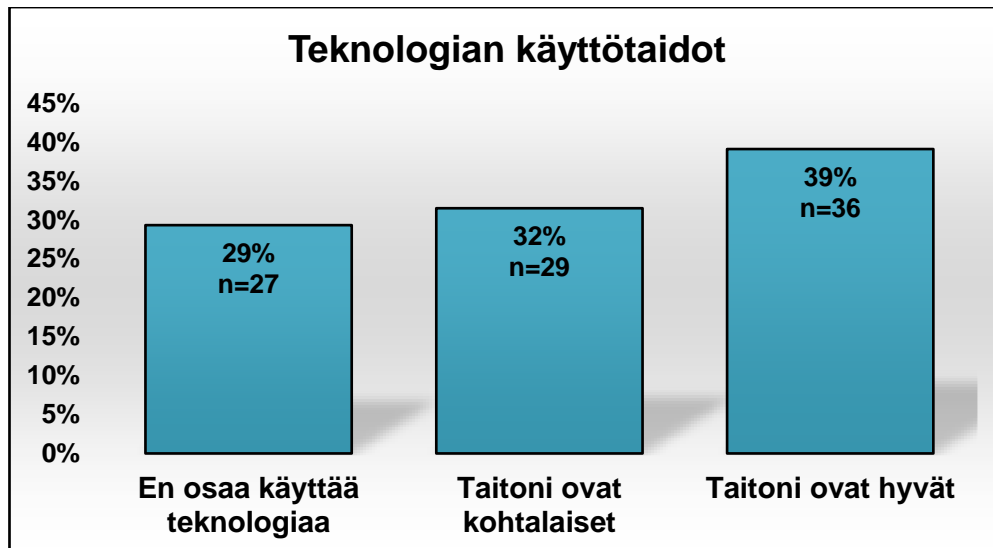


KUVIO 1. Vastaajien ikäjakauma (n=92)

Vastaajista 14 % (n=13) käytti/olivat käyttäneet kyselyyn osallistuessaan dekho-hoitajan palveluita ja 87 % (n=80) vastaajista kahden muun terveydenhoitajan palveluita. Yksi vastaaja oli ympäröinyt käyttäneensä molempia palveluita.

## 6.2 Teknologian käyttötaidot

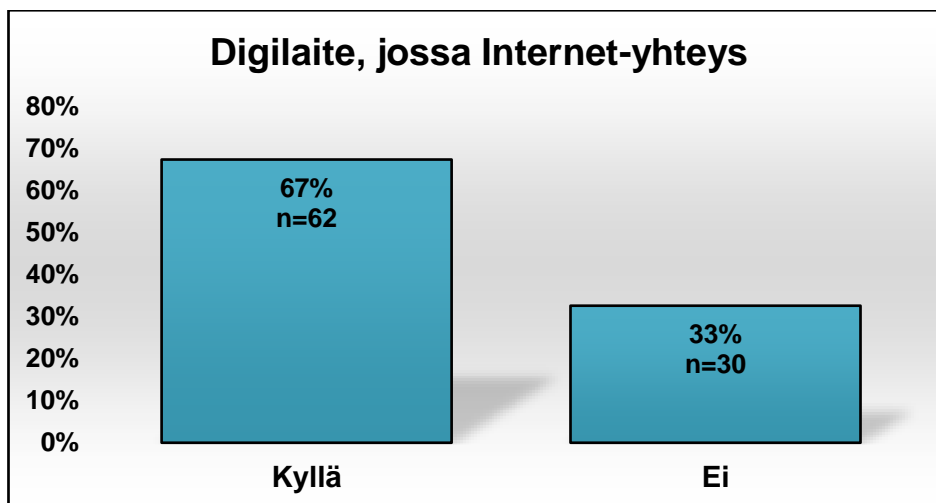
Kyselyssä pyydettiin vastaajia arvioimaan teknologian käyttötaitojaan. Kysymykseen oli annettu esimerkkejä teknologiasta, kuten matkapuhelin, tietokone, tabletti, kamera, sykemittari ja verenpaine- ja verensokerimittari. Vastaajista 39 % arvioi käyttötaitojensa olevan hyvät ja 32 % arvioi käyttötaitojensa olevan kohtalaiset. Vastaajista 29 % vastasi En osaa käyttää teknologiaa. Kuviossa 2 on kuvattu vastausten jakautuminen.



KUVIO 2. Teknologian käyttötaidot (n=92)

Kyselyssä haluttiin selvittää vastaajien mahdollisuutta käyttää digitaalista laitetta, jossa on Internet-yhteys. Digitaalisella laitteella tarkoitettiin tietokonetta, tablettia tai matkapuhelinta. Kaksi kolmasosaa vastaajista vastasi, että heillä oli mahdollisuus käyttää digitaalista laitetta. Yksi kolmasosa vastasi, että heillä ei ole mahdollisuutta käyttää digitaalista laitetta. Kuviossa 3 on kuvattu vastausten jakautuminen.





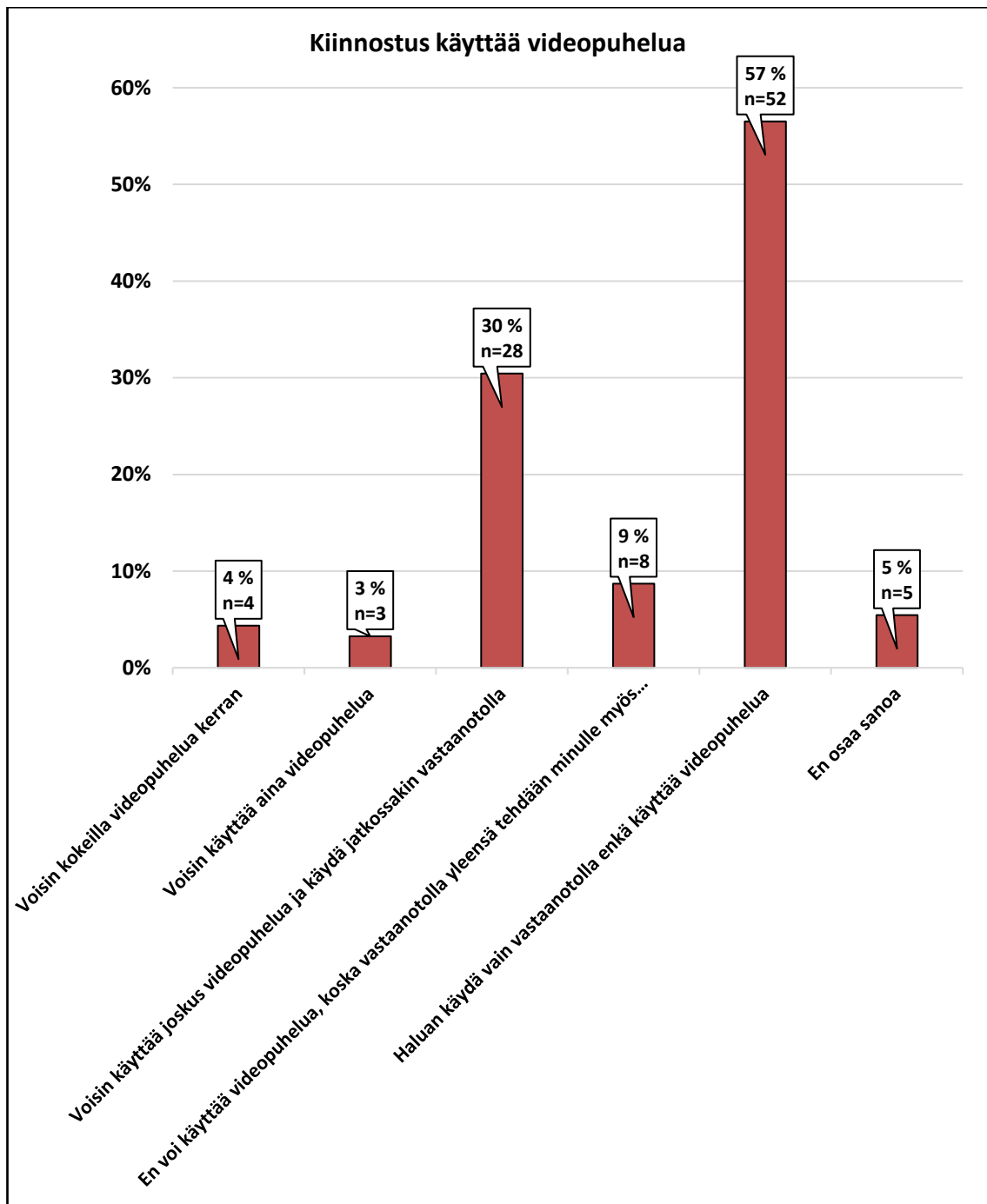
KUVIO 3. Mahdollisuus käyttää digilaitetta, jossa Internet-yhteys (n=92)

Kyselyssä selvitettiin myös, olivatko vastaajat käyttäneet videopuhelua, esimerkiksi Skype -videopuhelua. Vastaajista 64 % (n=59) vastasi kysymykseen ei. Videopuhelua käyttäneitä oli 36 % (n=33) vastaajista.

### 6.3 Kiinnostus etävastaanottoa kohtaan

Kyselyssä haluttiin selvittää vastaajien kiinnostusta käyttää videopuhelua terveydenhoitajan kanssa vastaanotolla, joka sisältää suullista ohjaamista ja neuvontaa eikä vastaanotolla tehdä toimenpiteitä tai tutkimuksia. Kysymyksessä oli erilaisia esimerkkejä aikuisneuvolassa tapahtuvasta ohjaamisesta ja neuvonnasta. Vastaajat saivat ympyröidä useita vastausvaihtoehtoja.

Tulosten mukaan 57 % vastaajista halusivat käydä vain vastaanotolla eivätkä käyttää videopuhelua. Vastaajista 30 % oli sitä mieltä, että he voisivat käyttää joskus videopuhelua ja käydä jatkossakin vastaanotolla. Neljä vastaajaa voisi kokeilla videopuhelua kerran ja kolme vastaajaa voisi käyttää aina videopuhelua. Vastaajista 9 % vastasi, etteivät voi käyttää videopuhelua, koska vastaanotolla yleensä tehdään myös joitakin tutkimuksia tai toimenpiteitä. 5 % vastaajista vastasi En osaa sanoa. Kuviossa 4 havainnollistetaan vastausten jakautuminen.



KUVIO 4. Kiinnostus käyttää videopuhelua

Kyselyssä selvitettiin, mitä vastaajat ajattelivat videopuhelun käyttämisen terveydenhoitajan kanssa olevan ohjaus- ja neuvontatilanteissa. Vastaajat saivat ympyröidä useita vaihtoehtoja.

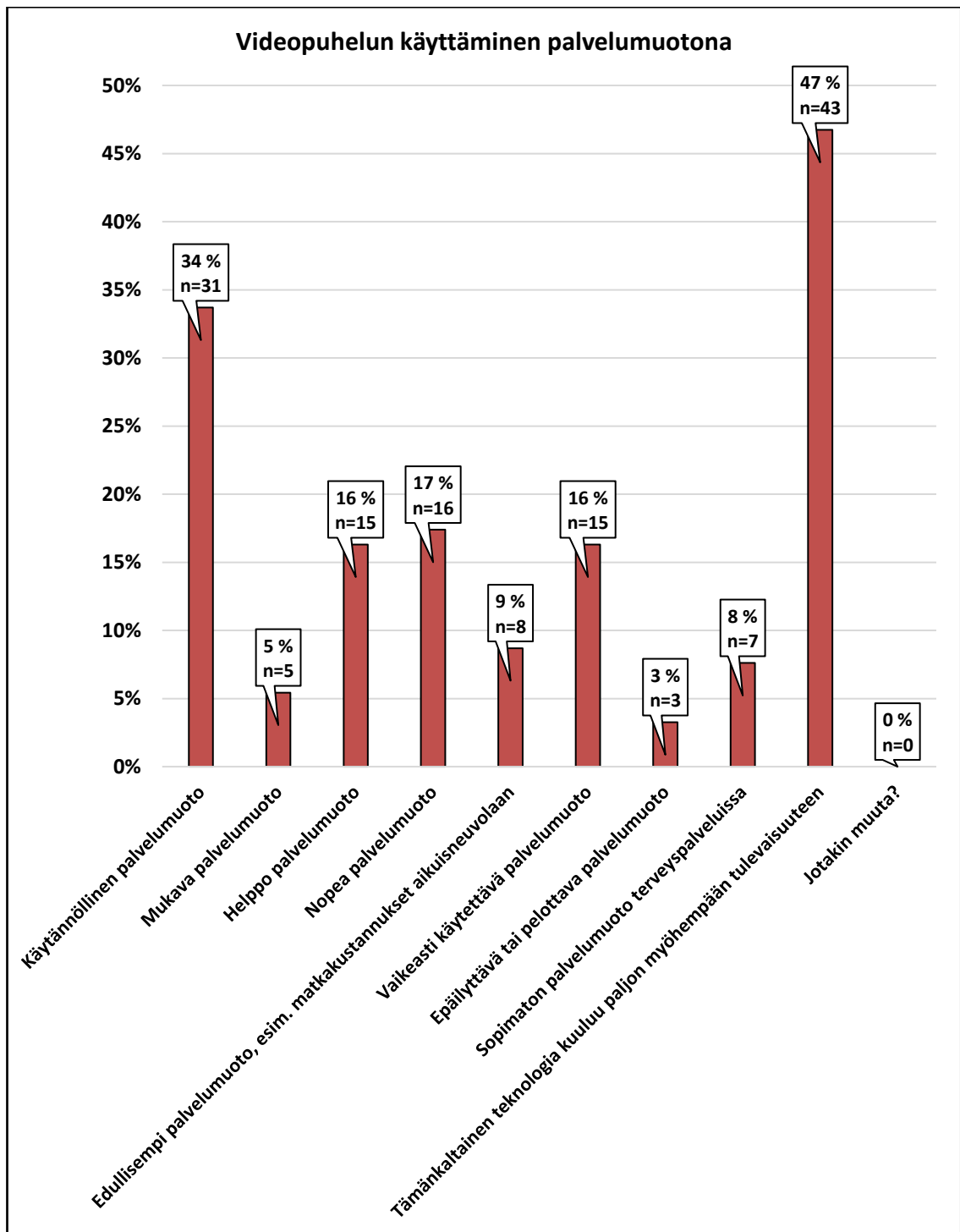
Vastaajista 47 % oli sitä mieltä, että tämänkaltainen teknologia kuuluu paljon myöhempään tulevaisuuteen. Vastaajista 34 % koki, että videopuhelu voisi olla käytännöllinen palvelumuoto. Vastaajista 17 % ajatteli videopuhelun olevan nopea palvelumuoto.

Vastaajista 15 koki, että videopuhelu voisi olla helppo palvelumuoto ja 15 vastaavasti koki, että vaikeakäyttöinen. Seitsemän vastaajaa ajatteli videopuhelun olevan sopimaton palvelumuoto terveyspalveluissa. Vastaajista kahdeksan koki, että videopuhelu voisi olla edullisempi palvelumuoto esimerkiksi aikuisneuvolaan tulemisesta syntyvien matkakustannusten kannalta. Videopuhelun mukavaksi palvelumuodoksi ajatteli 5 % vastaajista. Kolmen vastaajan mielestä videopuhelu olisi epäilyttävä tai pelottava palvelumuoto (kuvio 5).

Viimeiseen vastausvaihtoehtoon Jotakin muuta, ei vastannut kukaan, mutta kaksi vastaajaa oli kirjoittanut tyhjälle riville palautetta. Alla vastaajien palautteet:

*Hyötyjä ja haittoja on vaikea punnita kokeilematta*

*Terveydenhoitohenkilöiden kanssa pitää voida kommunikoida henkilökohtaisesti*



KUVIO 5. Videopuhelun käyttäminen palvelumuotona

Lopuksi kyselyssä selvitettiin, olisivatko vastaajat kiinnostuneita hoitamaan terveysasi-  
oita muissa Linnainmaan terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä. Vastaus-  
vaihtoehdot olivat Lääkärin vastaanotto, Sairaanhoidajan vastaanotto, Neuvovan fysiote-  
rapeutin vastaanotto ja Jokin muu, mikä? Kysymykseen tuli 72 vastausta ja osa vastaajista  
oli ympyröinyt useita vastausvaihtoehtoja.

Vastaajista 35 % (n=32) oli kiinnostunut käyttämään videopuhelua sairaanhoitajan kanssa. Vastaajista 25 % (n=23) oli kiinnostunut käyttämään lääkärin vastaanotolla videopuhelua. Videopuhelun käyttämisestä neuvovan fysioterapeutin kanssa oli kiinnostunut 14 % (n=13) vastaajista. Neljä vastaajaa oli ympyröinyt viimeisen vastausvaihtoehdon Jokin muu, mikä ja kaksi heistä oli kirjoittanut tyhjälle riville seuraavat ehdotukset:

*Yleinen hoito*

*Mikä vain*

Monet vastaajista olivat kirjoittaneet viimeisen kysymyksen kohdalle esimerkiksi Ei, En tai En vielä tai vetäneet viivan. Kaksi kyselyyn vastanneista oli kirjoittanut muuta palautetta vastausvaihtoehdon Jokin muu, mikä tyhjälle riville. Alla vastaajien palautteet:

*Ainoa mahdollinen tapa hoitaa omaa terveyttä asianmukaisesti on henkilökohtainen tapaaminen*

*Riittää käynti vastaanotolla*

## 7 AIKUISNEUVONNAN TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

Tässä luvussa käsitellään toimintamallin/prosessin kehittämistä teoreettisen tiedon pohjalta ja Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toiminnan kehittämisen kulku sekä esitellään opinnäytetyön lopputuotoksena kehitetty etävastaanoton toimintamalli.

### 7.1 Toimintamallin/prosessin kehittäminen

Prosessien kehittäminen liittyy aina organisaation muuhun kehittämiseen, jolla yleensä tähdätään toiminnan tehostamiseen, kustannussäästöihin, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen sekä ongelmatilanteiden hallintaan. Laajemmassa hankkeessa voidaan ottaa käyttöön uusia menetelmiä, mutta usein muutoksissa on kyse jonkin prosessin osa-alueen parantamisesta. (Juhta 2012a.)

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan suosituksessa prosessikuvauksen lähtökohtana pidetään sitä, miksi prosessi kuvataan. Alussa organisaatio tunnistaa prosessit ja määrittelee niille omistajat. Prosessin omistaja määrittelee prosessille alun ja lopun. Tämän jälkeen valitaan ja rajataan kuvattava prosessi. Rajauksessa otetaan huomioon tarkoituksenmukaisuus ja hallittavuus. Prosessin valinnan jälkeen päätetään prosessin kuvaustaso, esimerkiksi prosessikartta tai toimintamalli. Laatimalla prosessin perustiedot pystytään helpommin päättämään käytettävä taso. Toimintamallissa kuvataan ydinprosessin jakautuminen osaprosesseiksi eli mikä on prosessien tarkoitus ja mitä ovat niiden tuottamat lopputulokset. Lisäksi määritellään prosessin omistajat ja vastuut, kuvataan osaprosessien tavoitearvot ja mittarit, prosessien väliset riippuvuudet sekä liittymät asiakkaan prosesseihin ja sidosryhmiin. Kun kuvaustaso on päätetty, valitaan kuvaustavat ja välineet. Prosessia kuvattaessa tulee miettiä, millainen prosessikaavio laaditaan, mitkä ovat prosessin työvaiheet sekä ketkä osallistuvat prosessin eri vaiheisiin. Prosessinkuvausvaihe sisältää prosessin perustiedot, sanallisen kuvauksen ja kaavion. Kuvauksessa on tärkeintä, että siitä löytyy tarpeelliset asiat selkeästi ja johdonmukaisesti. Viimeinen vaihe prosessien kuvauksessa on niiden sovittaminen kokonaisuuteen. (Juhta 2012a.)

Tutkimuksellisen kehittämisprosessin tarkoituksena on yleensä saada aikaan muutos esimerkiksi työelämässä ja tavoitteena voi olla prosessien kehittäminen ja uudistaminen.

Kehittämisen prosessi alkaa siitä, kun kehittämiskohde tunnustetaan ja sille määritetään tavoitteet. Sen jälkeen haetaan kehittämiskohteeseen liittyvää teoreettista tietoa. Tiedon avulla voidaan määritellä tarkemmin kehittämistehtävä. Sen jälkeen kuvataan kehittämistyöhön liittyvät prosessit sekä suunnitellaan lähestymistapa ja menetelmät. Menetelmiä voivat olla kysely ja haastattelu ja lähestymistapoja tapaustutkimus, toimintatutkimus ja konstrukttiivinen tutkimus. Viimeisinä vaiheina prosessissa ovat lopputulosten jakaminen ja prosessin arviointi. Kehittämisen prosessi ei välttämättä etene näin suoraviivaisesti vaan liikutaan eri vaiheiden välillä. (Ojasalo ym. 2014, 23–47.)

Toikko ja Rantanen (2009) kuvaavat suoraviivaisemman prosessimallin, jossa prosessi/projekti alkaa tavoitteen määrittelystä edeten suunnitteluun, jonka jälkeen tulee käytännön toteutus. Lopuksi ovat päättäminen ja arviointi. Tavoite voi perustua yksittäiseen ideaan ja prosessi/projekti rakentuu tavoitemäärittelyn varaan. Suunnitteluvaiheessa laaditaan riskianalyysi ja päätetään osallistujat. Suunnittelun tuloksena syntyy projektisuunnitelma. Toteutusvaiheessa valmistetaan projektisuunnitelman mukainen malli tai tuote. Toteutukseen liittyy myös tulosten käyttöönotto. Viimeisinä vaiheina ovat prosessin päättäminen ja arviointi. (Toikko & Rantanen 2009, 64–65.)

Toimintamalli on paikallisesta ratkaisusta yleistetty ja selkeä mallinnus, joka määrittelee käytännön käyttötarkoituksen, keskeisen idean, osatekijät ja prosessin. Toimintamalli koostuu olettamuksista siitä, miten tarkoitus voidaan saavuttaa. Toimintamalli voidaan viedä käytäntöön erilaisissa ympäristöissä, joissa se muokkautuu omanlaisekseen käytännöksi. Toimintamalli konkreettisesti sisältää yleensä idean, käyttötarkoituksen, keskeiset toimijat, näiden tehtävät sekä resurssit eli tiedot, taidot ja välineet, joita tarvitaan mallin kaikissa sovelluksissa sekä toimintaa ohjaavat keskeiset säännöt ja periaatteet sekä lait ja asetukset. (Innokylä 2017.)

## **7.2 Aikuisneuvonnan toiminnan kehittämisen kulku**

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita sekä luoda etävastaanoton toimintamalli. Opinnäytetyön aiheen valinnan ja joulukuussa 2016 Tampereen ammattikorkeakoulussa esitetyn aihe-seminaarin jälkeen alkoi toiminnan kehittäminen. Opinnäytetyön sisältöön liittyen pidettiin kaksi palaveria tammikuussa 2017. Ensimmäiseen palaveriin osallistuivat Tampereen

ODA –hankkeen projektisuunnittelija, Hyvinvointiteknologian yliopettaja ja opinnäytetyön ohjaava opettaja ja Linnainmaan terveysaseman osastonhoitaja. Toinen palaveri pidettiin vain osastonhoitajan kanssa, joka toimi opinnäytetyön työelämäohjaajana. Palaverissa keskusteltiin opinnäytetyön sisällöstä ja toteutustavasta sekä ODA –hankkeesta. Opinnäytetyön aiheesta tiedotettiin sähköpostitse myös Tampereen kaupungin hallinnossa työskenteleville henkilöille.

Valtakunnallisen ODA –hankkeen (Omahoito- ja digitaaliset arvopalvelut) tavoitteena on mullistaa sosiaali- ja terveydenhuoltomalli niin, että tulevaisuudessa kansalainen saa nopeasti ja esteettömästi terveystalvot. ODA:ssa rakennetaan kansalaisen omahoitoa tukeva palvelukokonaisuus. ODA –hankkeeseen osallistuvia sairaanhoitopiirejä ja kuntia on 14. Tampereen Linnainmaan terveysasemalla alkoi ODA -pilotti syksyllä 2016. Tavoitteena oli uudistaa tyyppin 2 diabetesta sairastavan potilaan hoitoprosessi. (Kuntaliitto 2016; Intranet Looa 2017.)

Palavereiden jälkeen haettiin tutkimuslupaa ja työstettiin opinnäytetyön käsitteellistä viitekehystä sekä suunniteltiin kyselyä. Teorian rakentaminen jatkui läpi opinnäytetyöprosessin. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen opinnäytetyöprosessi pääsi kunnolla alkuun ja kysely sekä toimintamallin kehittäminen konkretisoituivat. Esittelin osastonhoitajalle toimintamallin alustavaa sisältöä palaverissa maaliskuussa. Oli ilmeistä, että toimintamallin sisältö riippui myös kyselyn tuloksista, joten oli tärkeää toteuttaa ensin kysely. Palaverissa sovittiin, että suunnittelen toimintamallin vapaamuotoisesti ja itsenäisesti ja tarvittaessa osastonhoitaja antaa ehdotuksia sekä hyväksyy lopullisen tuotoksen. Kyselyn alustavia tuloksia raportoitin osastonhoitajalle ennen kuin toimintamallin kehittäminen alkoi.

En ollut aikaisemmin kehittänyt toimintamalleja ja tiedustelin Tampereen kaupungin Tietohallinnossa ja ODA –hankkeessa työskenteleviltä, onko kaupungilla käytössä joitakin yleisiä toiminta/palvelumalleja, joita olisin saanut tutkia. Yleisiä toiminta/palvelumalleja ei ollut saatavilla eikä toimintamallia etävastaanotolle ole olemassa. Kyselyn päättymisen jälkeen pyysin sähköpostitse lomakkeita jakaneilta terveydenhoitajilta, että he pohtisivat toiveita/ehdotuksia toimintamalliin liittyen. Terveydenhoitajilta ei tullut yhteydenottoja.



Suunnittelin toimintamallin lopulta itsenäisesti hyödyntämällä aikaisempaa tutkittua- ja teoreettista tietoa, kyselystä saatuja tuloksia sekä hoitotyön työkokemuksiani. Miellekartta-menetelmää käyttäen mallista syntyi alkuun erilaisia versioita. Pohdinnalle annettiin aikaa ja mallintamisprosessin aikana työstettiin välillä opinnäytetyön muita osioita. Selvitin myös Google-kuvahakua käyttäen, millaisia visuaalisia toimintamalleja yritysmaailmasta löytyy.

Toimintamallissa kuvataan, millainen etävastaanottopalvelu voisi olla Linnainmaan aikuisneuvolassa tuomalla esille niitä asioita, joita teoreettisen tiedon mukaan toimintamalleihin yleensä sisältyy. Toimintamallista pyrittiin tekemään yksinkertainen, selkeä ja suuntaa antava. Toimintamallia voidaan käyttää sellaisenaan tai kehittää sitä lisää. Toimintamallin visuaalinen ilme syntyi käyttäen Powerpoint -esitysgraafiikkaohjelman prosessityökaluja.

Kehittämäni toimintamalli lähetettiin sähköpostitse osastonhoitajan arvioon heinäkuussa. Osastonhoitajalta ei tullut kehittämisehdotuksia ja hän hyväksyi toimintamallin, jonka jälkeen vielä hienosäädin sitä ja aloitin viimeistelemään opinnäytetyötä.

### **7.3 Aikuisneuvolan etävastaanoton toimintamalli**

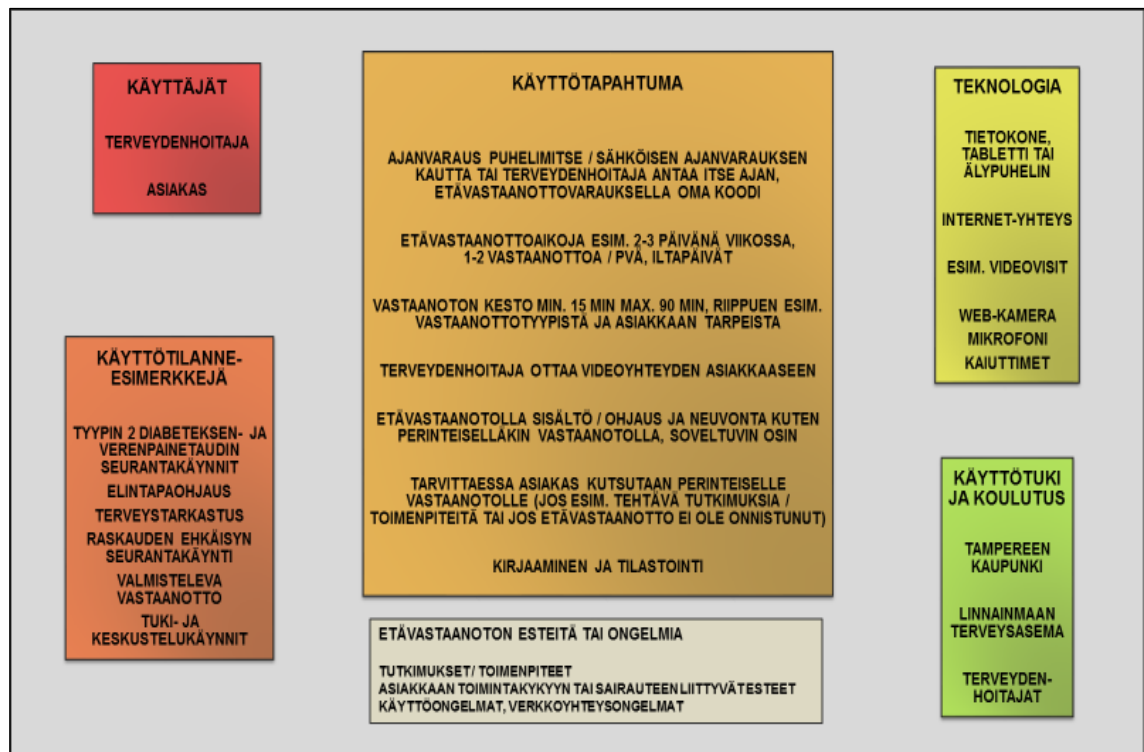
Etävastaanoton toimintamalli (kaavio 1) sisältää kuusi eri väristä tietolohkoa, jotka yhdessä muodostavat etävastaanottopalvelun keskiön. Etävastaanottoesimerkki (kaavio 2) selventää etävastaanoton kulun prosessinomaisesti. Toimintamallissa etävastaanotolla tarkoitetaan terveydenhoitajan ja asiakkaan kesken käytävää videopuhelua.

#### **Etävastaanoton käyttäjät ja käyttötilanteet**

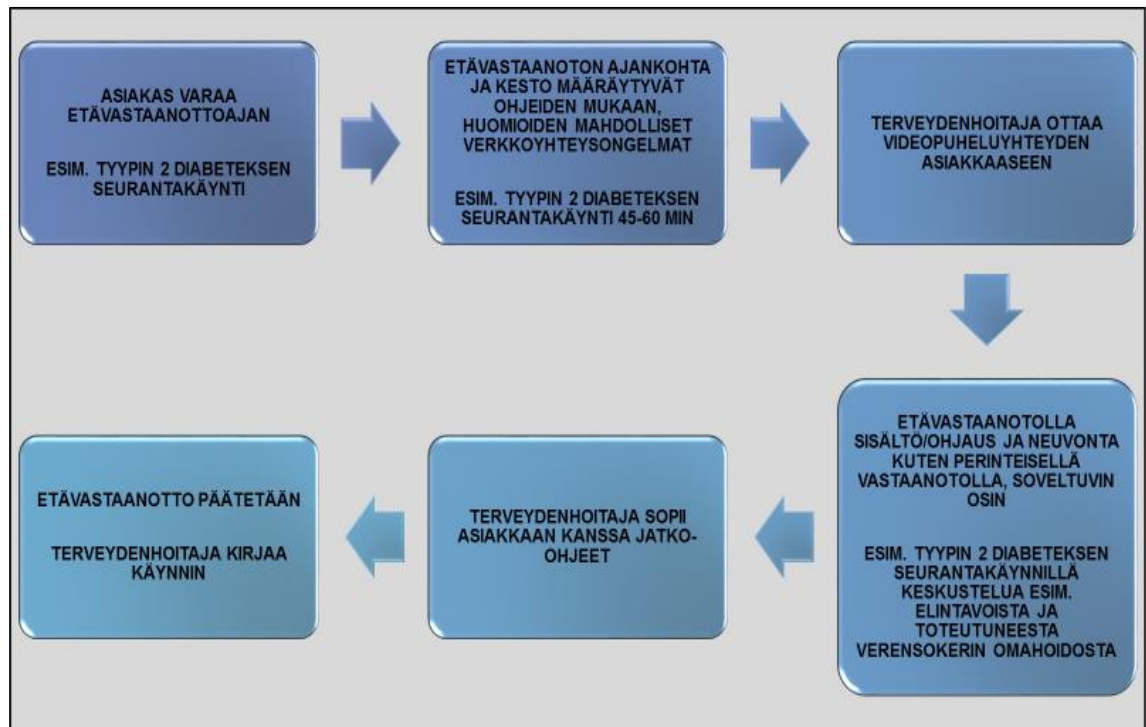
Etävastaanoton käyttäjiä ovat aikuisneuvolan terveydenhoitaja ja terveydenhoitajan palveluita käyttävä asiakas. Käyttötilanteita ovat esimerkiksi tyypin 2 diabetesta ja verenpainetauti sairastavien seurantakäynnit, elintapaohjaus, terveystarkastus, raskauden ehkäisyn seurantakäynti, valmisteleva vastaanotto ja erilaiset tuki- ja keskustelukäynnit.

Diabetes ja/tai verenpainetaudin seuranta voidaan hoitaa videopuhelun välityksellä, soveltuvin osin, kun se on hyvässä hoitotasapainossa. Tampereen kaupungin ohjeissa on nyt määriteltä, että tyypin 2 diabeteksen seurantakäyntejä on 1-4 kertaa vuodessa, joten jokin

niistä voi olla etävastaanotto. Elintapaohjaus, terveystarkastus, raskauden ehkäisyn seurantakäynti ja valmisteleva vastaanotto ovat vastaanottotyyppejä, joihin videopuhelu soveltuu, koska ne sisältävät enimmäkseen keskustelua. Tuki- ja keskustelukäynneistä esimerkiksi mielenterveysasiakkaiden käynnit voidaan hoitaa videoyhteydellä. Videopuhelua voi hyödyntää myös hoitotarvikeselvitysten laatimisessa, PEF -ohjauksissa tai Marevan-verenohennuslääkkeen käyttöön liittyvissä ohjauksissa. Käyttötilanteita voidaan pohtia lisää terveysasemalla moniammatillisessa tiimissä.



KAAVIO 1. Etävastaanoton toimintamalli (Elina Tala 2017)



KAAVIO 2. Tyypin 2 diabetes seurannan etävastaanoton malliesimerkki

### Etävastaanottoajan varaaminen

Etävastaanottotapahtuma alkaa siitä, kun asiakkaalla on tarve päästä terveydenhoitajan vastaanotolle. Terveystenhoitajat antavat usein itse seurantakäynneillä käyville asiakkailleen vastaanottoajan ja esimerkiksi diabeetikon kanssa voidaan sopia, että seuraava käynti on etävastaanotto.

Linnainmaan terveysaseman ajanvarauskäytäntöön tuli muutoksia elokuussa 2017 ja jatkossa pystytään pohtimaan moniammatillisissa tiimeissä, että milloin ja kuka voidaan ohjata etävastaanotolle. Tässä toimintamallissa suositellaan edelleen, että asiakas saa varata ajan puhelimitse ajanvarausyksiköstä tai Linnainmaan terveysasemalta tai tehdä varauksen sähköisesti.

Etävastaanottovaraus ilmestyy terveydenhoitajan Pegasos -potilastietojärjestelmän työllistään omalla koodilla, jota varten järjestelmää pitäisi kehittää. Sähköistä ajanvarausjärjestelmää pitäisi kehittää, jotta etävastaanottovarauksen tekeminen onnistuu. Yleisiä ajanvarausohjeita pitäisi myös kehittää, jotta asiakkaat tietäisivät, missä asioissa ja milloin he voivat hakeutua etävastaanotolle.

### **Etävastaanottoaikojen sijoittaminen**

Etävastaanottoja voidaan toteuttaa esimerkiksi 2-3 päivänä viikossa ja vastaanottoaikoja voi olla 1-2 päivässä. Etävastaanottoaikoja voidaan sijoittaa aamu- ja/tai iltapäivään, mutta tässä toimintamallissa suositellaan iltapäivää. Iltapäivällä verkkoliikenne voi olla rauhallisempaa ja verkkoyhteysongelmien riski olla pienempi. Verkkoyhteys- ja laiteongelmien esiintymistä on vaikea etukäteen arvioida eikä tässä keskitytty siihen. Palvelua suunniteltaessa tulisi kuitenkin tehdä riskien arviointi.

### **Etävastaanoton kesto**

Etävastaanotto kestää vähintään 15 minuuttia ja enintään 60-90 minuuttia, riippuen vastaanottotyypistä ja asiakkaan tarpeista. Diabeteksen seurantakäynnin kestoksi perinteisellä vastaanotolla on määritely 45-60 minuuttia, mutta tarvittaessa ohjeita voidaan päivittää. Aikaa varatessa on tärkeää huomioida, ettei perinteisetkään vastaanottotilanteet aina toteudu suunnitellusti tai vastaanoton luonne muuttuu yllättävien tilanteiden vuoksi.

### **Tarvittava teknologia**

Etävastaanoton toteuttamista varten terveydenhoitaja tarvitsee ainakin tietokoneen, web-kameran, mikrofonin ja kaiuttimet. Jokaisella terveydenhoitajalla on työhuoneessaan käytössä henkilökohtainen tietokone ja mikrokuuloke. Asiakas tarvitsee vähintään digitaalisen laitteen, jossa on Internet-yhteys, web-kameran, mikrofonin ja kaiuttimet. Laite voi olla tietokone, mobiilitabletti tai älypuhelin. Nykyajan laitteissa on pääsääntöisesti laadukkaat web-kamerat, mikrofonit ja kaiuttimet, mutta tarvittaessa niitä voidaan asentaa oheislaitteiksi.

Tässä toimintamallissa videopuheluohjelma-esimerkkinä on VideoVisit. VideoVisit -videopuheluohjelma toimii useilla verkkoselaimilla, mutta suositeltavin on Google Chrome. Toimintamallissa ei käsitelty tarkemmin videopuheluohjelmaa tai muuta teknologiaa, koska opinnäytetyön tekijällä ei ollut pätevyyttä pohtia teknistä toteutusta. Teknistä toteutusta on lisäksi vaikea pohtia, koska etävastaanottopalvelu ei ole käytössä terveysasemilla eikä ole tietoa, miten esimerkiksi VideoVisit -ohjelmaa käytettäisiin käytännössä terveysasemapuolella.

### **Etävastaanoton kulku**

Terveydenhoitaja ottaa videoyhteyden asiakkaaseen. Oletus on, että asiakas on varattuna etävastaanottoaikana tavoitettavissa kotona tai jossakin muualla. Yhteyden ottamista/muodostamista kokeillaan muutama kerta, jos se ei jostakin syystä onnistu ensimmäisellä kerralla. Jos videopuheluyhteyden muodostaminen ei muutaman yrityksen jälkeen onnistu tai videopuhelun aikana esiintyy häiritseviä ongelmia, sovitaan asiakkaan kanssa uusi etävastaanottoaika tai perinteinen vastaanottoaika. Vastaanoton tyyppi ja ajankohta riippuvat asiakkaan tarpeista ja asioiden kiireellisyydestä. Etävastaanoton peruuntumisesta/perumisesta ei veloiteta asiakasta.

Etävastaanotolla käsitellään asioita sekä toteutetaan ohjausta ja neuvontaa kuten perinteisellä vastaanotolla, soveltuvin osin. Terveydenhoitaja ja asiakas keskustelevat samaan tapaan kuin se tapahtuisi kasvotusten vastaanottohuoneessa. Diabeteksen seurantakäynnillä keskustellaan esimerkiksi sairauden tilasta ja yleisvoinnista sekä elintavoista ja toteutuneesta verensokerin omahoidosta.

Seuranta- ja ohjauskäynneillä on tapana antaa asiakkaalle mukaan kirjallista ohjausmateriaalia tai asiakas on voitu ohjata täyttämään etukäteen esitietolomakkeita esimerkiksi terveystarkastusta varten. Etävastaanotolla voidaan ohjata asiakas käyttämään Internetistä löytyvää sähköistä materiaalia ja sähköisiä lomakkeita. Mikäli asiakkaalle pitää luovuttaa tarvikkeita, kuten PEF-mittari, niin hän voi noutaa sen myöhemmin terveysasemalta.

Terveydenhoitaja vastaa siitä, että etävastaanotto vastaa tarkoitustaan, etävastaanoton kulku on sujuvaa ja vastaanotto on lopuksi vastannut asiakkaan tarpeita. Terveydenhoitaja on lisäksi vastuussa, että asiakas on selvillä jatkosuunnitelmista. Jos etävastaanoton aikana ilmenee, että asiakkaalle täytyy tehdä tutkimuksia tai toimenpiteitä, kutsuu terveydenhoitaja hänet perinteiselle vastaanotolle tarvittavana ajankohtana.

Mikäli etävastaanotolla käsitellyt asiat jäävät epäselväksi tai etävastaanotto ei vastaa asiakkaan tarpeita, niin voidaan etävastaanottoa kokeilla toisena päivänä uudestaan tai asiakas kutsutaan perinteiselle vastaanotolle.

Etävastaanoton päätyttyä terveydenhoitaja ja asiakas sulkevat videopuheluohjelman laitteiltaan. Terveydenhoitaja kirjaa ja tilastoi etävastaanottotapahtuman. Kirjaamista ja tilastointia varten suunniteltaisiin omat ohjeet. Asiakaspalautteen antamista varten voisi kehittää sähköisen järjestelmän, johon asiakas ohjautuu etävastaanoton päättymisen jälkeen. Palautetta tulisi pyytää ainakin ensimmäisen etävastaanottokokeilun jälkeen.

### **Etävastaanoton esteitä tai ongelmia**

Etävastaanottoon liittyviä esteitä ja ongelmia ei käsitelty tarkemmin toimintamallissa. Selvää kuitenkin on, ettei etävastaanottoa voida käyttää, jos vastaanotolla on tehtävä tutkimuksia tai toimenpiteitä, mutta toisaalta diabeetikon jalkojen tutkimus voidaan tehdä seuraavalla seurantakäynnillä ja vaikka etävastaanotolla ei voida tehdä mittauksia terveydenhoitajan toimesta, niin tulevaisuudessa voidaan hyödyntää etämittauksia. Nykyään korostetaan myös asiakkaan omahoitoa, joten etävastaanotolla voidaan käsitellä vain asiakkaan ottamia mittaustuloksia.

Asiakkaan toimintakykyyn tai sairauteen liittyvät esteet, kuten vammat tai muistisairaus saattavat estää videopuhelun käyttämisen. Vieraskielisten asiakkaiden kohdalla videopuhelua voidaan käyttää, riippuen asiointikielestä ja ammattilaisen kielitaidosta. Tulevaisuutta on todennäköisesti etätulkkaukset, jossa muodostettaisiin videoyhteys ammattilaisen, asiakkaan ja tulkin välille.

Terveydenhoitaja on viime kädessä se, joka huolehtii, ettei videopuhelua käytetä tilanteissa, johon se ei hänen arvionsa mukaan sovellu. Vastuuasiat kuuluvat lisäksi Tampereen kaupungille ja Linnainmaan terveysasemalle.

### **Käyttötuki ja koulutus**

Asiakasta pitää ohjeistaa selkeästi jo ajanvarausvaiheessa, miten toimia etävastaanoton käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa. Asiakkailta on oikeus saada videopuheluohjelman ja laitteiston käyttöön liittyvää koulutusta ja opastusta. Käyttötuen antamisesta sekä koulutuksen ja opastuksen järjestämisestä vastaisi Tampereen kaupunki, Linnainmaan terveysasema, terveydenhoitajat ja tarvittaessa ajanvarausyksikkö. Terveysasemalle voitaisiin lisäksi nimetä etävastaanoton vastuutukihenkilö. Terveydenhoitajien kouluttamisesta ja opastuksesta tulisi myös huolehtia.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Tampereen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita. Tavoitteena oli luoda etävastaanoton toimintamalli Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, olisivatko Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat kiinnostuneita käyttämään videopuhelua terveydenhoitajan kanssa ohjaus- ja neuvontatilanteissa, millainen palvelumuoto etävastaanotto voisi heidän mielestään olla, millaiset teknologian käyttötaidot heillä on ja olisivatko he kiinnostuneita hoitamaan terveysasioita muissa terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä. Tarkoituksena oli tuottaa Linnainmaan terveysasemalle etävastaanoton käyttöä koskevaa tietoa ja viedä sähköisten palveluiden kehitystä eteenpäin.

Tässä opinnäytetyössä kehittämistä ohjasivat innovatiivisuus, asiakaslähtöisyys, toiminnan tehokkuus ja palvelujen saavutettavuus. Kyselyn avulla saatiin tuotettua arvokasta tietoa siitä, mitä aikuisneuvolan asiakkaat ajattelevat etävastaanotosta ja tulokset toimivat osana etävastaanoton toimintamallin kehittämistä. Tutkimustulokset osoittivat, että asiakkailla on kiinnostusta etävastaanottoa kohtaan.

Tampereen kaupungilla ei ole etävastaanottomallia eikä Linnainmaan terveysasemalla tai muilla terveysasemilla/aikuisneuvoloissa ole käytössä etävastaanottopalvelua. Toimintamallissa kuvataan, millainen etävastaanottopalvelu voisi olla Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolassa. Toimintamalli on hyödynnettävissä ja käyttöön otettavissa suoraan Linnainmaan terveysaseman käyttöön.

### 8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuus on keskeinen tieteellisen tiedon tunnusmerkki. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata kahden eri mittauksen avulla, validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Reliabiliteetti eli toistettavuus tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Jos kaksi tutkijaa päätyvät samanlaiseen tutkimustulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina. Validiteetti eli luotettavuus tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Kyselylomakkeen kysymyksiin voidaan saada vastauksia, mutta vastaajat ovatkin saattaneet

ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee tutkimustuloksia alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232; Toikko & Rantanen 2009, 121–122.)

Opinnäytetyö perustui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan, jossa tavoitteena oli kehittää Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvonnan toimintaa ja sähköisiä palveluita. Tutkimuksellinen kehittämistyö voi saada alkunsa halusta saada aikaan muutos organisaatiossa ja siihen kuuluu tyypillisesti käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien käytäntöjen tai palvelujen tuottamista ja toteuttamista. Konstruktiivisessa tutkimuksessa pyritään käytännönläheiseen ongelmanratkaisuun luomalla uusi rakenne, joka voi parantaa sitä edeltäneen rakenteen toimintaprosessia. Rakenteen luomiseksi tarvitaan olemassa olevaa teoretietoa ja uutta empiiristä tietoa. (Ojasalo ym. 2014, 19–20, 65–68.) Konstruktiivinen tutkimus valittiin opinnäytetyön lähestymistavaksi, koska haluttiin luoda etävastaanoton toimintamalli. Kehittämisessä hyödynnettiin aikaisempaa tutkittua- ja teoreettista tietoa, kyselystä saatuja tuloksia sekä opinnäytetyön tekijän hoitotyön työkokemuksia.

Aikaisempaa suomalaista ja ulkomaista tutkimustietoa videopuhelun käyttämisestä asiakkaiden kanssa terveystalveissa löytyy melko vähän. Vastaavia tutkimuksia kuin tämä opinnäytetyö ei löytynyt. Osa tutkimuksista oli yli 10 vuotta vanhoja, jolloin niiden luotettavuus on heikko, koska teknologia ja digitalisaatio kehittyvät jatkuvasti. Vanhoja tutkimuksia käytettiin harkiten. Sähköisiin terveystalveihin liittyviä valtakunnallisia kärkihankkeita on useita ja ne osoittavat, miten ajankohtainen aihe on sähköiset palvelut. Vaikuttaa siltä, että etävastaanottopalvelu on vasta tulossa terveydenhuoltoon.

Opinnäytetyössä käsiteltiin Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan toimintaa ja terveydenhoitajien työnkuvaa, koska tiedon avulla pystyttiin perustelemaan etävastaanoton soveltuvuus aikuisneuvolaan ja vahvistettiin opinnäytetyön luotettavuutta. Luotettavuutta lisäsi myös se, että opinnäytetyön tekijä tuntee terveysaseman toiminnan.

Opinnäytetyön empiirinen aineisto kerättiin kyselyn avulla. Kysely valittiin, koska se koettiin toimivaksi vaihtoehdoksi ja haluttiin saada kartoitettua nopeasti ja runsaasti asiakkaiden mielipiteitä. Kyselyn avulla saadaan tutkimukseen paljon vastaajia ja voidaan kysyä paljon erilaisia asioita nopeasti ja tehokkaasti. Tutkijalle on nopeaa analysoida ai-



neisto tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2009, 195; Ojasalo ym. 2014, 121.) Vastaavaa tutkimusta ei oltu aikaisemmin toteutettu Linnainmaan aikuisneuvolassa, joten se oli ainutkertainen.

Aluksi olin halukkaampi toteuttamaan sähköisen kyselyn, koska pidän paperikyselyä vanhanaikaisena. Toive paperikyselylomakkeesta tuli Linnainmaan terveysaseman osastonhoitajalta. Korkean vastausprosentin mahdollistamiseksi oli järkevintä toteuttaa paperikysely. Aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat ovat yleensä iäkkäämpiä, joten heidän oletettiin jaksavan osallistua kyselyyn, jos kyselylomake on paperinen ja lyhyt.

Saatekirjettä pidetään tärkeänä kyselyn onnistumisen kannalta ja sen on herätettävä luottamusta. Hyvä saatekirje sisältää ainakin kuvauksen kyselyn tarkoituksesta, merkityksestä ja tarpeellisuudesta. Saatekirjeessä tuodaan esille kyselyn toteuttaja, maininta tutkimustulosten käytöstä ja vastaajien anonymiteetin säilymisestä sekä etukäteiskiitokset. Yhteystiedot saatekirjeessä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta, koska vastaajat voivat luottaa tutkijan konkreettisuuteen ja tutkimuksen aitouteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Ojasalo ym. 2014, 133.) Kyselylomakkeen saatekirjeestä pyrittiin laatimaan selkeä, lyhyt ja kohtelias. Saatekirjeessä esiteltiin vastaajalle tutkimuksen tarkoitus ja tuotiin esille, että kyselyyn vastataan nimettömästi ja tuloksia käsitellään luottamuksellisesti. Saatekirjeessä mainittiin, että tutkimustuloksista tiedotetaan myöhemmin terveysasemalle, jolla pyrittiin lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta ja rehellisyyttä. Opinnäytetyön tekijän nimitiedot näkyivät saatekirjeen lopussa ja varsinaiset yhteystiedot kyselylomakkeen lopussa.

Kyselylomakkeen testaaminen on välttämätöntä, koska sillä tavalla se voidaan vielä tarkistaa ja korjata ennen varsinaisen laajan tutkimuksen aloittamista (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Ojasalo ym. 2014, 133). Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi kyselylomake testattiin henkilöillä, joilla ei ollut hoitosuhdetta Linnainmaan terveysasemalle, mutta jotka olivat iäkkäitä ja säännöllisessä hoitajan seurannassa kroonisten sairauksien vuoksi.

Kyselylomakkeiden palautusta varten hankittuihin palautuslaatikoihin teipattiin, että kyselyssä on etävastaanottokyselyn palautuslaatikot. Palautuslaatikot testattiin, ettei niitä saa kovallakaan voimankäytöllä auki. Palautuslaatikot, mustekynät ja kynäpurkit sijoitettiin terveysaseman kahteen odotusaulaan, lähelle terveydenhoitajien työhuoneita.

Kyselyn heikkouksena pidetään siitä saadun aineiston pinnallisuutta. Ei voida myöskään tietää, miten vakavasti vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin, ovatko vastaajat vastanneet rehellisesti, miten onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien mielestä tai miten tietoisia vastaajat ovat olleet aihealueen suhteen. Hyvän lomakkeen laatiminen vaatii kyselyn tekijältä tietotaitoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 195; Ojasalo ym. 2014, 121.) Kyselylomake oli mielestäni onnistunut, mutta jossain määrin se oli pinnallinen ja se heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Mielenpitoita kartoitettavia kysymyksiä olisi voinut olla enemmän, koska laajemmalla kyselyllä voidaan saada kattavampi ja merkityksellisempi aineisto. Valmiita vastausvaihtoehtoja saatettiin pitää ympäröivinä, vaikeasti ymmärrettävinä tai johdattelevina, vaikka toisaalta monivalintakysymysten avoimiin vastausvaihtoehtoihin ei oltu vastattu. Avoimilla kysymyksillä oltaisiin voitu saada monipuolisempaa tietoa.

Oli vaikea arvioida, ymmärrettiinkö kaikki kysymykset, kuten olin tarkoittanut ja arvelin etukäteen, että aihealue on vieras. Yksi terveydenhoitajista antoi jälkepäin palautetta, että kysely sujui hyvin, mutta osalla vastaajista oli vaikeuksia ymmärtää jotkut kysymykset. Mieltä lämmittävää oli, että monet muistivat minut terveysaseman vanhana työntekijänä, mikä lisäsi heidän osallistumishalukkuutta. Kyselyn avulla saatuja kokemuksia voidaan pitää vastaajien mielipiteitä kuvaavina.

Tuloksia analysoidessani huomasin viimeisen kysymyksen kohdalla, että olisi ollut kohdasta laittaa viidenneksi vastausvaihtoehdoksi esimerkiksi En ole kiinnostunut. Monet vastaajista olivat kirjoittaneet viimeisen kysymyksen kohdalle Ei, En tai En vielä tai vetäneet viivan. Kysymys sai matalimmat vastausmäärät. Tulkinnanvaraista on, jättikö kysymykseen varsinaisesti monikaan vastaamatta, koska Ei-vastauksia oli kuitenkin useita. Ei-vastaukset päätettiin jättää analysoimatta, koska tarkoituksena oli kartoittaa valmiiksi annetuilla vastausvaihtoehdoilla kiinnostaako niissä palveluissa tai jossakin muussa palvelussa käyttää videopuhelua. Vastaajien taustatietoja kartoitettavissa kysymyksissä olisi voitu kysyä asumismuotoa tai koulutustasoa, joilla olisi saattanut olla merkitystä johtopäätösten kannalta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi, että kyselylomake mittasi sitä, mitä sen oli tarkoitus ja opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Aikuisneuvolan terveydenhoitajat jakoivat 100:sta kyselylomakkeesta 93 kyselylomaketta, joista palautettiin 92 täytettyä lomaketta, mutta yhden kyselylomakkeen puuttuminen ei heikennä luotettavuutta.

Pidän kyselyn toteuttamista onnistuneena ja erityiskiitoksen saavat terveydenhoitajat, jotka jakoivat kyselylomakkeita. Korkeasta vastausprosentista voidaan olettaa, että terveydenhoitajat olivat motivoituneita jakamaan kyselylomakkeita korkean otoksen saamiseksi. Kyselyn korkea vastausprosentti lisää tutkimuksen luotettavuutta. Vastausprosentin perusteella tulokset voidaan yleistää, koska otos oli kattava. Aikuisneuvolan kävijämäärä oli vuonna 2016 3243 kappaletta.

Kokonaisuutta tarkastellen tärkeintä oli, että asiakkaat jaksoivat osallistua kyselyyn ja saatiin yleisvaikutelma asiakkaiden mielipiteistä. Työkokemuksen perusteella olen todennut, että uusia terveystuotteita- ja palveluita tyypillisesti kehitetään ilman mielipidekyselyitä ja niiden toimivuutta arvioidaan vasta, kun ne ovat käytössä. Tämä voi johtaa siihen, ettei tuote/palvelu ollut toimiva tai asiakasystävällinen. Tässä opinnäytetyössä kyselyn tulokset olivat tärkeässä osassa ja ne otettiin kehittämisessä huomioon.

Tulosten analysointi ja raportointi toteutettiin huolellisesti ja tarkasti, vastauksia väärin-telemtä ja niihin mitään lisäämättä. Tulosten raportoinnissa käytetyt graafiset kuvaajat pyrittiin laatimaan visuaalisesti kiinnostaviksi ja selkeiksi. Kyselyihin vastattiin anonyymisti, joten opinnäytetyön tekijä ei voinut mitenkään tunnistaa vastaajia ja näin vastaajien yksityisyyden suoja toteutui. Vastaukset ja niiden määrä tarkistettiin useampaan otteeseen, koska niitä kirjattiin manuaalisesti Excel -taulukkolaskentaohjelmaan. Suorien lainausten viittaukset tarkistettiin useaan kertaan. Excel -taulukkolaskentaohjelma osoittautui toimivaksi ohjelmaksi käsitellä aineistoa, koska sen avulla sai muodostettua helposti selkeitä jakaumia ja visuaalisesti asianmukaisia ja näyttäviä kuvioita.

## **8.2 Opinnäytetyön tulosten arviointi**

Videopuhelun käyttäminen vaatii teknisiä laitteita ja vähintään teknologian peruskäyttötaitoja. Teknologia on vaikea määritellä yksiselitteisesti ja sen vuoksi kyselyssä oli esimerkkejä perusteknologiasta vastaajien pohdinnan tueksi. Wessmanin ym. (2013) tulosten mukaan moni ikääntynyt ajatteli teknologian tarkoittavan tietokonetta ja jotakin monimutkaisempaa laitetta eikä esimerkiksi kahvinkeitintä luokiteltu teknologiaksi, koska sitä pidettiin niin arkisena (Wessman ym. 2013).

Tulosten mukaan 39 % (n=36) vastaajista arvioi teknologian käyttötaitojensa olevan hyvät ja 32 % (n=29) arvioi käyttötaitojensa olevan kohtalaiset. Vastaajista 29 % (n=27) vastasi En osaa käyttää teknologiaa. Kahdella kolmasosalla vastaajista oli mahdollisuus käyttää digitaalista laitetta, jossa on Internet-yhteys. Yksi kolmasosa vastasi, että heillä ei ole mahdollisuutta käyttää digitaalista laitetta. Wessmanin ym. (2013) tutkimuksessa todettiin, että kaikkien vastaajien mielestä teknisiä laitteita ei tarvinnut itse omistaa, koska kirjastosta tai palvelutalosta löytyi tietokone (Wessman ym. 2013).

Videopuhelua käyttäneitä oli vain vähän yli kolmasosa vastaajista. Vaikka yli puolet eivät olleet käyttäneet videopuhelua, ei se tarkoita, etteivätkö vastaajat osaisi käyttää tai oppisi käyttämään sitä, varsinkin kun teknologian käyttötaidot olivat suurella osalla melko hyvät ja oli mahdollisuus käyttää digitaalista laitetta. Videopuhelun käyttämättömyyden taustalla voi olla se, ettei vastaajilla ole ollut tarvetta tai kiinnostusta käyttää videopuhelua tai sitä kohtaan on ennakkoluuloja.

Kyselyyn osallistuneista 92:sta vastaajasta kaksi kolmasosa oli naisia. Vastaajien sukupuoli on saattanut vaikuttaa siihen, miten videopuhelun käyttämiseen suhtauduttiin. Intosalmen ym. (2013) tutkimustulosten mukaan 84 prosentilla vastaajista oli käytössään matkapuhelin ja se oli jonkin verran yleisempi miehillä kuin naisilla. Vastaajista 23 prosentilla oli tietokone ja miehet käyttivät sitä useammin asioiden hoitamiseen kuin naiset. 54 prosenttia vastaajista uskoivat uuden teknologian tai tekniikan olevan hyödyllistä ja uuden teknologian hyödyllisyyteen esimerkiksi arjen helpottajana uskoi enemmän miehet.

Aikuisneuvolan palveluita käyttävät asiakkaat ovat yleensä iäkkäämpiä, joka näkyi ikäjakaumassa. Vastaajista 38 % kuului 70-79-vuotiaiden ikäryhmään, 80-89-vuotiaita oli 23 % vastaajista, 15 % 60-69-vuotiaita ja kolme vastaajaa oli 90-vuotiaita tai yli. Vastaajien korkea ikä saattoi johtua nyt siitä, että suurin osa käytti/olivat käyttäneet kyselyyn osallistuessaan kahden muun terveydenhoitajan palveluita, kun dehko-hoitajan palveluita oli käyttänyt 13 vastaajaa. Dehko-hoitajan vastaanotolla käy myös vähemmän asiakkaita päivää kohti ja he ovat pääasiassa alle 66-vuotiaita. Dehko-hoitaja oli lisäksi lyhyellä vuosilomalla kyselyn toteuttamisen aikaan, joten muut terveydenhoitajat ehtivät jakaa enemmän kyselylomakkeita.

Vastaajien korkea ikä on myös saattanut vaikuttaa siihen, miten videopuhelun käyttämiseen suhtauduttiin. Wessmanin ym. (2013) tutkimuksessa todettiin, että digiaikaan siirtymisessä koettiin painetta. Moni ikääntynyt ihmetteli, onko siinä iässä vielä pakkoa siirtyä digiaikaan. Vaikka vastaajilta löytyi arkiteknoologiaa, ei se ollut niin isossa roolissa kuin nuoremmilla polvilla ja vastaajat olivat todenneet lasten ja lastenlapsiensä teknologiaosaamisen olevan edistyneempää kuin heillä. Iäkkäillä ei tuntunut olevan tarpeita käyttää ensisijaisesti teknologian tuomia mahdollisuuksia ja asiat hoidettiin mieluummin vanhojen tapojen mukaisesti. (Wessman ym. 2013.)

Kyselyssä haluttiin selvittää vastaajien kiinnostusta käyttää videopuhelua terveydenhoitajan kanssa vastaanotolla, joka sisältää suullista ohjaamista ja neuvontaa eikä vastaanotolla tehdä toimenpiteitä tai tutkimuksia. Yli puolet eli 57 % (n=52) vastaajista halusi käydä vain vastaanotolla eivätkä käyttää videopuhelua. Vastaajien sukupuoli- ja/tai korkea ikä, tietämättömyys ja kokemattomuus videopuhelua ja sen käyttämistä kohtaan ja terveystieteiden hoitamisessa käyttöön jääneet vanhat tavat saattavat vaikuttaa tuloksen taustalla.

Huomionarvoista tuloksissa on, että vastaajista kuitenkin yhteensä 37 % oli kiinnostunut käyttämään videopuhelua ja heistä 30 % voisi käyttää joskus videopuhelua ja käydä jatkossakin vastaanotolla. Tarkoituksena onkin, että etävastaanotto otettaisiin käyttöön yhdeksi palvelumuodoksi perinteisen vastaanoton rinnalle.

Vastaajista kahdeksan vastasi, etteivät voi käyttää videopuhelua, koska vastaanotolla yleensä tehdään myös joitakin tutkimuksia tai toimenpiteitä. Jatkokysymyksellä oltaisiin voitu kartoittaa, mitä tutkimuksilla tai toimenpiteillä tarkoitettiin. Etävastaanotto ei sovi tilanteisiin, joissa tarvitaan fyysinen kontakti, mutta esimerkiksi verenpainemittauksen suhteen voidaan hyödyntää etämittauksia. Etämittaukset ovat käytössä ainakin Hämeenlinnassa ja Tampereella Tipotien terveysasemalla niitä on kokeiltu (Ojala 2017; Tampereen kaupunki 2016b).

Kysyttäessä, mitä vastaajat ajattelivat videopuhelun käyttämisen terveydenhoitajan kanssa olevan ohjaus- ja neuvontatilanteissa, koki 34 % (n=31), että videopuhelu voisi olla käytännöllinen palvelumuoto, 17 % (n=16) ajatteli, että se voisi olla nopea palvelumuoto ja 16 % (n=15) koki, että se voisi olla helppo palvelumuoto. Kahdeksan vastaajaa

koki, että videopuhelu voisi olla edullisempi palvelumuoto esimerkiksi matkakustannusten kannalta. Tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten käyttökokemustulosten kanssa. Väestökyselyn (2015) tuloksissa todettiin, että lääkärin/terveydenhoitajan virtuaalivastaanottoa käyttäneiden mielestä hyvää oli, kun asia tuli kerralla hoidetuksi sekä palvelu oli helppo, nopea, ystävällinen ja odotusaika lyhyt (Taloustutkimus 2015). YTHS:llä huomattiin MeeDoc -videokonsultaatiopalvelun olevan käyttökelpoinen hoitotapa oikeastaan vaivasta riippumatta (Heinilä 2014). Vuononvirran tutkimuksessa todettiin, että diabetespotilaat suhtautuivat erittäin positiivisesti etä vastaanottoihin ja vuoro vaikutus oli sujunut luontevasti (Vuononvirta 2011). Pietikäisen (2013) tutkimuksessa todettiin videoneuvottelulaitteen välityksellä keskustelemisen olleen helppoa, vaivatonta, mielekästä ja luontevaa. Vuorovaikutus hoitajan kanssa koettiin yhtä hyväksi kuin perinteisillä kotikäynneillä. Nuorisopsykiatrian puolella tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että videopuhelun avulla pystyttiin tiivistämään hoitoa, vastaamaan pitkien välimatkojen tuomiin haasteisiin ja nopeuttamaan avun saantia (Glumerus 2016).

Ulkomaisissa tutkimuksissa videopuhelun todettiin olleen helppokäyttöinen ja tehokas sekä positiiviseksi koettiin matkustamisen väheneminen (Dampier ym. 2008). Videopuhelun käyttö oli tuonut matkustussäästöjä ja parantanut hoitoon pääsyä (Beckey ym. 2016). Matka- ja aikasäästöjen lisäksi videopuhelun käyttäminen oli helpottanut hoitoon pääsyä, koska se oli nopea ja helppo käyttää (Accursi ym. 2015).

Vastaajista 47 % (n=43) oli sitä mieltä, että tämänkaltainen teknologia kuuluu paljon myöhempään tulevaisuuteen, mikä ei välttämättä tarkoita kielteistä suhtautumista videopuhelun käyttämistä kohtaan. Vastaajilla saattaa olla tietämättömyyttä, miten ajankohtainen se on jo ja miten toimiva palveluratkaisu se voisi olla. Ikäihmiset saattavat ajatella, ettei asia kosketa enää heitä. Vastaajista lisäksi 15 koki, että videopuhelu olisi palvelumuotona vaikeakäyttöinen ja kolmen vastaajan mielestä epäilyttävä tai pelottava palvelumuoto. Seitsemän vastaajaa ajatteli videopuhelun olevan sopimaton palvelumuoto terveyspalveluissa. Huonoja puolia videopuhelun käyttämisessä ajateltiin olevan melko vähän, kuten aikaisempienkin tutkimusten käyttökokemustulokset osoittavat. Väestökyselyn (2015) tuloksissa palveluun tyytymättömiä olleet kolme henkilöä ilmoittivat syyksi palvelun laadun, hitauden, rajoitetut asiointiajat ja ettei kyseinen asiointitapa vain sopinut itselle (Taloustutkimus 2015). Pietikäisen (2013) tutkimuksessa todettiin, ettei laitteen käyttö ei vaatinut erityisiä tietokonetaitoja eikä laitetta pidetty ahdistavana tai hermostuttavana. Kaikki asiakkaat eivät pitäneet palvelua hyödyllisenä/sopivana kotihoitoon, mutta

se koettiin hyödylliseksi muille asiakasryhmille, kuten yksin asuville. Glumeruksen (2016) tutkimuksessa todettiin, että videopuhelu koettiin luontevana, mutta osa käyttäjistä koki, ettei videopuhelun välityksellä saanut tukea ja aidon läsnäolon tunnetta.

Kyselyssä haluttiin lopuksi kartoittaa, olisivatko vastaajat kiinnostuneita käyttämään videopuhelua muissa terveysaseman palveluissa. Vastaajista 35 % (n=32) oli kiinnostunut käyttämään videopuhelua sairaanhoitajan kanssa, 25 % (n=23) lääkärin vastaanotolla ja neuvovan fysioterapeutin kanssa 13 vastaajaa. Tulokset ovat huomionarvoisia ja puhuvat etävastaanoton puolesta. Jo Timosen tutkimuksessa (2004) todettiin, että potilaat olivat olleet yhtä tyytyväisiä lääkärin etävastaanottoon kuin perinteisiin vastaanottoihin. Alatalon (2017) tutkimuksessa työterveyslääkärin vastaanotoista 94 % oli kyetty hoitamaan etäyhteyden avulla, joten videovälitteisen etävastaanoton ajateltiin soveltuvan työterveyshuollon toimintamalliksi.

Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan todeta, että etävastaanoton käyttämiseen suhtaudutaan myönteisesti ja palvelumuotona videopuhelulla koetaan olevan enemmän hyviä puolia kuin huonoja sekä asiakkailla on valmiuksia käyttää sitä. Seuraavaksi olisi hyvä toteuttaa videopuhelupilotti ja tarjota vähintään niille asiakkaille mahdollisuus kokeilla ja käyttää videopuhelua, jotka siitä ovat kiinnostuneita.

Ne asiakkaat, jotka suhtautuivat kielteisemmin videopuhelun käyttämiseen tai kokivat sen vaikeakäyttöisenä, epäilyttävänä/pelottavana tai sopimattomana, voisivat innostua etävastaanotosta, kun sitä markkinoitaisiin. Markkinointi voisi olla maltillista ja sisältää esimerkiksi aiheeseen liittyvien esitteiden jakamista, kertomalla vastaanottojen yhteydessä siitä, laittamalla terveysaseman info-televisioon tiedotteen tai kokeilemalla videopuhelua pienimuotoisesti terveysaseman sisällä. Markkinoinnilla ja käyttökokemuksilla voitaisiin saada hälvennettyä ennakkoluuloja ja tuotua esille etävastaanoton positiivisia puolia.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulee huomioida, että vastaajilla ei ollut etävastaanoton käyttökokemusta ainakaan Linnainmaan aikuisneuvolassa. Sellaisen palvelun arvioiminen voi olla vaikeaa, jota ei ole kokeillut, joten oli hienoa huomata, miten monipuolisesti videopuhelun käyttämisestä ajateltiin.

Kun videopuhelutekniikka- ja palvelu suunnitellaan yksinkertaiseksi ja asiakasystävälliseksi, niin hyvällä koulutuksella ja riittävällä käyttötuella etävastaanotosta saadaan realistinen palvelumuoto perinteisen vastaanottopalvelun rinnalle. Wessman ym. (2013) tutkimuksen mukaan teknologia tukee iäkkään henkilön arjen tarpeita, jos se on edullista ja tarpeenmukaista, sen käyttöön on saatavilla tukea ja apua, siihen siirtymiseen ei painosteta sekä se tukee vanhoja totuttuja toimintatapoja. Teknologia tukee iäkkään toimintakykyä, jos se on käyttäjälähtöistä, sen käyttöön saa riittävästi opastusta ja ikääntyneet aktiivisesti kouluttavat itse itseään. (Wessman ym. 2013.)

Terveyspalveluita tulisi kehittää jatkuvasti, jotta ne olisivat laadukkaita ja vastaisivat asiakkaiden tarpeisiin. On hyvä kehittää uusia palvelumuotoja ja tarjota niitä asiakkaille. Palveluita kannattaa kehittää yhteistyössä ammattilaisten ja asiakkaiden kanssa. Terveyspalveluiden kehittämisessä täytyy myös pysyä ajan hermolla ja kilpailukykyisenä, joten kannattaa hyödyntää alati kehittyvää teknologiaa ja ottaa käyttöön vanhojen palvelumuotojen rinnalle moderneja digitaalisia palveluita, kuten sote-uudistuksessakin on yhtenä tavoitteena. Teknologia antaa palveluiden kehittämiselle rajattomat mahdollisuudet.

Etävastaanotosta voitaisiin saada käytännöllinen, nopea, helppo, hyödyllinen ja kustannustehokas palvelu aikuisneuvolan lisäksi terveysaseman muihin palveluihin. Pitää aina muistaa, että palveluiden on tuotettava enemmän hyötyä kuin haittaa. Vuononvirran (2011) tutkimuksessa etäterveydenhuollon sovellusten käyttöönoton hyödyiksi todettiin hoitomahdollisuuksien, hoidon saatavuuden ja hoidon tulosten paraneminen. Terveyskeskustyöntekijät suhtautuivat pääasiassa myönteisesti etäterveydenhuollon käyttöön ja kokivat siitä olevan hyötyä potilaille, työntekijöille ja yhteiskunnalle.

Etävastaanoton toimintamallista pyrittiin tekemään innovatiivinen ja asiakaslähtöinen. Minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta mallintamisesta ja löysin melko vähän teoreettista tietoa mallintamisesta ja videopuhelun käyttämisestä terveyspalveluissa. Powerpoint-esitysgraafiikkaohjelman käyttäminen mallintamisessa osoittautui hyväksi valinnaksi. Kyselyn avulla saatiin tuotettua hyödyllistä ja merkittävää tietoa Linnainmaan terveysasemalle siitä, mitä aikuisneuvolan asiakkaat ajattelevat etävastaanotosta ja toimintamallin kehittäminen riippui paljon asiakkaiden suhtautumisesta etävastaanottoon. Toimintamallista pyrittiin tekemään yksinkertainen, selkeä ja suuntaa antava. Toimintamalli on mielestäni onnistunut sisällöltään ja visuaalisesti ja se on nyt hyödynnettävissä.



Opinnäytetyön tulokset saattavat olla hyödyllisiä myös ODA -pilotille. Opinnäytetyön tekeminen tuotti minulle henkilökohtaista hyötyä, koska olen pitkään halunnut olla mukana kehittämässä sähköisiä terveystalvveluita.

### **8.3 Opinnäytetyön eettisyys**

Suosittelvia eettisiä periaatteita tutkimusprosessissa ovat rehellisyys, tarkkuus, huolellisuus tutkimustyössä ja sen tallentamisessa sekä esittämisessä, eettisesti kestävien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien soveltaminen ja muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen. Tutkimus on lisäksi oltava suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti eikä plagiointia tapahdu tai tuloksia yleistetä ilman kritiikkiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–27.)

Opinnäytetyö pyrittiin toteuttamaan hyvien eettisten periaatteiden mukaisesti. Kysely toteutettiin huolellisella suunnitellulla. Kyselyn tulokset julkaistiin todenmukaisesti ja rehellisesti. Vastaajien yksityisyydensuojan toteutumisen kannalta oli tärkeää, että kyselyyn vastattiin nimettömästi ja terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeet eikä opinnäytetyön tekijä, joka oli työskennellyt aikaisemmin Linnainmaan terveysasemalla. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet kyselyä varten hankittuihin palautuslaatikoihin, jotka yhdessä tutkimusaineiston kanssa tuhottiin asianmukaisesti.

Etävastaanoton toimintamalli pyrittiin kehittämään huolellisesti, ottamalla huomioon eettisesti hyvä ja asiakkaita kunnioittava tapa. Kun asiakkaille annetaan rehellistä tietoa, ollaan avoimia, toimitaan yhteistyössä ja markkinointi on hyvää, niin voidaan saada etävastaanoton positiivisia puolia tuotua esille ja rakennettua vähitellen asiakkaiden kiinnostus ja luottamus etävastaanottoa kohtaan.

### **8.4 Jatkokehittämisehdotukset**

Tässä opinnäytetyössä ei ollut mahdollista arvioida toimintamallin hyödyllisyyttä tai testata videopuhelua, joten jatkokehittämisehdotuksena olisi testata toimintamalli ja toteuttaa videopuhelupilotti. Toimintamallia voidaan myös kehittää lisää. Jos isompaa video-

puhelupilottia on vaikea toteuttaa, voi videopuhelua kokeilla asiakkaan kanssa pienimuotoisemmin esimerkiksi perinteisen vastaanottokäynnin jälkeen terveysaseman sisällä. Oleellista olisi tietää, miten videopuhelu on otettu vastaan, joten jatkotutkimusaiheena olisi selvittää asiakkaiden ja ammattilaisten käyttökokemuksia.

Kiinnostavaa olisi myös selvittää laajemmalla jatkotutkimuksella Linnainmaan terveysaseman palveluita käyttävien asiakkaiden kiinnostusta käyttää videopuhelua muissa palveluissa. Tässä opinnäytetyössä sitä kartoitettiin vain yhdellä kysymyksellä. Opinnäytetyössä ei tutkittu terveydenhoitajien ajatuksia etävastaanotosta, mutta on tärkeää ottaa kehittämistyöhön mukaan käytännön työtä tekevät ammattilaiset, joten jatkotutkimuksena voitaisiin kartoittaa terveydenhoitajien mielipiteitä.

Opinnäytetyön alkuperäinen idea liittyi videopuheluun ja terveyspalveluita käyttävien vieraskielisten asiakkaiden asioimistulkkaukseen. Ajatuksena olisi ollut kokeilla etätulkkausta yhteistyössä Pirkanmaan Tulkikeskuksen kanssa Linnainmaan terveysaseman palveluissa, mutta siihen ei ollut vielä vuonna 2016 resursseja. Tulkkipalveluita käytetään terveysasemalla jonkin verran vieraskielisten asiakkaiden kanssa, varsinkin lääkärin vastaanotolla. Etätulkkaustapahtumassa voitaisiin muodostaa videoyhteys ammattilaisen, asiakkaan ja tulkin välille. Etätulkkaus voi parhaimmillaan olla nopea ja kustannustehokas palvelumuoto, joka hyödyttäisi kaikkia osapuolia.

Etävastaanottoa voisi käyttää myös Tampereen Kämmenniemen terveysaseman aikuisneuvonnassa. Yli 20 kilometrin päässä Linnainmaan terveysasemasta sijaitseva Kämmenniemen terveysasema on tehnyt yhteistyötä Linnainmaan terveysaseman sekä Atalan terveysaseman kanssa. Atalan aseman henkilöstö siirtyi työskentelemään Linnainmaan aseman tiloihin elokuussa 2017, jolloin alkoi myös uuden toimintamallin kokeilu. Atalan ja Kämmenniemen asemilla on toiminut yksi yhteinen aikuisneuvonnan terveydenhoitaja ja jatkossa hän voisi välillä käyttää etävastaanottoa Kämmenniemen aseman asiakkaiden kanssa. Palvelusta hyötyisi sekä terveydenhoitaja että asiakkaat. Terveydenhoitajan ei tarvitse matkustaa Kämmenniemen asemalle, varsinkin kun terveydenhoitajan työpiste tulee sijaitsemaan Linnainmaalla ja asiakkaiden ei tarvitse mennä Kämmenniemen asemalle.

## LÄHTEET

- Accursi, M. Black, K-K. & Singh, L-G. 2015. Implementation and outcomes of a pharmacist-managed clinical video telehealth anticoagulation clinic. *American Journal of Health System Pharmacy* 1/1/2015. Vol. 72 (1), 70–73. <http://web.a.ebsco-host.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=61fb7792-e312-4352-84b8-497e553f284d%40sessionmgr4007&hid=4207>. Luettu 3.3.2017.
- Alatalo, S-S. 2017. Videovälitteinen lääkärin vastaanotto työterveyshuollossa. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122439/Alatalo\\_Suvi.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122439/Alatalo_Suvi.pdf?sequence=1). Luettu 28.2.2017.
- Beckey, C. Lutfi, N. & Verbosky, N. 2016. Implementation and evaluation of diabetes management via clinical video telehealth. *Diabetes Care* 1/2016. Vol. 39, 1–2. <http://web.b.ebsco-host.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c30aee8f-6d82-4463-9b92-34d404a78f59%40sessionmgr103&hid=123>. Luettu 3.3.2017.
- Castrén, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66407/978-951-44-7519-1.pdf?sequence=1>. Luettu 18.2.2017.
- Dampier, S. Pilatzke, S. Sevean, P. Spadoni, M. & Strickland, S. 2008. Patients and families experiences with video telehealth in rural/remote communities in Northern Canada. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 18, 2573–2579. <http://web.b.ebsco-host.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=43ba6558-5647-44e8-a28e-f55bccdf3194%40sessionmgr120&hid=115>. Luettu 29.1.2017 ja 3.3.2017.
- ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa 2010. Julkaisu. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104491/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3081-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104491/URN_ISBN_978-952-00-3081-0.pdf?sequence=1). Luettu 27.1.2017 ja 19.2.2017.
- Etäpalvelujen käyttöönoton käsikirja. 2015. Valtiovarainministeriön julkaisu 44/2015. <http://vm.fi/documents/10623/360844/Et%C3%A4palvelujen+k%C3%A4ytt%C3%B6noton+k%C3%A4sikirja/6644b47c-3b1f-4d80-9629-12d0e0a2b394>. Luettu 24.1.2017.
- Euroopan komissio. 2012. Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012-2020 – innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle. Julkaisu. [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009\\_2014/documents/com/com\\_com\(2012\)0736\\_/com\\_com\(2012\)0736\\_fi.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2012)0736_/com_com(2012)0736_fi.pdf). Luettu 27.1.2017.
- Glumerus, P. 2016. Videopuhelut nuorisopsykiatriassa. Käyttäjäkokeemukset videopuhelupilotista. Metropolia ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-opinnäytetyö.
- Haarala, P. Honkanen, H. Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveydenhoitajan osaaminen. 2. painos. Porvoo. Edita.

Hallitusohjelma. 2015. Ratkaisujen Suomi 2025. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi\\_FI\\_YHDIS-TETTY\\_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDIS-TETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82). Luettu 24.1.2017.

Harhanen, M. 2013. Potilaan ja terveydenhuollon välinen viestintä. Tieto- ja viestintäteknologia osana palvelumallia. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma. <https://www.mik-koharhanen.fi/tiedostot/potilaan-ja-terveydenhuollon-valinen-viestinta.pdf>. Luettu 18.2.2017.

Heinilä, T. 2014. YTHS laajentaa videovälitteisen etäkonsultaation käyttöä. Verkkouutinen. <http://www.sitra.fi/uutiset/omahoito/yths-laajentaa-videovalitteisen-etakonsultation-kayttoa>. Luettu 28.1.2017.

Helasvuo, M-L. Johansson, M. & Tanskanen, S-K. 2014. Kieli verkossa. Näkökulmia digitaaliseen vuorovaikutukseen. E-kirja. Helsinki. SKS.

Hintsala, J. 2016. Etälääkäri tuli osaksi terveystalvuuja – Kela korvaa nyt hoidon. YLE. Verkkootikkeli. <http://yle.fi/uutiset/3-8710955>. Luettu 20.2.2017.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki. Tammi.

Hoitotyön vuosikirja. 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. Porvoo. Fioca Oy.

Honkala, P. Kortetjärvi-Nurmi, S. Rosenström, A. & Siira-Jokinen, S. 2013. LINKKI. Työyhteisön viestintä. 4. painos. Helsinki. Edita.

Hyppönen, H. Hyry, J. Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 33/2014. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN\\_ISBN\\_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN_ISBN_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1). Luettu 27.1.2017.

Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisen sähköisten terveystalvuuja rakentamisen hyvää käytäntöä. Stakes. Stakesin raportteja 9/2008. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74979/R9-2008-VERKKO.pdf>. Luettu 19.2.2017.

Innokylä. 2017. Verkkosivusto. <https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>. Luettu 22.5.2017.

Intosalmi, H. Nykänen, J. & Stenberg, L. 2013. Teknologian käyttö ja asenteet 75-89-vuotiailla – Raportti kyselytutkimuksesta. KÄKÄTE-projekti. Julkaisu. [http://www.ika-teknologia.fi/images/stories/Julkaistut/kakate\\_teknologian\\_kaytto\\_asenteet\\_75\\_89\\_netti.pdf](http://www.ika-teknologia.fi/images/stories/Julkaistut/kakate_teknologian_kaytto_asenteet_75_89_netti.pdf). Luettu 13.7.2017.

Intranet Lora. 2017. Tampereen kaupungin sisäinen Intranet. Luettu 27.1.2017 ja 13.6.2017.

JUHTA. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012a. JHS 152. Prosessien kuvaaminen. Suositus. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>. Luettu 22.5.2017.

- JUHTA. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012b. JHS 168. Videoneuvottelun käyttö julkisessa hallinnossa. Suositus. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS168/JHS168.pdf>. Luettu 23.1.2017 ja 16.5.2017.
- Kanta. Kansallinen terveystietokanta. 2017. Verkkosivusto. <http://www.kanta.fi/>. Luettu 20.2.2017.
- Kela. 2017. Verkkosivusto. <http://www.kela.fi/etakuntoutus-hanke>. Luettu 16.5.2017.
- Kuntaliitto. 2016. ODA –hanke. Julkaisu. [http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/akusti/akustiprojektit/omahoito/Documents/ODA%20esitys%20nettisivuille\\_Akusti.pdf](http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/akusti/akustiprojektit/omahoito/Documents/ODA%20esitys%20nettisivuille_Akusti.pdf). Luettu 24.1.2017.
- Kuntaliitto. 2017. Verkkosivusto. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tyk/asiakaspalvelut/Sivut/default.aspx>. Luettu 19.2.2017.
- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- Lääkäriliitto. 2016. Etälääketieteen suositus. Verkkodokumentti. <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suositukset/etalaaketieteen-suositus/>. Luettu 27.1.2017.
- Määttä, K. 2010. Hyvinvointitelevisio asiakkaan näkökulmasta. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Niemi, T. Nietosvuori, L. & Virikko H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki. Edita Prima.
- Ojala, U. 2017. Etävastaanottoa pitävä hoitaja: Tämä on superpaljon perinteistä helpompaa. Tehy-verkkolehti. Luettu 31.7.2017.
- Ojasalo, K. Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Pekurinen, M. Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes. Stakesin raportteja 38/2008. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf>. Luettu 6.8.2017.
- Pietikäinen, J. 2013. Teknologian hyväksyminen ja käyttö kotihoidossa: Kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä videoneuvotteluteknologian käytöstä. Aalto-yliopisto. Pro gradu-tutkielma. [http://epub.lib.aalto.fi/fi/ethesis/pdf/13127/hse\\_ethesis\\_13127.pdf](http://epub.lib.aalto.fi/fi/ethesis/pdf/13127/hse_ethesis_13127.pdf). Luettu 28.2.2017.
- Pälve, H. 2015. Loskainen tulevaisuus lääkäreillä. Pääkirjoitus. Lääkärilehti 13/2015. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/loskainen-tulevaisuus-laakareilla/>. Luettu 20.2.2017.

Reponen, J. Kangas, M. Hämäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. THL. Raportti 12/2015. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN\\_ISBN\\_978-952-302-486-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN_ISBN_978-952-302-486-1.pdf?sequence=1). Luettu 20.2.2017.

Roivas, M. & Karjalainen, A-L. 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. Porvoo. Edita.

Rönkä, M. 2008. Potilaan ja terveydenhuollon organisaation välisen viestinnän kehittäminen. Sähköposti ja tekstiviesti viestintävälineinä terveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Sairaanhoitajaliitto. 2015. Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveystieteen palvelujen strategia vuosille 2015-2020. Julkaisu. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/01/eHealth\\_strategia\\_Final.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/01/eHealth_strategia_Final.pdf). Luettu 22.5.2017.

Salmi, L. 2014. Digitaalisen vuorovaikutuksen sanastoa. Teoksessa Helasvuo, M-L. Johansson, M. & Tanskanen, S-K. Kieli verkossa. Näkökulmia digitaaliseen vuorovaikutukseen. E-kirja. Helsinki. SKS.

Salminen, A-L. Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. 2016. Etäkuntoutus. Kela. Julkaisu. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Et%C3%A4kuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f6981df>. Luettu 16.5.2017.

Seppänen, A. 2016. Etävastaanotto sopii kroonisiin sairauksiin. Verkkoartikkeli. Potilaan Lääkärilehti, 20/2016. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/etavastaanotto-sopii-kroonisiin-sairauksiin/>. Luettu 28.1.2017.

Skype. 2017. Verkkosivusto. <https://www.skype.com/fi/>. Luettu 20.2.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Julkaisu. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113104/t2015esi.pdf?sequence=1>. Luettu 20.2.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön –strategia 2020. Julkaisu. [https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1). Luettu 20.1.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Tiedote. [http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM\\_linjaus\\_terveydenhuollon\\_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360](http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360). Luettu 20.1.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Sote- ja maakuntauudistus. Verkkosivusto. <http://alueuudistus.fi/etusivu>. Luettu 21.2.2017 ja 8.8.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Verkkosivusto. <http://stm.fi/terveyspalvelut>. Luettu 18.2.2017.

Suhonen, L. & Siikanen, T. 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – Hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulu. Sarja C artikkelikokoelmat. Osa 26. Verkkojulkaisu. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20730/Suhonen\\_Liisa\\_Lamk\\_2007.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20730/Suhonen_Liisa_Lamk_2007.pdf?sequence=1). Luettu 19.2.2017.

Taloustutkimus. 2015. Valtiovarainministeriön Etäpalveluhanke-väestökysely. Raportti. <http://vm.fi/documents/10623/360844/Tutkimusraportti+ko-tik%C3%A4yt%C3%B6st%C3%A4,+v%C3%A4est%C3%B6tutkimus/01718d05-d787-47cd-a0bc-c0203f1e6aae>. Luettu 27.2.2017.

Tampereen kaupunki. 2016a. Kuvapuhelu. Tiedote. [http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2016/12/14122016\\_6.html](http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2016/12/14122016_6.html). Luettu 16.5.2017.

Tampereen kaupunki. 2016b. Tipotien terveysasemalla aloitetaan verenpaineen ja astman seurannan etämittauskokeilu. Tiedote. [http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2016/08/31082016\\_2.html](http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2016/08/31082016_2.html). Luettu 31.7.2017.

Tampereen Digiohjelma. 2017. Julkaisu. <https://digiaspa.blogaaja.fi/files/2017/05/Digiohjelma-4.4.207.pdf>. Luettu 18.5.2017.

Tampereen kaupunki. 2017. Verkkosivusto. [www.tampere.fi](http://www.tampere.fi). Luettu 23.1.2017 ja 19.2.2017.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tilastokeskus. 2016. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2016. [http://www.stat.fi/til/sutivi/2016/sutivi\\_2016\\_2016-12-09\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2016/sutivi_2016_2016-12-09_tie_001_fi.html). Luettu 21.2.2017.

Timonen, O. 2004. Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Akateeminen väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514274075.pdf>. Luettu 28.1.2017.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. painos. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2014. Terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategia. TEM-raportteja 12/2014. <http://tem.fi/documents/1410877/2871099/Terveysalan+tutkimus+ja+innovaatiotoiminnan+kasvustrategia+26052014.pdf>. Luettu 19.2.2017.

Valtiovarainministeriö. 2015. SADe-ohjelma. Loppuarvio 2015. <http://vm.fi/documents/10623/1181507/Arviointiraportti+2015/3d4fe8a1-6a75-4287-817a-8305b93297a8>. Luettu 24.1.2017.

Valtiovarainministeriö. 2017. Verkkosivusto. <http://vm.fi/sahkoiset-palvelut>. Luettu 19.2.2017.

Valvira. 2009. Verkkosivusto. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia>. Luettu 19.2.2017.

Valvira. 2015. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Ohje. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen\\_terveydenhuollon\\_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut). Luettu 20.1.2017.

VideoVisit. 2017. Verkkosivusto. <https://videovisitlive.com/fi/home.php>. Luettu 20.2.2017 ja 16.5.2017.

Vuononvirta, T. 2011. Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa. Oulun yliopisto. Akateeminen väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514297175.pdf>. Luettu 28.1.2017.

Wessman, J. Erhola, K. Meriläinen-Porras, S. Pieper, R. & Luoma, M-L. 2013. Ikääntynyt ja teknologia – Kokemuksiani teknologian käytöstä. KÄKÄTE-tutkimuksia 2/2013. Julkaisu. [http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/ikaantynyt\\_ja\\_teknologia\\_tutkimus\\_netti.pdf](http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/ikaantynyt_ja_teknologia_tutkimus_netti.pdf). Luettu 13.7.2017.

Ylipartanen, A. 2010. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. 3. painos. Helsinki. Tietosanoma Oy.



# LIITTEET

## Liite 1. Tutkimuslupapäätös

Tampereen kaupunki  
PL 487, 33101 TAMPERE

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

5 (5)

### 8 PÄÄTÖS

#### Tutkimuslupa myönnetään

Tutkimuslupaa koskevat seuraavat ehdot:

1. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä.
2. Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.
3. Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan.
4. Tutkimuslupa ei oikeuta hakemaan tietoja rekisteritietojärjestelmistä. Henkilörekisteritietojen käyttö edellyttää, että tutkimusluvan lisäksi on myönnetty erillinen lupa henkilötietojen käyttöön tutkimuksessa ja hakija on allekirjoittanut tietojen ja tietojärjestelmien käyttö- ja salassapitositoumuksen.
5. Tutkimuksen valmistumisesta ilmoitetaan ja tutkimusraportti toimitetaan tutkimuksen yhteyshenkilölle.
6. Jos tutkimus keskeytyy, siitä ilmoitetaan yhteyshenkilölle ja tutkimusluvan myöntäjälle.
7. Lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan. Tällöin luvansaajan on palautettava tutkimusta varten saamansa tiedot.

Lisätietoja: -.

Kielteisen päätöksen perustelut ja valitusosoitus -

#### Päätöksen tekijä

10.3.2017  
Päiväys

Johtava ylihammaslääkäri Eeva Torppa-Saarinen vastaanottopalvelujen päällikkö  
Allekirjoitus ja virkanimike

## Liite 2. Saatekirje



Arvoisa vastaaja

23.3.2017

Olen sairaanhoitaja/terveydenhoitaja ja opiskelen Ylempää ammattikorkeakoulu-tutkintoa Tampereen ammattikorkeakoulussa Hyvinvointiteknologian koulutusohjelmassa.

Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aihealueena on videovälitteinen etävastaanotto.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tutkia Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolan terveydenhoitajien vastaanotolla käyvien asiakkaiden kiinnostusta ja valmiuksia käyttää videovälitteistä etävastaanottoa yhtenä palvelumuotona.

Tavoitteena on tuottaa Linnainmaan terveysasemalle etävastaanoton käyttöä koskevaa tietoa, jota hyödynnetään aikuisneuvonnan toimintaprosessin kehittämisessä.

Vastaamalla kyselylomakkeeseen annatte opinnäytetyölleni arvokasta tutkimustietoa. Kyselyyn vastataan nimettömästi. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tämän tutkimuksen yhteydessä. Kyselylomakkeet ja niistä saatu aineisto tuhoetaan asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen.

Tutkimuksen tuloksista tiedotetaan myöhemmin Linnainmaan terveysasemalle.

Pyydän Teitä ystävällisesti täyttämään oheisen kyselylomakkeen vastaamalla kaikkiin kysymyksiin.

Palauttakaa kyselylomake kyselylle varattuun palautuslaatikkoon.

Ystävällisin terveisin,  
Elina Tala

sairanhoitaja/terveydenhoitaja  
YAMK-opiskelija

## KYSELYLOMAKE

Pyydän, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin ympyröimällä oikean/oikeat vastausvaihtoehdot.

**1.Sukupuoli?**      1. Mies      2. Nainen

**2.Ikä?** 1. 20-29v 2. 30-39v 3. 40-49v 4. 50-59v 5. 60-69v 6. 70-79v  
7. 80-89v 8. yli 90v

**3.Mitä seuraavista Linnainmaan aikuisneuvonnan palveluista käytätte tai käytitte tänään, kun saitte kyselylomakkeen?**

1. Terveydenhoitajan vastaanotto: terveydenhoitajat [REDACTED] tai [REDACTED]
2. Dehko-hoitaja [REDACTED]

**4.Millaiseksi arvioitte teknologian käyttötaitonne? (teknologia voi tarkoittaa esim. matkapuhelin, tietokone, tabletti, kamera, sykemittari, verenpaine- ja verensokerimittari yms.)**

1. En osaa käyttää teknologiaa
2. Taitoni ovat kohtalaiset
3. Taitoni ovat hyvät

**5.Onko Teillä mahdollisuus käyttää digitaalista laitetta, jossa on Internet-yhteys? (digitaalisella laitteella tarkoitetaan tässä kyselyssä tietokonetta, tablettia ja matkapuhelinta)**

1. Kyllä
2. Ei

**6.Oletteko käyttäneet videopuhelua? esimerkiksi SKYPE-videopuhelua.**

1. Kyllä
2. Ei

**7.Olisitteko kiinnostunut käyttämään videopuhelua terveydenhoitajan kanssa vastaanotolla, joka sisältää suullista ohjaamista ja neuvontaa eikä vastaanotolla tehdä toimenpiteitä/tutkimuksia? Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon.**

*Ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan esim. elämäntilanteeseen ja elämäntapoihin (ruokavalio, liikunta, alkoholin käyttö, tupakointi, unen laatu ja jaksaminen) kuuluvaa keskustelua. Lisäksi fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin ja sairauksiin - niiden ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja seurantaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa, esim. verenpaine, diabetesasiat. Lisäksi esim. ehkäisyasiat, lääkitysasiat ja terveystuotteiden- ja palveluiden käyttämisen ohjeistaminen ovat osa terveydenhoitajan antamaa ohjausta ja neuvontaa.*

1. Voisin kokeilla videopuhelua kerran
2. Voisin käyttää aina videopuhelua
3. Voisin käyttää joskus videopuhelua ja käydä jatkossakin vastaanotolla
4. En voi käyttää videopuhelua, koska vastaanotolla yleensä tehdään minulle myös joitakin tutkimuksia tai toimenpiteitä
5. Haluan käydä vain vastaanotolla enkä käyttää videopuhelua
6. En osaa sanoa

**8.Mitä videopuhelun käyttäminen terveydenhoitajan kanssa ohjaus- ja neuvontatilanteissa voisi olla? Ympyröikää ajatuksianne vastaavat vaihtoehdot.**

1. Käytännöllinen palvelumuoto
2. Mukava palvelumuoto
3. Helppo palvelumuoto
4. Nopea palvelumuoto
5. Edullisempi palvelumuoto, esim. matkakustannukset aikuisneuvolaan
6. Vaikeasti käytettävä palvelumuoto
7. Epäilyttävä tai pelottava palvelumuoto
8. Sopimaton palvelumuoto terveystilanteissa
9. Tämänkaltainen teknologia kuuluu paljon myöhempään tulevaisuuteen
10. Jotakin muuta? Voitte kirjoittaa alla olevalle riville

---



---

**9.Olisitteko kiinnostunut hoitamaan terveysasioitanne seuraavissa Linnainmaan terveysaseman palveluissa videopuhelun välityksellä?**

1. Lääkärin vastaanotto
  2. Sairaanhoidajan vastaanotto
  3. Neuvovan fysioterapeutin vastaanotto
  4. Jokin muu, mikä? Voitte kirjoittaa alla olevalle riville
- 

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Elina Tala

Yhteystiedot:

sähköposti: [elina.tala@soc.tamk.fi](mailto:elina.tala@soc.tamk.fi)