

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoidajakoulutus

2023

Katja Mulari

Asiakastyytyväisyys muistipoliklinikan videovastaanottoon

-Kyselytutkimus



Opinnäytetyö (AMK)
Sairaanhoitajakoulutus
2023 | 54

Katja Mulari

Yksityissektorilla toteutettavan videovastaanottoavusteisen etämuistipoliklinikan asiakastyytyväisyyskyselyn rakentaminen.

Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä Trinitas Lääkäritalon etänä toteutettavaan muistipoliklinikkaan yhteistyössä neljän Hyvinvointialueen (Varsinais-Suomen-, Satakunnan-, Kanta-Hämeen sekä Lapin hyvinvointialue) kanssa. Asiakastyytyväisyyskyselyn tavoitteena on selvittää etävastaanoton palvelun laatuun sekä tietoturvaan liittyviä tekijöitä, videoavusteisen etävastaanoton teknistä toimivuutta sekä kehitysmahdollisuuksia.

Asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja sen tuomat palauteet ovat merkityksellisiä kasvun, kehityksen sekä taloudellisen näkökulman suhteen. Kysely tehdään ensin pienemmällä aineistolla, josta saadun palautteen perusteella saadaan kehitettyä kyselylomaketta haluttuun suuntaan.

Opinnäytetyössä käytetään itse laadittua kyselylomaketta (liite 2), jolla aineisto kerätään ns. survey-menetelmällä Webropolia käyttäen. Kysymykset ovat kaikille samat ja kyseessä on joukko muistipoliklinikan asiakkaita (Hirsjärvi ym. 2013, 192). Survey-menetelmä on tehokas ja taloudellinen yhdistettynä sähköiseen lomakkeeseen (Heikkilä 2008, 19). Sähköisen lomakkeen vastaukset ovat nopeasti käytettävissä ja mahdollista viedä suoraan erilaisiin tilasto-ohjelmiin. Sähköisesti täytettävässä kyselylomakkeessa avoimia kysymyksiä on 5 kpl ja monivalintakysymyksiä 8 kpl.

Tässä tyytyväisyyskyselyssä vastauksia tuli vähemmän kuin oli odotettu. Mahdollinen vastaanottajatahon osallistaminen olisi saattanut saada aikaan enemmän vastauksia. Hyvinvointialueiden lupaprosessit olivat juuri muuttuneet yhtenäisimmiksi ja veivät selkeästi enemmän aikaa, kuin ennen hyvinvointialueita. Vastausajan pidentäminen olisi ollut tarpeen ja tämä olisi ollut yksi tapa saada enemmän vastauksia. Lomake itsessään oli helppo täyttää sekä ymmärrettävä. Kysymykset etenivät selkeästi ja loogisesti.

Yhteenvetona, asiakastyytyväisyyskyselyn arviointi ja kehittäminen tarjoavat mahdollisuuden parantaa palautteenkeruuprosessia ja varmistaa, että se palvelee tarkoituksensa mahdollisimman tehokkaasti. Tässä asiakastyytyväisyyskyselyssä saimme vahvistuksen erinomaiselle palvelun laadulle sekä tukea ajatukselle tuottaa ja kehittää jatkossakin etägeriatripalveluja.

Asiasanat:

Muistipoliklinikka, asiakastyytyväisyys, etävastaanotto, etälääkäri, videoavusteinen vastaanotto

Bachelor's / Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Nursing education

2023 | 54

Author Katja Mulari

Construction of a customer satisfaction survey of a remote memory outpatient clinic implemented in the private sector with video reception.

The purpose of the survey was to determine customer satisfaction with Trinitas Lääkäritalo's remote memory outpatient clinic in cooperation with the four Welfare Regions (Varsinais-Suomen-, Satakunnan-, Kanta-Hämeen and Lapland's welfare region). The goal of the customer satisfaction survey is to find out the factors related to the quality of the remote reception service and information security, the technical functionality of the video-assisted remote reception, and development opportunities.

Measuring customer satisfaction and the feedback it brings are relevant in terms of growth, development and financial perspective. The survey is first conducted with smaller data, from which, based on the feedback, a questionnaire can be developed in the desired direction.

The thesis uses a self-made questionnaire (appendix 2) to collect the data. the so-called with the survey method using Webropol. The questions are the same for everyone and it is a group of clients of the memory clinic (Hirsjärvi et al.

2013, 192.). The survey method is efficient and economical when combined with an electronic form (Heikkilä 2008, 19). The answers of the electronic form are quickly available and can be exported directly to various statistical programs. There are 5 open-ended questions and 8 multiple-choice questions in the electronically filled-in questionnaire.

In this satisfaction survey, there were fewer responses than expected. A possible inclusion of the receiving party could have elicited more responses. The permit processes of welfare areas had just become more uniform and clearly took more time than before welfare areas. Extending the response time would have been necessary and this would have been one way to get more responses. The form itself was easy to fill out and understand. The questions progressed clearly and logically.

In summary, evaluating and developing a customer satisfaction survey provides an opportunity to improve the feedback collection process and ensure that it serves its purpose as effectively as possible. In this customer satisfaction survey, we received confirmation of the excellent service quality and support for the idea of continuing to produce and develop remote geriatric services.

Keywords:

Memory clinic, customer satisfaction, teleworking, telemedicine, video-assisted reception

Sisältö

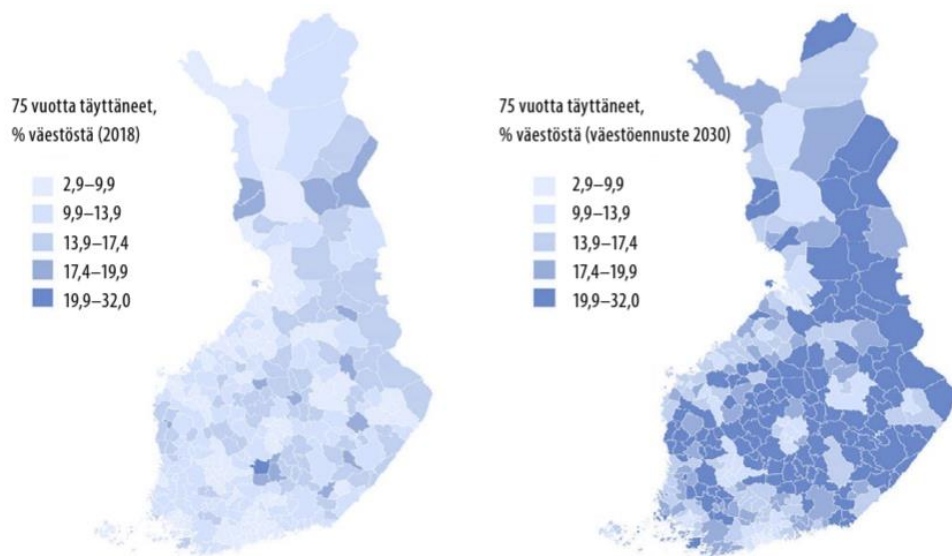
1 Johdanto	7
2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	9
2.1 Palvelu ja sähköiset palvelut käsitteenä	9
2.2 Palvelupolku	10
2.3 Palvelun laatu	11
3 Muistisairauspotilaiden palvelut	13
3.1 Muistipoliklinikka	13
3.2 Muistisairauspotilaiden etäterveyspalvelut	14
3.3 Muistisairauspotilaiden terveyspalvelujen laatu	15
3.4 Muistisairaahan palvelupolku ja kontaktipisteet	18
3.5 Muistiasiakkaan digihoitopolku	21
4 Asiakaskokemus ja vuorovaikutuksen merkitys	24
5 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	29
6 Tutkimusmenetelmä, tiedonhaku ja kysely	30
6.1 Tutkimusmenetelmä	30
6.2 Kyselylomakkeen laatiminen	30
6.3 Aineiston keruu	32
6.4. Aineiston analyysi	33
7 Tulokset	33
7.1 Kyselyn asiakaskokemukset	33
7.1.1 Miten asiakkaat kokevat videoavusteisen etämuistivastaanoton?	33
7.1.2 Mitä asiakkaan mielestä videoavusteisella etämuistivastaanotolla voisi kehittää tai parantaa?	37

7.1.3 Miten tietoturvallisena videoavusteinen etämuistivastaanotto koetaan?	37
7.1.4 Miten asiakas kokee avunsaannin videoavusteisella etämuistivastaanotolla?	38
7.2 Kyselylomakkeen toimivuus ja kehittäminen	39
8 Eettisyys, luotettavuus	40
9 Johtopäätökset ja pohdinta	41
Lähteet	44
Liite 1. Saate	51
Liite 2. Kyselylomake	52

1 Johdanto

Muistipotilaiden suuri ja kasvava määrä aiheuttaa merkittäviä kansanterveydellisiä sekä taloudellisia haasteita. Vuosittain todetaan n. 14500 uutta muistisairausdiagnoosia, väestöstä noin 193 000 sairastaa tälläkin hetkellä muistisairautta. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Suomessa yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa myös tulevaisuudessa. Samanaikaisesti terveyskulumme kasvavat kovaa vauhtia (Tulonen 2021,3.). Väestön ikääntymisen ennuste vuosien 2010 ja 2050 välisenä aikana yli 65-vuotiaiden keskuudessa on lähes kaksinkertainen (Lahdenperä 2019, 5.). Lukuisten tutkimusten mukaan terveydenhuollon etäpalvelut tuovat kustannushyötyjä, vaikka kertaluontoisten digitaalisten investointien vuoksi hetkellisten kustannusten nousu onkin havaittavissa. Hetkellisten kustannusten nousu on todettu kuitenkin kääntyvän laskuun viidessä vuodessa. (Tulonen 2021,4.)



Kuvio 1. 75 vuotta täyttäneiden tai vanhempien osuus (%), väestöstä kunnittain A) vuonna 2018 ja B) ennuste vuoteen 2030.

Erityisesti etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste. Näihin haasteisiin varautumista ja ennaltaehkäisyä voidaan parantaa edistämällä aivoterveyttä elämän kaikissa vaiheissa. Työkyvyn sekä arjen selviytymistä tukemalla varmistetaan se, että muistisairauksiin sairastutaan nykyistä harvemmin ja iäkkäämpänä. Myös ikääntyneen väestön aivoterveysten edistämiseen on syytä ennaltaehkäisevästi kiinnittää huomiota. Yhteiskunnallisen ajattelun suunta on oltava sellainen, että muistisairaajat ihmiset voivat olla ikä- ja muistiystävällisen yhteiskunnan yhdenvertaisia jäseniä, elää mielekästä elämää ja saada ajoissa tarvitsemaansa tukea ja palvelua. (SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA 2020, 22.)

Opinnäytetyö on asiakastytyväisyyskysely Trinitas Lääkäritalon käyttöön. Trinitas Lääkäritalossa tuotetaan hyvinvointialueen asiakkaille etälääketieteen keinoin toteutettavia erikoissairaanhoidon vastaanottoja sekä muistipoliklinikoita. Vastaanotto tapahtuu vastaanottohuoneessa siten, että asiakkaan lisäksi fyysisesti samassa huoneessa on kunnan oma muistihoitaja sekä potilas. Lääkäri on tietoturvalisessä verkossa kunnan omassa potilastietojärjestelmässä videoavusteisesti tietokoneen ruudulla. Tarkoituksena on varmistaa palveluiden laatu sekä kehittää palveluja haluttuun suuntaan. Opinnäytetyössä tuotettuja tietoja ja materiaaleja hyödynnetään myös Trinitas Lääkäritalon muissa kunnissa toteutettavien etämuistipoliklinikoiden käyttöön.

Tammikuussa 2023 aloittivat maassamme 21 uutta hyvinvointialuetta, jossa Trinitas Lääkäritalon etälääketieteen toteutettavat geriatriset palvelut ovat osa tulevaisuutta. (Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveyden huollon ja pelastustoimen uudistus/ <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialuekartta>.) Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla muistipoliklinikalle osallistuneiden asiakkaiden sekä omaisten kokemuksia ja parannusehdotuksia etävastaanottokeinoin toteutettavasta muistipoliklinikasta. Tavoitteena on näin kehittää Trinitas Lääkäritalon tarjoamaa palvelua paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

2.1 Palvelu ja sähköiset palvelut käsitteenä

Palvelujen toteuttamista ohjaa asiakaslähtöinen ajattelu. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoito ja palvelut ovat asiakkaan ja potilaan tarpeita vastaavia, lähellä olevia ja kestäväää hoito- ja palvelusuhdetta tukevia sekä helppokäyttöisiä. Asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa tarvitaan erilaisten näkökulmien yhteensovittamista erityisesti iäkkäille palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa (STM 2023, 50.). Hoidon toteuttamisen näkökulmasta tärkeitä periaatteita ovat henkilöstön ammattitaito, yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, luottamus ja kohtaaminen. Asiakaslähtöisyyteen liittyy myös iäkkään asiakkaan omaisten ja läheisten huomioiminen. Tiedonkulun parantaminen ja omaisten huomioiminen palvelujen toteutuksessa edellyttää sujuvaa yhteistyötä henkilöstön kanssa. Teknologia on tuonut oman ulottuvuutensa ja se mahdollistaa yhteydenpidon omaisten kanssa, myös etäomaisten. Omaiset ja asiakas hyötyvät siitä, jos palvelujen henkilöstö on helposti tavoitettavissa. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että iäkkään henkilön on myös oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun toteutuksessa. (STM, 2020, 43.)

Muun yhteiskunnan tavoin sosiaali- ja terveydenhuolto digitalisoituu. Digitaalisten sote-palvelujen käyttö on lisääntynyt viimeisen 10 vuoden aikana voimakkaasti. COVID-19 -pandemia kiihdytti digitalisaatiota, ja kehitystyötä tehtiin nopeallakin aikataululla (Valtioneuvosto 2023.). Digitaalisten palvelujen tulee olla asiakaslähtöisiä ja eri kohderyhmien tulee kokea niiden käyttö hyödylliseksi, jotta digitaaliset palvelut juurtuvat osaksi yhteiskunnan palveluita. Hallitusohjelman tavoitteena on nähdä Suomi digitalisaation edelläkävijänä. Tavoitteena on kehittää julkisen sektorin kyvykkyyttä sekä tukea julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä siten, että digitalisaation mukanaan tuomat mahdollisuudet luovat edellytykset ottaa palvelut käyttöön yli hallinto- ja toimialarajojen (Valtiovarainministeriö, 2019, Digitalisaation edistämisen ohjelma 25.2.2020.). Digitalisaation edistämisen ohjelma (Digiohjelma) on

rakennettu näiden hallitusohjelmatavoitteiden toimeenpanemiseksi. Ohjelman tarkoituksena on tukea ja kannustaa viranomaisia tuomaan palvelunsa kansalaisten ja yritysten saataville digitaalisina vuoteen 2023 mennessä. Valtiovarainministeriö on asettanut Digitalisaation edistämisen ohjelman 25.2.2020 (Valtiovarainministeriö, 2019.).

Sähköisten palveluiden tavoitteena on lisätä kansalaisten, yritysten ja yhteisöjen mahdollisuuksia käyttää julkisia palveluja ajasta ja paikasta riippumatta. Sähköinen asiointi on yleensä nopein ja helpoin tapa hoitaa viranomaisasioita. Sähköisten palveluiden käytön lisääntyminen tehostaa julkista palveluntuotantoa yhteisiä verovaroja säästäen. Lähtökohta sekä tavoite on, että julkisen hallinnon sähköiset palvelut ovat turvallisia, toimivia ja helppokäyttöisiä. Sähköisestä kanavasta tulee luoda asiakkaalle houkuttelevin vaihtoehto. Palveluiden rakentamisessa keskiössä onkin palvelun suunnittelu siten, että se on käyttäjäkeskeinen, palveluprosessit ovat huolellisesti suunniteltuja sekä yhteen toimivia ja huomioon on otettu tietoturvanäkökulma (Valtiovarainministeriö, 2019.).

2.2. Palvelupolku

THL kuvaa palvelupolun kokonaisuutena, joka perustuu asiakkaan palvelutarpeeseen sekä toteutuu yksilöllisesti ja etenee vaiheittain koostuen useista palveluista tai palveluprosesseista. Palvelupolku nähdään rakenteena, joka ratkaisee hoidon sirpaleisuuden sekä työhyvinvoinnin ammattilaisten näkökulmasta. Toimiva palvelupolku edellyttää johdon sitoutumista osaamista ja positiivista asennetta sekä asiakkaan näkökulmaa palvelupolun kehityskaaressa.

Palvelupolun hyöty tulee palvelujen oikea-aikaisuutena, sujuvuutena, turvallisuutena sekä selkeytenä. Jotta tämä kaikki saadaan toteutumaan, tulee nimetä vastuutaho, jossa kaikilla palveluprosesseihin osallistuvien asiantuntijoiden ja ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia yhteistyön ja

tiedonkulun tarpeista. Eri toimijoilla on erilaisia palveluprosesseja, mutta yleensä niihin kuuluu asian vireilletulo, palvelutarpeen arviointi, asiakkuuden suunnittelu, palvelun järjestäminen, palvelun toteutus ja palvelun arviointi. (Kanta 2021.)

2.3 Palvelun laatu

Tänä päivänä julkisen terveydenhuollon kenttä on suurien ja haastavien muutosten edessä hyvinvointialueiden myötä. Terveystieteiden palvelu on yleensä merkityksellistä, ja ihmisillä on lähtökohtaisesti tavoite tuottaa omalla toiminnallaan terveyshyötyä. Edelleenkään ei ole löydetty yhtä ainoaa ja selkeää tutkimusmenetelmää millä tavoin palvelun laatua tulisi mitata. Palvelun laadun mittausten menetelmiin vaikuttavat eri koulukuntien tutkijoiden edustamat erilaiset tutkimusnäkökulmat.

Ensimmäinen valtakunnallinen suositus laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuoltoon saatiin vuonna 1995. Keskeisinä asioina nähtiin laadunvarmistus jokapäiväiseen työhön tiedolla johtaen sekä asiakaslähtöisyyden painopisteen tärkeys. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvalvonta 2000-luvulle painottaa em. lisäksi ehkäisevän toiminnan sekä terveyden ja hyvinvoinnin laadunhallintaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus). Terveystieteiden palvelun laatu käsittää Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan seuraavat keskeiset elementit; potilaskeskeisyys, palveluiden saatavuus ja saavutettavuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, oikeudenmukaisuus, korkeatasoinen osaaminen sekä vaikuttavuus (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.).

Laatu on laaja käsite, jossa sekä julkisen terveydenhuollon että yksityisen tarjoamat palvelut tulee olla mahdollisimman tasalaatuisia, hyvää sekä asiakkaan huomioonottavaa. Tämän lisäksi tulee tarjota oikeita asioita ja vieläpä oikea-aikaisesti. Laatu edellyttää jatkuvaa vuoropuhelua johdon ja henkilöstön välillä. Johdon tulee huolehtia muuttujat kaikilla palvelun tasoilla riittävän laajasti, asettaa tavoitteet ja viestittää ne henkilöstölle.

Laatumääritelmillä kuvataan yleensä tuotetta eli tavaraa ja palvelua. Mikäli halutaan vaikuttaa palvelun laatuun, tulee tunnistaa koko prosessi sekä siihen vaikuttavat muuttujat. Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Suomen kuntaliiton kanssa ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi palvelujen laatusuosituksen. Tavoitteena turvata hyvä ikääntyminen palveluineen ikäystävällisessä yhteiskunnassa. Aiemmin laatusuositukset on annettu vuosina 2001, 2008, 2013 ja 2017. (STM 2020.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon on tarjottava apua, ratkaisuja ja tukea kansalaisten tarpeiden mukaisesti. Lakien velvoittamat palvelut tulee saada kohtuullisessa ajassa ja yhdenvertaisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta. Näiden palveluiden tulee olla myös koko väestön saavutettavissa välimatkojen ja aukioloaikojen näkökulmasta, silloin kun palvelu edellyttää fyysistä läsnäoloa. Palvelun tulee olla oikea-aikaista ja kiireellisyyden arviointi alkaa hänen ottaessaan yhteyttä terveydenhuoltoon, hoitokontaktissa tai mahdollisen jatkohoitolähetteen laadinnan yhteydessä. (Terveydenhuollon laatuopas 2019,9.)

Riebulan 2014 mukaan terveyspalveluiden laatu sekä asiakastytyväisyys ovat teemoja, jotka pysyvät jatkuvan tarkastelun ja tutkimuksen kohteena. Laatua ja asiakastytyvyyttä arvioivat niin asiakkaat, palveluja antavat ammattilaiset kuin poliittiset päätöksentekijät ja johto. Tavoitteena on hyvä laatu ja korkea asiakastytyväisyys, mutta ristiriitaisuutta tuottavat eroavaisuudet niiden määritelmässä, tavoitteissa ja sisällöissä. Asiakasnäkökulmasta käsitteet terveyspalveluiden laatu sekä asiakastytyväisyys saattavat olla jopa mahdoton erottaa toisistaan.

Terveydenhuollon palveluiden pääasialliset käyttäjät ovat potilasasiakkaita, ja heille tarjottavien palveluiden moninaisuus, kuten tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, lääkkeet, kuntoutus ja laitteet, luo haasteen laadun arvioinnille.

Terveydenhuollossa laadun arvioiminen ei ole yhtä vertailukelpoista kuin fyysisten tuotteiden tapauksessa. Laadun määritelmä säilyy vakaana terveydenhuollossa, mutta sen arviointi on monimutkaista, koska se ei ole suoraan vertailukelpoista. Markkinapohjainen laadunohjaus ei välttämättä sovi

julkiseen terveydenhuoltoon, koska palvelun laatu kietoutuu moraaliseen vastuuseen organisaatiolle itselleen. Terveydenhuollon laadun arvioinnissa keskeistä on huomioida potilaiden kokemukset, hoidon tulokset ja ammattilaisten pätevyys, mikä vaatii monipuolisia mittareita ja jatkuvaa parantamista organisaatiotasolla. (Rissanen & Kansanen 2003, 7-9.)

Palveluiden laadulla on erityispiirteitä verrattuna tavaroiden laatuun, kuten aineettomuus, heterogeenisyys ja varastoimattomuus. Palveluita ei pysty varastoimaan eikä niitä voi erotella. Terveydenhuollon palveluiden laatuun vaikuttavat potilaiden lisäksi myös palveluntuottajat, käytetyt menetelmät, tilat ja laitteet. Laatuominaisuuksista relevantteja ovat pätevyys, turvallisuus, vastuuntuntoisuus, luotettavuus ja kommunikaatio. Arvioinnissa keskeistä on huomioida asiakkaan subjektiivinen sekä laadun objektiivinen näkökulma, mikä helpottaa lopullista arviointia. Terveydenhuollon organisaation on suunniteltava laadunhallinta ottaen huomioon kolme perinteistä osa-aluetta: prosessi, rakenne ja tulos. Laadunhallinnan kehittämisessä pyritään vaikuttamaan organisaation toiminta- ja johtamiskulttuuriin, antaen organisaatiolle vapauden valita itselleen sopivat painotukset ja menetelmät. (Rissanen & Kansanen 2003, 7-9.)

3 Muistisairauspotilaiden palvelut

3.1 Muistipoliklinikka

Kunnan velvoite on tehdä suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi sekä kehittämiseksi (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 5§). Kuntien on otettava suunnitelma huomioon valmisteltaessa ikääntyneen väestön asemaan ja iäkkäiden henkilöiden tarvitsemiin palveluihin vaikuttavaa kunnan päätöksentekoa. (Kuntaliitto 2021.) Laki velvoittaa kuntia tekemään suunnitelman toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden

henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 5§. STM 2020).

Muistipotilaan hoitoketju toimii palvelukokonaisuutena, jonka avulla häntä tutkitaan ja hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Muistipotilaan hoito on moniammatillista tiimityötä, ja se vaatii muistisairauksiin perehtynyttä ammattihenkilöstöä. Päävastuu muistipotilaiden hoidosta kuuluu julkiselle sektorille, osa palveluista voidaan järjestää myös ostopalveluna. Tällaisella palvelulla voidaan tarkoittaa esim. diagnostiikkaa tai hoivapalvelua. Ostopalvelua käytettäessä valvontavastuu säilyy aina kuitenkin julkisella sektorilla. (Suhonen ym. 2011,11.)

Muistipoliklinikan moniammatillisen työryhmän tehtävänä on varmistaa muistisairausten diagnoosi, asianmukaisen hoidon aloittaminen ja tarvittaessa seuranta. Erityisen keskeinen rooli muistipoliklinikalla on diagnostiikkavaiheessa. (Suhonen ym. 2011, 11.)

3.2 Muistisairauspotilaiden etäterveyspalvelut

Etäpalveluista voidaan käyttää mm. termejä videovastaanotto, etäasiointi sekä virtuaalivastaanotto. Itse etäpalvelu määritellään yleisesti verkkoyhteyden avulla annettavaksi palveluksi ihmiseltä ihmiselle. Edellytys etäterveyspalvelun tuottamiselle on henkilökunnan asianmukainen koulutus, laitteisto ja tila. Tietojärjestelmille, joita etäterveyspalveluissa käytetään, on vaatimukset salassapidosta, tietosuojasta sekä tietoturvasta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.)

Etävastaanotolla vuorovaikutustaidot korostuvat. Suurin osa kehon kielestä jää molemmin puolin näkemättä. Sanallisen ja siihen liittyvän sanattoman viestinnän osuus korostuu, jotta lääkäri pystyy välittämään viestinsä potilaalle.

Suomen terveydenhuollossa kattavien terveyspalvelujen saannin takaaminen edellyttää mielekkäiden sähköisten ratkaisujen käyttöönottoa. Suomi on pitkien etäisyyksien maa, joten esimerkiksi verkkovälitteiset terveydenhuollon vastaanotot voivat auttaa potilasta saamaan oikeaa hoitoa oikea-aikaisesti.

Terveydenhuollon ja potilaan verkkovälitteinen vuorovaikutus kehittyy nopeasti. Etävastaanoton muodossa tapahtuva verkkovälitteinen vuorovaikutus sopii parhaiten tilanteisiin, joissa potilaan ja lääkärin välillä on jo ennestään hoitosuhde. Verkkovastaanotolla voidaan käsitellä aiheita, jotka eivät tarvitse lääkärin tekemää fyysistä tutkimusta. Käytössä on jo nyt vanhusten hoitoyksiköissä laitteita, joilla esimerkiksi vanhusten hoitoyksikössä työskentelevä hoitaja voi tutkia potilaan ja joiden tiedot siirtyvät reaaliajassa hoitavalle lääkärille. (Helve ym. 2020.)

Pienten kaupunki- ja maaseutuyhteisöjen niukkojen geriatrian terveydenhuollon henkilöressurssien vuoksi on tarpeen tutkia elinkelpoisia klinisiä vaihtoehtoja, kuten etälääketiede. Etälääketieteen käyttö laajentaa geriatrian erikoispalveluja yhteisöihin, joilla ei aiemmin olisi ollut pääsyä näihin resursseihin, elleivät potilas ja perhe matkustaisi suurempiin kaupunkikohteisiin. Esimerkiksi pitkät odotusajat maaseudun klinikoilla erikoislääkärin vastaanotolle; maaseutuväestön työmatkat; tuntemattomaan kaupunkiin tai paikkaan ajamisesta aiheutuvat stressit; ja taloudelliset rajoitteet monille vanhuksille, joilla on kiinteät tulot. Etälääketieteen hyödyllisyys dementian diagnosoinnissa ja seurannassa kirjallisuudessa näyttää olevan erittäin lupaava. (Azad ym. 2012.)

3.3 Muistisairauspotilaiden terveystalouden laatu

Suomessa on arviolta 193 000 muistisairasta henkilöä, joista 100 000 sairastaa lievää ja 93 000 vähintään keskivaikeaa muistisairautta. Lisäksi noin 200 000 ihmisellä kognitiivinen toiminta eli tiedonkäsittely on lievästi heikentynyt. Vuosittain noin 14 500 henkilöä sairastuu muistisairauteen, mutta osa muistisairauksista jää myös diagnosoimatta. Potilaan ikä lisää sairastumisen riskiä, mutta muistisairauksia esiintyy myös työikäisillä. Keskeisimpiä muistioireisiin yhdistettäviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi veren suurentunut kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, tupakointi, ylipaino sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus. Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus. Se on etenevien muistioireiden ja dementian syynä ainakin 70% muistisairaus-tapauksista.

Alzheimerin taudin lisäksi muita yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, otsaohimolohkorappeumasta aiheutuva muistisairaus sekä Parkinsonin tauti. (Käypä hoito -suositus 2021.)

Muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden osalta lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia, mutta muistisairauksien hoidossa käytetään usein lääkehoitoa. Avohoidon piirissä olevat muistisairaajat henkilöt tarvitsevat paljon terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluita. Sairauden loppuvaiheessa ympärivuorokautinen hoito vaatii paljon resursseja sekä erityisosaamista. Muistisairaudet aiheuttavat merkittävän haasteen Suomen kansanterveydelle ja kansantaloudelle. Muistisairaiden määrä ja palvelutarve kasvaa entisestään tulevaisuudessa. STM:n Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 tuo esille, että Suomessa yli 64-vuotiaan väestön määrän kasvu on sekä voimavara että haaste koko yhteiskunnalle ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmälle. Ikäihmisten määrän lisääntyessä myös muistisairaiden määrä kasvaa. Säännöllisten tukien ja palvelujen tarve alkaa kasvaa vasta 75 vuoden jälkeen, jolloin niiden piirissä on yksi neljästä ja heistäkin tehostetussa palveluasumisessa vain noin 7,5 prosenttia. (STM 2020.)

Ikäohjelmassa todetaan, että iäkkäiden tulisi olla toimintakykyisiä nykyistä pidempään palvelujärjestelmän kestävyuden vuoksi (World Health Organization 2017). THL:ssä toteutettu FINGER-tutkimus osoitti, että kun ikääntyneet muuttavat elintapojaan terveellisemmiksi, säilyvät heidän muisti- ja ajattelutoimintonsa ja riski muistihäiriöihin pienenee. Elintapaneuvonnan kohdistaminen muistisairauden riskissä oleville henkilöille perusterveydenhuollossa onkin tärkeä ikääntyvien toimintakykyä ylläpitävä ja parantava toimenpide. THL on tulosten pohjalta laatinut toimintamallin, jonka avulla terveydenhuollon toimijat voivat luoda muistisairauden ehkäisyn toimenpiteitä. Toimintamalli sisältää muistisairauden riskitestin. Tällä perusteella on suositeltavaa ottaa FINGER-toimintamalli käyttöön laajasti Suomessa, koska siinä on sekä kansansairauksien ehkäisyyn että toimintakyvyn, erityisesti kognitiivisen toimintakyvyn, ylläpitämiseen liittyvää systemaattista toimintaa.

(THL 2023.) Muistisairauksien kasvuun on kiinnitetty huomiota myös kansainvälisesti. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut globaalin toimintasuunnitelman muistisairauksien selättämiseen vuosille 2017–2025. Arvioiden mukaan vuosittain lähes 9,9 miljoonalle ihmiselle kehittyy muistisairaus. Maailmanlaajuisesti muistisairaudet jäävät usein diagnosoimatta tai ne viivästyvät, ja hoitopolut ovat monesti hajanaisia tai puutteellisia. WHO:n globaalin toimintasuunnitelman keskeisenä tavoitteena on, että ympäri maailman muistisairaajat henkilöt, perheenjäsenet ja omaishoitajat saisivat tarvitsemansa hoidon ja tuen. Toimintasuunnitelmassa mainitaan kansallinen päätöksenteko sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät, joiden tulisi mahdollistaa muistisairauksien yhtenäinen ja laadukas hoitopolku. (World Health Organization 2017.)

Muistisairaudet vaikuttavat talouden tuottavuuteen heikentävästi ja aiheuttavat lisäkustannuksia niin yhteiskunnalle kuin perheille ja yksilöillekin. Taloudellisten vaikutusten lisäksi muistisairauksista koituu merkittäviä inhimillisiä kustannuksia. (World Health Organization 2017.) Muistisairaahan hoidon keskeisimpänä tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa. Saumaton yksilöllinen hoito- ja palvelupolku on ensisijaista muistisairaiden sekä heidän omaistensa kannalta. (Käypä hoito -suositus, 2021.) Vuoden 2020 muistiliiton muistibarometrissa kartoitettiin muistisairaiden henkilöiden palveluiden tilaa Suomessa valtakunnallisesti kyselytutkimuksen avulla, mihin ovat vastanneet Manner-Suomen kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden ikääntyneiden palveluista vastaavat tahot. Kyselytutkimuksen mukaan Suomessa muistisairaille ja heidän läheisilleen tarjottavissa palveluissa on tapahtunut kehitystä viimeisten vuosien aikana. Esimerkiksi muistihoidajien ja koordinaattorien määrä Suomessa on kasvanut ja ammattihenkilöstön osaaminen on lisääntynyt. Lisäksi palvelujen saatavuus alueiden sisällä on parantunut. Kyselytutkimuksessa tuodaan kuitenkin esille, että positiiviset tulokset muistisairaahan palvelupolun yhtenäisyydestä eivät vastaa asiakkaiden näkemyksiä. (Tommola ym. 2021.)

3.4 Muistisairaahan palvelupolku ja kontaktipisteet

Suomessa muistisairauksien hoitoon käytetään 6 prosenttia terveysterveys- ja sosiaalimenoista, jotka olivat vuonna 2004 yhteensä 51,8 miljardia euroa. Yhden dementian potilaan vuotuiset kustannukset arvioidaan olevan noin 24 000 euroa, ja kokonaiskustannukset dementian hoidosta nousevat yli 3 miljardiin euroon vuosittain. Laitoshoitoon liittyvät kustannukset muodostavat vahvan osan, 85 prosenttia, kun taas vain noin 1 prosentti kustannuksista liittyy diagnoosin selvittämiseen. Tehokkaat hoitokäytännöt voivat merkittävästi vaikuttaa kustannuksiin; esimerkiksi, jos 5 prosenttia nykyisistä laitoshoidossa olevista muistipotilaista voitaisiin hoitaa avohoidossa, säästö olisi laskennallisesti 66 miljoonaa euroa vuodessa. (Määttä ym. 2007.)

Diagnosoitu ja seurannassa oleva muistipotilas on yhteiskunnalle kustannustehokkaampi kuin diagnosoimaton dementiapotilas. Kokonaisvaltaisella muistipotilaan hoidolla voidaan viivästyttää laitoshoidon tarvetta. Menestyksellä hoito edellyttää saumatonta hoitoketjua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä perusterveydenhuollon sisällä. Säännöllisesti tarkistettava yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma on avainasia. Tehokkaalla muistipotilaan hoitoketjulla voidaan myös parantaa hoidon kustannusvaikuttavuutta. Suomessa tarvitaan selvästi tehostamista muistisairauksien alueellisessa hoidossa, ja kotona asuvia muistipotilaita olisi hyvä tukea nykyistä vahvemmin. Kohdennetulla lääkehoidolla yhdessä muiden hoitotoimien kanssa voidaan vähentää kustannuksia ja samalla parantaa muistisairaahan elämänlaatua. (Suhonen ym. 2008.)

Muistisairauden selvittämisessä keskeisimpänä ovat lääkärin tekemä kliininen haastattelu ja tutkimus, muistikyselyt ja -testit sekä laboratoriotutkimukset ja aivojen kuvantaminen (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021).

Perusterveydenhuollon sekä työssä käyvien osalta työterveyshuollon tehtävänä on tunnistaa muistioireet ja ohjata muistisairaantuneet henkilöt tarvittaviin tutkimuksiin (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012). Läheishaastattelujen mukaan osa ammattilaisista hyödyntää diagnostivaiheessa Mini-Mental testiä (MMSE), jonka perusteella henkilö ohjataan jatkotutkimuksiin. Testistä on kuitenkin

mahdollista saada hyvät pisteet, vaikka muut Alzheimerin tautiin viittaamat oireet olisivat selkeitä. Diagnostivaiheessa testin käyttö ja ainoastaan siihen luottaminen voi siten estää muihin tutkimuksiin pääsyn, minkä seurauksena diagnosti ja hoidon aloitus voivat viivästyä. Ensivaiheen arviointimenetelmäksi suositellaan CERAD-kognitiivista tehtäväsarjaa, jonka voi suorittaa esimerkiksi koulutettu muistihoitaja. Laboratoriotutkimuksilla pyritään selvittämään sekä muistisairauksien syitä että tilaa pahentavia tekijöitä. Aivojen kuvantaminen suositellaan kaikille, joilla epäillään etenevää muistisairautta.

Julkisessa terveydenhuollossa muistipotilaan selvitykset toteutetaan pääasiassa neurologian tai geriatrian poliklinikoilla erityissairaanhoidossa. Tarvittaessa tutkimukset voidaan kuitenkin järjestää perusterveydenhuollossa, mikäli siellä on tarvittavaa osaamista. Asiantuntijatyöryhmän suositus on, että muistipotilaan perusselvitykset suoritetaan terveyskeskuksessa, ja diagnostiset jatkoselvitykset hoidetaan keskitetysti asiaan perehtyneellä moniammatillisella terveydenhuollon muistipolitiikalla tai vastaavan palveluntuottajan toimesta. (Pirttilä ym. 2006.)

Muistitiimillä viitataan muistisairauksiin erikoistuneeseen moniammatilliseen terveydenhuollon työryhmään. Muistihoitaja on terveydenhuollon ammattilainen, joka on erikoistunut etenevien muistisairauksien diagnostiikkaan, hoitoon, ohjaukseen ja seurantaan, toimien lääkärin työparina. Muistikoordinaattorilla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon erikoistunutta terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattilaista. Heidän vastuullaan on muistipotilaan hoidon koordinointi, ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa. Muistikoordinaattori toimii työparina lääkärin kanssa. (Pirttilä ym. 2006.)

Paikalliset muistipoliklinikan palvelut voidaan järjestää, kun väestöpohja on vähintään 20 000. Toimiva paikallinen muistipoliklinikka edellyttää riittävää henkilöstö-, tutkimus- ja tilaresurssointia. Työryhmään tulisi kuulua vähintään muistipotilaan tutkimukseen ja hoitoon perehtynyt lääkäri, muistihoitaja, muistikoordinaattori ja sosiaalityöntekijä. Alueellisen terveyden ja sosiaalihuollon tulee järjestää muistipotilaan jatkohoito ja säännöllinen seuranta

6–12 kuukauden välein, mieluiten paikallisella muistipolitiikalla, olipa se sitten osa omaa toimintaa tai toteutettu muulla tavoin. Diagnoosin jälkeen jokaiselle potilaalle laaditaan yhdessä hänen ja hänen läheistensä kanssa yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, samalla selvittäen mahdolliset etuisuudet. Suunnitelmaa tarkastellaan säännöllisesti 6–12 kuukauden välein vastuuhoitopaikassa. Hoidon keskeiset tavoitteet ovat muutosten ennakointi ja riskien hallinta, elämänlaadun ylläpito sekä kotona vietetyn ajan jatkaminen. (Suhonen ym. 2008.)

Muistisairauksien hoidossa ensisijaista on yksilöllinen hoito- ja palvelupolku. Muistipotilaan palvelupolun kehittämiseen tarvitaan osaavaa johtamista, systemaattista suunnittelua ja taloudellista panostusta, vaikuttavuuden ja laadun arviointia sekä palveluketjun säännöllistä päivittämistä. Tärkeää on oikea-aikaisuus, miten muistisairaita tutkitaan ja hoidetaan sairauden eri vaiheissa. Muistisairaahan hoitopolku on moniammatillisena tiimityönä, jossa muistipoliklinikalla ja muistikoordinaattorilla on keskeinen rooli. Ammattilaisten osaamista muistisairauksista on lisättävä erityisesti perusterveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa ja sosiaalihuollon puolella. Tarvitsemme koulutettuja muistihoitajia ja koordinaattoreita yhä enemmän. Lisäksi on tärkeää parantaa yleistä tietoisuutta muistisairauksista.

Suomeen tulisi tehdä kansallinen muistisairauksien hoito- ja palvelupolku, jotta voimme mahdollistaa muistisairaiden laadukkaan ja yhtenäisen hoidon. Myös muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin liittyy haasteita. Diagnoosien viivästyminen taas hidastaa hoitoon pääsyä ja lisää niin taloudellisia kuin inhimillisiäkin kustannuksia. Muistisairaille tulisi varmistaa oikea-aikainen hoito ja kuntoutus, jotta myös muistisairaiden ympärivuorokautisen hoidon tarvetta olisi mahdollista viivästyttää. Muistisairaahan läheisten elämää ja heidän jaksamistaan tulisi tukea entistä enemmän yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Muistisairaudet aiheuttavat merkittävän haasteen Suomen kansanterveydelle ja kansantaloudelle, minkä vuoksi toimenpiteitä tulee kohdistaa yhteiskunnan kulujen hallinnan lisäksi myös niiden ehkäisyyn. Muistisairauksia ja

kustannusten kasvua on mahdollista vähentää tietoisuutta lisäämällä ja elintapaohjauksen avulla.

Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 – Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi osatavoitteina on Kansallinen muistipalvelupolku -hanke. Siinä pyritään suuntaamaan iäkkäälle väestölle ja riskiryhmille ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä parantavia toimia sekä vahvistamaan palvelujen yhdenvertaisuutta. Painopisteenä muistipalvelupolku-hankkeessa on muistiongelmien varhainen toteaminen, palveluiden piiriin pääseminen sekä elintapaohjaukset. Tavoitteina on luoda kansallinen muistipalvelupolku ennaltaehkäisevistä palveluista ja varhaisesta tunnistamisesta hoitoon ja seurantaan. Alkuun tarkoituksena on kartoittaa käytössä olevat muistipolkumallit, vahvistaa eri ammattiryhmien osaamista polulla, vahvistaa muistisairauksien riskiryhmien tunnistusta ja sovittaa malli osaksi SOTE-keskusohjelmaa. Vuoden 2019 hallitusohjelmassa muistisairaudet on nostettu muiden kansanterveys sairauksien rinnalle. Suomessa muistisairauteen sairastuu vuosittain arviolta 14 500 ihmistä, myös työikäisiä. (THL 2021-2023.)

3.5 Muistiasiakkaan digihoitopolku

Geriatrian erikoislääkäri Mika Mulari pilotoi vuonna 2012 muistiasiakkaan digihoitopolun (kuva 2). Tälle toimintatavalle perustettu yritys tuottaa geriatria poliklinikkapalveluita neljän hyvinvointialueen alueella. Hankkeen ydintavoitteena oli varmistaa, että terveydenhuoltopalvelut ovat helposti saavutettavissa tasaveroisesti kaikille asuinpaikasta riippumatta. Tavoitteena oli myös tuottaa geriatripalveluita edullisemmin ja laadukkaammin eli aiempaa tehokkaammin. Tuolloisen alkuvaiheen tyytyväisyyskyselyiden perusteella 75% piti etägeriatria vastaanottoa antoisampana kuin perinteistä geriatrin vastaanottoa. 20% ei nähnyt eroa tavanomaiseen ja 5% piti etägeriatrisen poliklinikan tarjoamaa palvelua tavanomaista huonompana. Tämä tutkimus suoritettiin yhden kunnan alueella, josta saatujen vastausten lukumäärä oli 184.

Tässä työssä olen selvittänyt etägeriatristen muistipoliklinikoiden asiakkaiden tyytyväisyyttä neljän hyvinvointialueen alueella aikana, jolloin etävastaanotoista on tullut arkea. Hankkeen tulokset ovat rohkaisevia ja ovat suuntaa antavina alkuperäistä Mika Mularin tyytyväisyyskyselyä positiivisempia. Näiden tulosten taustalla on tulkittu vahvasti vaikuttaneen etävastaanoton tavanomaisesta poikkeava dynamiikka - muistihoitajan helppo lähestyttävyyys sekä merkittävämpi tiedollinen ja hoidollinen anti lääkärin voidessa paneutua tehokkaammin potilaan terveydellisiin perustietoihin ilman välitöntä potilaskontaktia. Hoitoon ohjaus muistihoitajavetoisesti on osoittautunut tehokkaaksi niin potilaan hoitoon ohjauksen ajallisesta näkökulmasta kuin lääkäriresurssin näkökulmastakin. Hoitoprosessi on sujuva, ja kontakti muistihoitajaan jatkuu silloinkin, kun kontrolleja geriatrille ei ole sovittu. Hankkeen tulokset osoittavat merkittävää edistystä oikea-aikaisessa hoidossa. Potilaiden tyytyväisyys oli korkea, ja hankkeen laajetessa myös kotisairaaloiminnan etäkonsultaatioiden avulla onnistuttiin tarjoamaan kiireellistä hoitoa myös vaikeasti saavutettavilla alueilla. Positiiviset vaikutukset heijastuvat terveydenhuollon tehokkuuden parantumiseen. Etälääkärin käyttöönotto vähensi terveydenhuollon kuormitusta, paransi palvelujen kattavuutta sekä toi terveydenhuollon lähemmäksi potilaita.



Kuva 2. Muistisairaahan digihoitopolku Keskisatakunnan kuntayhtymässä (Hyvinvointialue Sata 2023)

Digitalisaatiolla voidaan vastata kasvaviin hoidontarpeisiin, täydentää nykyisiä palveluita ja lisätä hyvinvointia ja terveyttä. Digitaalisia palveluja tulee kehittää myös muistisairaille yhdenvertaisuuden takaamiseksi. Vuonna 2016 tehdyn Lääkäriliiton tutkimuksen mukaan noin 55 prosenttia väestöstä ja 64 prosenttia lääkäreistä oli sitä mieltä, että videovälitteistä vastaanottoa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Lääkärit olivat yleisesti ottaen myönteisempiä digitaalisille terveyspalveluille kuin väestö keskimäärin. Sekä potilaat että lääkärit arvioivat, että digitalisaatio sopii parhaiten oirearviointiin ja seurantaan, kun taas diagnostiikkaan ja hoidon määrittämiseen se soveltuu heikommin. Tutkimuksen perusteella kaksi kolmasosaa väestöstä ja kolme neljäsosaa lääkäreistä odotti digitalisaation parantavan hoidon saavutettavuutta. (Lähteenmäki 2018.)

Digitaaliset terveystalvet tarjoavat uudenlaisen ajasta ja paikasta riippumattoman palvelujen valinnan mahdollisuuden kansalaisten, ammattilaisten sekä yrittäjien näkökulmasta katsottuna. Kehitettävät palvelut sekä innovaatiofarmitoiminta tarjoavat yksityisille palvelun tuottajille sekä start-up yrityksille palveluinnovaatioiden kehittelyalustan, yhteistyöverkoston asiantuntijoiden ja yliopistojen kanssa sekä pienyrittäjille uutta työtä (Kivekäs ym. 2019,8). Kivekäs ym. toteaa myös, että digitaalisuus täydentää kasvokkain tapahtuvia palveluita ja luo kokonaan uusia palveluita lisäämällä sähköistä asioista monikanavaiseksi ja tukemalla palveluiden monituottajamallia terveydenhuollossa. Erikoislääkäritasoinen hoito nopeutuu ja voidaan etäisyyksistä riippumatta tuottaa jopa suoraan asiakkaan kotiin. Digitaalisuuden myötä saamme myös aivan uudenlaista mitattavuutta, palvelujen käyttöä ja vaikuttavuutta seurataan modernin massadata-analytiikan keinoin ja palvelupolkuja ja -rakenteita muutetaan sekä kehitetään jatkuvasti asiakkaiden käytöksen ja palvelujen vaikuttavuuden perusteella. Digitalisaation hyöty kohdistuu asiakkaille, kansanterveyden ja -talouden lukuina valtiolle ja kunnille, terveydenhuolto-organisaatiolle, palveluiden järjestäjille, terveydenhuollon prosesseille, ammattilaisille, potilaille ja asiakkaille sekä heidän läheisilleen ja työpaikoille. (Kivekäs ym. 2019,10.)

4 Asiakaskokemus ja vuorovaikutuksen merkitys

Palvelu ovat subjektiivinen ja ainutkertainen kokemus (Grönroos 2001, 81, 100). Palveluita ei voi käsin kosketella, ne ovat abstrakteja. Niitä ei myöskään voi palauttaa taikka varastoida niin kuin tuotteita (Koivisto 2007, 30). Grönroosin (2001, 51 – 55, 66) mukaan lisäarvoa asiakas saa ydinpalvelun ollessa kunnossa. Prosessi tulee näyttäytyä helppokäyttöisenä loppuun saakka. Tämän avulla luodaan lisää arvoa asiakkaalle siten, että organisaation ja asiakkaan vuorovaikutteinen prosessi hyödyttää molempia. Asiakkaan ongelmat ratkaistaan yhteistyössä. Palvelu on prosessi joka ei ole koskaan valmis ja sitä tulee jatkuvasti kehittää (Tuulaniemi 2011, 243).

Asiakkaan kokemassa laadussa on kaksi ulottuvuutta; se mitä asiakas saa ja miten hän sen saa. Kun siihen lisätään asiakkaiden mielikuva yrityksestä, muodostuu kokonaislaatu. Asiakkaiden mielikuvalla palveluntarjoajasta on suuri vaikutus kokonaislaatuun. Mielikuvan ollessa myönteinen, pienet virheet annetaan yleensä anteeksi. Palvelun laatuun vaikuttaa asiakkaan palvelun kulutuksen aikaiset tunteet ja mieliala. (Grönroos 2001, 100 – 102, 113.)

Vuorovaikutuksen toimivuus on palvelun onnistumisen kannalta tärkeää (Grönroos 2001, 49). Varsinkin jos kyseessä on henkilökohtainen palvelu (esim. terveyteen liittyvä), korostuu vuorovaikutus (Lepola ym. 1998.13,17).

Henkilökunnan osaamisella, käytöksellä ja asenteella on palvelun laadun kannalta iso merkitys. Asiakaskokemus on asiakkaan subjektiivinen kokemus ka kattaa koko hoitopolun (Tuulaniemi 2011, 26,192-193). Asiakkaan ja organisaation edustajan välisessä kohtaamisessa on organisaation edustajalla vastuu ja velvollisuus palvelun laadusta ja sen valvonnasta (Grönroos 2001, 490 - 491). Asiakas arvioi joka kerta palvelun laatua uudelleen sitä käyttäessään. Tämä jokaisen palvelukohtaamisen uniikki luonne tekee palvelun laadun mittaamisen hyvin haastavaksi (Lepola ym. 1998, 28).

Luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde yhdessä sähköisen tiedon käytön kanssa terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla lisäävät potilaan sitoutumista hyvinvointinsa ja terveyden ylläpitämiseen (Clarke ym. 2016).

Sipilä on 2017 progradu-tutkielmassaan selvittänyt asiakkaan kokemusta saamastaan palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa sekä niitä laatutekijöitä, jotka siihen eniten vaikuttavat. Asiakkaan kokemus saamastaan palvelun laadusta vaikuttaa siihen miten hyvänä tai huonona hän pitää kokemaansa palvelun kokonaislaatua. Erityistä huomiota kiinnitetään viimeisimpään palvelukohtaamiseen. Sipilän mukaan (2017,83) asiakkaiden arvioidessa saamaansa palvelun laatua positiivisessa mielessä esiin nousivat seuraavat laatutekijät: ammattitaito, yksilöllinen kohtelu, vuorovaikutus, huolenpito, ystävällisyys, saatavuus, reagoimiskyky, joustavuus, palveluvarmuus, luotettavuus ja turvallisuus.

Asiakkaat kertoivat arvostavansa erityisesti lääkärin vankkaa ammattitaitoa sekä sen kokonaisvaltaisuutta. Tähän saattoi vaikuttaa lääkärin ikä sekä hänen pitkä työhistoriansa. Tutkimuksen mukaan erityisesti iäkkäämmät asiakkaat kokivat voivansa luottaa lääkäriin täysin. Asiakkaat kertoivat myös arvostavansa kiireettömyyttä sekä hyvää ilmapiiriä ja hyvää keskusteluyhteyttä hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi arvostettiin hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä, tehokkuutta sekä palvelun sujuvuutta. Erityisesti hoitohenkilökunnan ystävällinen käyttäytyminen johti useimmiten positiiviseen kokemukseen palvelun laadusta. *Palvelun sujuvuus ja toimivuus loi asiakkaille sellaista tunnetta, että he olivat ”hyvissä käsissä”.* (Sipilä 2017, 78.) Mitä tasalaatuisempia ja hyviä palveluita asiakkaille kyetään tarjoamaan koko ajan, sitä tyytyväisempiä asiakkaat ovat saamaansa palvelun laatuun. Vaikeampaa on taas saavuttaa asiakkaan luottamus ja arvostus uudelleen, mikäli palvelu on aiemmin koettu huonolaatuiseksi (Sipilä 2017,83).

Asiakkaiden arvioidessa saamaansa palvelun laatua positiivisessa mielessä esiin nousivat seuraavat laatutekijät: vuorovaikutus, ammattitaito, estetiikka, reagointialttius, luotettavuus, palveluvarmuus, saatavuus, saavutettavuus, turvallisuus, sitoutuneisuus ja yksilöllinen kohtelu. Maininnat potilasta kuunneltu, ei lähetetty jatkotutkimuksiin eteenpäin, kohdeltiin ”vuoronumerona” ja annettiin vain ”häätäpua” liittyivät vahvasti ammattitaitoon. Estetiikan merkitys näyttäytyi vastaanottotilojen tylsyytenä sekä askeettisuutena. Vastaanottotilojen rauhoittava ulkoasu sekä sävy koettiin rauhoittavan vastaanotolle menoa. (Sipilä 2017, 79.) Vuorovaikutuksen onnistuminen näyttäytyi tutkimuksen mukaan mm. henkilökunnan kiireettömyytenä sekä selkeänä ulosantina lääkärin vastaanotolla. Tutkimustulosten perustella voidaankin vahvasti olettaa asiakkaiden kokevan itsensä tervetulleeksi, kun henkilökunta on vuorovaikutustaidoiltaan empaattista ja asiakkaat huomioonottavaa. Tämä taas luo koko vastaanottotilaan hyvän ilmapiirin, johon asiakkaat kokevat itsensä tervetulleeksi. Tällöin voidaan myös olettaa, että se vaikuttaa positiivisesti asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Lisäksi reagointialttiuden osalta mainittiin poliklinikalta saapuneen nopeasti vastaus edellisen hoitavan tahon konsultaatiokyselyyn. Luotettavuuden osalta mainittiin vastaanottoaikojen

paikkansapitävyys. Palveluvarmuuden osalta mainittiin, että kaikki oli sujunut tai toiminut hyvin. (Sipilä 2017, 79.)

Asiakkaalle laatu koostuu hyvin tehdystä hoitotoimenpiteestä, hyvästä kohtelusta ja asiakaslähtöisyydestä sekä palvelujen saatavuudesta. Palvelun laatu käsitys heijastetaan asiakkaan odotuksiin ja kokemuksiin tärkeinä pitämiin ominaisuuksiin. (Riepula 2014,75) Laadun mittaaminen kertoo henkilökunnalle oikein tehdystä työstä. Riebulan (2014, 76) mukaan asiakas ei kykene arvioimaan hoidon laatua. HappyOrNot-asiakastytyväisyysmittareilla saatujen tulosten mukaan laatu koostuu kokemuksesta, kohtelusta sekä huomioksi tulosta palvelutapahtumassa.

Asiakaskokemus muodostuu siitä, miten asiakas kokee saamansa palvelun laadun (Grönroos 2001, 98 - 99). Asiakaskokemus rakentuu niiden kohtaamisten, mielikuvien ja tunteiden summasta, jonka asiakas organisaation toiminnasta muodostaa (Löytänä & Kortesus 2011, 11). Helovuoren mukaan (2012, 54) arvoa asiakkaille tuovat yksilöllisyys ja asiakkaan mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin. Asiakaskokemuksen koetaan olevan identiteetin jatkeita, joten huonolla palvelulla loukataan myös asiakkaan identiteettiä. Sen ja sosiaalisen median helpon viestinnän ansiosta huonon asiakaskokemuksen ääni kantaa pitkälle. Negatiiviset asiakaskohtaukset tulee ottaa vakavasti ja analysoida tarkasti, jotta sama tilanne ei pääse toistumaan. (Löytänä & Kortesus 2011, 43 – 44.)

Potilaalla on terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus. Hänellä on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja silloin juuri riittävällä tiedonsaannilla on merkitystä (ETENE 2001). Potilaalle kuuluu antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Tietoa tulee antaa myös muista potilaan hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvityksen anto on kuitenkin aina määriteltävä potilaskohtaisesti ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa se niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Asiakastyytyväisyys koetaan subjektisena kokemuksena palvelusta, johon vaikuttavat monet tekijät. Asiakastyytyväisyyden kehittäminen vaati tietoa tyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Palvelun erilaiset muodot sekä käytön seuraukset sekä tavoiteltu tarpeentyydytys ovat osa asiakastyytyväisyyttä. Abstraktimpana elementtinä voidaan pitää mm. palvelun tasoa ja konkreettisempänä esimerkkinä varusteiden tasoa. Palvelun sijainti sekä siitä saatu hyöty ovat osaltaan vaikuttamassa tyytyväisyyden tunteen syntyyn. (Ylikoski 2001, 149-153.)

Vuorovaikutus on sitä, että siihen osallistuvat henkilöt vaikuttavat vuorotellen toisiinsa. Osallistujina on vähintään kaksi osapuolta, joiden välillä viesti tai sanoma kulkee. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 99.) Symmetria keskustelussa tarkoittaa sitä, että keskustelijat ovat tasaveroisia. Vastavuoroisuudessa on kyse siitä, että osaa kuunnella puhujaa ja arvostaa hänen ajatuksiaan. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 15, 19.) Keskeisiä elementtejä vuorovaikutuksen ilmaisukeinoina ovat sanat (Haho 2014). Sanallisessa viestinnässä toisen ihmisen huomioon ottamista hyvin olennainen asia ihmissuhdeammateissa. Esimerkiksi teitittelyllä osoitetaan kunnioitusta ja arvostusta asiakasta kohtaan. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 29-30.) Vuorovaikutus on oppimista, jossa parhaimmillaan saavutetaan näkemysten laajentaminen. Osaako toinen osapuoli sanoittaa ymmärrettävästi, kuunteleeko toinen osapuoli viestin, kuuleeko hän sen, ja miten viesti tulkitaan ovat tärkeimpiä asioita vuorovaikutuksen suhteen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 99.)

Myös asiakkaan tunne turvallisesta hoidosta on tärkeää. Turvallisuuden tunnetta on sivuttu Salmelan (2015) tutkimuksessa Asiakaslähtöisyyden toteutuminen Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisessä päiväsairaalassa. Salmela toteaa, että hoitoympäristössä työskentelevien yhteistyö sekä henkilökunnan rauhallinen, ystävällinen ja potilasta arvostava käyttäytyminen sekä ovat tärkeitä tekijöitä potilaan turvallisuuden kokemiselle ja luottamuksen synnyttämiselle. Tästä esimerkkinä kiitosta ja turvallisuuden tunnetta toi henkilökunnan tapa esitellä itsensä. (Salmela 2015, 19, 50, 54.)

5 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Uusien hyvinvointialueiden myötä sähköinen palveluntuotanto lisääntyy ja kynnys tuottaa palveluita sähköisesti mahdollisesti madaltuu.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on kokenut tarpeelliseksi selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä etänä toteutettavaan muistipoliklinikkaan, jotta toimintaa voitaisiin kehittää jatkossa paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Asiakastyytyväisyyskyselyn tavoitteena on, miten asiakkaat kokevat etälääkäripalvelun muistipoliklinikalla, selvittää etävastaanoton palvelun laatuun liittyviä tekijöitä sekä sen teknistä toimivuutta. Henkilökohtainen tavoitteeni on tuottaa mahdollisimman laadukas ja hyödyllinen opinnäytetyö kohdeorganisaatiolle.

Nyt toteutettava asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja sen tuomat palauheet ovat merkityksellisiä kasvun, kehityksen sekä taloudellisen näkökulman suhteen. Kysely tehdään ensin pienemmällä aineistolla, josta saadun palautteen perusteella saadaan kehitettyä kyselylomaketta haluttuun suuntaan.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten asiakkaat kokevat videoavusteisen etämuistivastaanoton?
2. Mitä asiakkaan mielestä videoavusteisella etämuistivastaanotolla voisi kehittää tai parantaa?
3. Miten turvallisena videoavusteinen etämuistivastaanotto koetaan?
4. Miten asiakas kokee avunsaannin videoavusteisella etämuistivastaanotolla?

6 Tutkimusmenetelmä, tiedonhaku ja kysely (survey-tutkimus)

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tavoitteena on saada uutta tietoa etänä toteutettavasta muistipoliklinikasta, jossa tieto hankitaan muistipoliklinikan asiakkaalta sähköisellä kyselylomakkeella. Tavoitteena ei ole kerätä tietoa uskomuksista vaan tehdä tiedettä, jossa tavoitellaan ja hankitaan uutta järkipäristä tietoa (Haaparanta ym. 2016,28). Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena sekä muutama avoin kysymys, jotka analysoitiin laadullisesti. Tuotoksena syntyi kyselylomake sekä sen kokeilu pienellä asiakasaineistolla, jonka tarkoituksena on kehittää lomaketta myöhemmin.

Määrällisessä tutkimuksessa kiinnostuksen kohde ovat mm. objektiivisesti todettavat tosiasiat ns. realistinen ontologia, käsitteet, aiemmat teoriat, tilastoinnit sekä analysoinnit (Hirsjärvi ym. 2009, 139-140). Oikeaa osallistujamäärää laadullisessa tutkimuksessa on mahdoton määritellä ja käyttökelpoinen analyysi voi kertyä pienestäkin määrästä vastauksia (Uusitalo 1996,87). Kyseessä on tilastollinen tutkimus, jossa perusjoukko koostuu muistipoliklinikan asiakkaista. Vastauksista selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2008,16.)

6.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Opinnäytetyössä käytetään itse laadittua kyselylomaketta (liite 2), jolla aineisto kerätään. ns. survey-menetelmällä, jolloin kysymykset ovat kaikille samat ja kyseessä on joukko muistipoliklinikan asiakkaita (Hirsjärvi ym. 2013, 192). Survey-menetelmä on tehokas ja taloudellinen yhdistettynä sähköiseen lomakkeeseen (Heikkilä 2008,19). Sähköisen lomakkeen vastaukset ovat nopeasti käytettävissä ja mahdollista viedä suoraan erilaisiin tilasto-ohjelmiin. Sähköisesti täytettävässä kyselylomakkeessa avoimia kysymyksiä on 5 kpl ja monivalintakysymyksiä 8 kpl. Vastaaajaa pyydetään ilmaisemaan näkemyksensä

viisiportaista asteikkoa käyttäen. Lisäksi kyselyssä oli 4 avointa kysymystä. Lomake on rakennettu siten, että vastaamiseen menee vain muutama minuutti aikaa. Kyselyvastaukset kerättiin suoraan Webropol-kyselyillä ja ne tallentuivat opinnäytetyön tekijän tietokoneelle anonymisti hyvinvointialueittain.

Lomake on laadittu siten, että ulkoasu on selkeä sekä ymmärrettävä. Vastaajan mielenkiinto pyritään herättämään sijoittamalla kyselylomakkeen alkuun helpot ja lyhyet kysymykset. Kysymykset ovat selkeitä ja ymmärrettäviä sekä kieliasultaan moitteettomia. (Heikkilä 2008, 48,57.) Avoimille kysymyksille jätetään selkeä tila. Lomakkeen yhteyteen on rakennettu saatekirje kertomaan vastauksen merkityksestä muistipoliklinikan kehitystyöhön. Kyselyssä on selkeästi myös ilmaistu lomakkeen viimeinen palautuspäivä sekä kiitokset vaivannäöstä vastaamiseen. (Hirsjärvi 2009, 204.)

Taustatietokysymyksillä kartoitetaan muistisairaana ikää, sukupuolta sekä aiempaa videoavusteisen etämuistivastaanottopalvelun käyttöä jokaisen asiakkaan kohdalla erikseen. Tässä kiinnostus em. kysymyksiin ovat mm. onko sukupuolella vaikutusta asiakastyytyvyyteen ja minkälaista vaikutusta se voisi olla sekä mikä on suhde asukasluukuun/muistisairasdiagnoosin saanut. Aiempi palvelukokemus videoavusteisen muistipoliklinikan käytöstä on merkityksellinen palvelutytytyvyyden vuoksi, jotta voimme herättää jatkokysymykset oikein.

Haastattelukysymykset on laadittu aikaisempiin tutkimuksiin sekä teorian tietoon nojaten. Pääasiassa kysymykset ovat strukturoituja, joissa vastausvaihtoehdot ovat valmiina viisiportaisella Likertin asteikolla. Tällöin vastaaminen on nopeaa sekä vastausten tilastointi on helppoa. (Heikkilä 2008, 51,53.) Mukana on 5 kysymystä, jotka ovat puolistrukturoituja ja joihin henkilö saa itse sanoittaa oman näkemyksensä kysymyksen esittämään asiaan liittyen. Kyselyaineiston keruu tapahtuu Webropolin lomakkeen avulla ja tarkoituksena on lähettää ensimmäiset kyselylomakkeet elokuun 2023 aikana.

Muistisairausdiagnoosin saanut asiakas täytti kyselylomakkeen muistihoitajan kanssa muistipoliklinikkäkäynnin yhteydessä tai omaisen kanssa. Vastaaminen tapahtui anonyymisti (Hirsjärvi ym. 2009,196) ja lomakkeen lähetys tapahtui sähköisesti joko kunnan muistihoitajan, asiakkaan tai omaisen toimesta. Tutkittavalla oli mahdollisuus keskeyttää vastauslomakkeeseen vastaaminen missä vaiheessa tahansa (Kuula 2006,106). Vastaajia informoitiin opinnäytetyön tarkoituksesta sekä tutkimustiedon käytöstä ja vastaajan oikeuksista. Informaatiolomake on tutkimuskyselyn liitteenä 1.

Tutkimusongelmaan 1 (Miten asiakkaat kokevat videoavusteisen etämuistivastaanoton?) haettiin vastauksia avoimilla kysymyksillä sekä monivalintakysymyksillä. Näistä kyselylomakkeella oli 3 kysymystä vastausasteikolla 5 eri vaihtoehtoa sekä kolme avointa kysymystä.

Tutkimusongelmaan 2 (Mitä asiakkaan mielestä videoavusteisella etämuistivastaanotolla voisi kehittää tai parantaa?) haettiin vastauksia kysymyksillä palvelun toimivuudesta. Näistä kyselylomakkeella oli 2 avointa kysymystä.

Tutkimusongelmaan 3 (Miten turvallisena videoavusteinen etämuistivastaanotto koetaan?) kysymyksiä oli 1 monivalintatehtävänä.

Tutkimusongelmaan 4 (Miten asiakas kokee avunsaannin videoavusteisella etämuistivastaanotolla?) haettiin vastaus monivalintakysymyksenä.

6.3 Aineiston keruu

Aineistonkeruu toteutettiin Varsinais-Suomen-, Satakunnan-, Kanta-Hämeen sekä Lapin hyvinvointialueiden alueella toteutettavien videoavusteisten muistivastaanotoilla. Jokaisen hyvinvointialueet tutkimuslupahakemukset haettiin erillisinä hakemuksina. Tarvetta eettiselle ennakkoarviointille ei ollut

tarvetta. Kyselylomakkeet täytettiin muistihoitajan tai omaisen toimesta vuoden 2023 1.9.-30.9. välisenä aikana videoavusteisen etämuistivastaanoton vastaanotolla käyneille. Arviolta vastaajia toivottiin olevan noin 100 kpl, mutta saatiin 10 kpl. Kyselylomake oli rakennettu siten, että osallistujan henkilöllisyys ei paljastu kyselylomakkeessa.

Mittaustapa on määrällinen eli kvantitatiivinen kyselytutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaiden suhtautumista etälääketieteen keinoin toteutettavaan muistipoliklinikkaan, Kyselytutkimuksessa on etävastaanotolla saaman palvelun laatuun, tietoturvaan sekä avunsaantiin liittyviä väittämiä.

6.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin marraskuussa 2023. Analyysissä käytettiin Excel- taulukko-ohjelmaa. Tuloksia kuvataan frekvenssein ja keskiarvoin sekä graafisten kuvioiden avulla. Avokysymykset arvioitiin sisällön erittelyllä.

7 Tulokset

7.1 Kyselyn asiakaskokemukset

7.1.1 Miten asiakkaat kokevat videoavusteisen etämuistivastaanoton

Tutkimuksessa tiedusteltiin, kokevatko asiakkaat saavansa apua videoavusteisella etämuistivastaanotolla. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta, jotka pisteytettiin Likertin asteikkoa (1-5) käyttäen. Vastausten keskiarvo oli 4,8/5 (taulukko 1). Tämän perusteella asiakkaiden voidaan todeta kokevan saavansa apua videoavusteisella etämuistivastaanotolla.

Taulukko 1. Kokemus avunsaannista videovastaanotolla.

Lomakkeen kysymys 1	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Koen saavani apua videovastaanotolla	5	5	5	4,6

Tutkimuksessa tiedusteltiin, kokevatko asiakkaat videoavusteisen etämuistivastaanoton luontaiseksi. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta, jotka pisteytettiin Likertin asteikkoa (1-5) käyttäen. Vastausten keskiarvo oli 4,5/5 (taulukko 2). Tämän perusteella asiakkaiden voidaan todeta kokevan videoavusteisen etävastaanoton luontaiseksi.

Taulukko 2. Kokemus videovastaanoton luontaisuudesta.

Lomakkeen kysymys 2	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Koen vastaanoton luontaiseksi videoyhteyden kautta	5	5	4	4,2

Tutkimuksessa tiedusteltiin, kuinka todennäköisesti asiakkaat suosittelisivat videoavusteista etämuistivastaanottoa muille ihmisille. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta. Vastausten keskiarvo oli 91% (taulukko 3). Tämän perusteella asiakkaiden voidaan todeta pääsääntöisesti suosittlevan videovälitteistä etämuistivastaanottoa muillekin (taulukko 4).

Taulukko 3. Todennäköisyys, että suosittelisit videovastaanottoa.

Lomakkeen kysymys 3	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Kuinka todennäköisesti suosittelisitte muistipoliklinikan palveluita?	100%	67%	100%	100%

Tutkimuksessa tiedusteltiin, millaisista asioista he videoavusteisessa etämuistivastaanotossa pitivät. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta. Asiakkaat nostivat esiin lyhyen kulkumatkan muistivastaanotolle, ammattitaitoisen palvelun sekä tyytyväisyyden etävastaanoton tekniseen onnistumiseen. Yhdessä vastauksessa todettiin asioiden hoituvan tällä tavoin toimien yhtä hyvin kuin perinteiselläkin etävastaanotolla (taulukko 4).

Taulukko 4. Avoin kysymys pidetyistä asioista videovastaanotolla.

Lomakkeen kysymys 4	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Kuvaillkaa, millaisista asioista pidätte videovastaanotolla?	Oli lyhyen kulkumatkan päässä	En osaa sanoa Sain ammattitaitoista palvelua. Sain ammattitaitoista palvelua.	Että kuva näkyy ja ääni kuuluu	Asiat hoituu yhtä hyvin kuin muutenkin jos on joku mukana. Hyvä että järjestyi Huittisissa. Hieno homma. Asiat saatu selville. Asiat tuli hoidettua.

Tutkimuksessa tiedusteltiin sellaisia asioita, jotka eivät olleet asiakkaiden mieleen. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta. Epämieluisia asioita ei tuotu esiin (taulukko 5).

Taulukko 5. Avoin kysymys epämieluisista asioista videovastaanotolla.

Lomakkeen kysymys 5	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Kuvaillkaa asioita, jotka eivät ole mieleenne videovastaanotolla?	-	En osaa sanoa.	-	-

Tutkimuksessa tiedusteltiin, valitsisivatko asiakkaat mieluummin videovälitteisen etävastaanoton vai perinteisen lääkärinvastaanoton. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta. Vastanneista neljä valitsisi mieluummin perinteisen vastaanoton kuin etävastaanoton. Neljä koki, ettei vastaanoton toteutustavalla ollut heille merkitystä. Kaksi vastannutta oli sitä mieltä, että he valitsisivat mieluummin videoavusteisen etävastaanoton kuin perinteisen vastaanoton (taulukko 6).

Taulukko 6. Avoin vertaileva kysymys.

Lomakkeen kysymys 6	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Jos Teillä olisi mahdollisuus valita videovastaanotto tai perinteinen vastaanotto, kumman valitsitte ja miksi?	Perinteinen. Vuorovaikutus läheisempää.	Perinteinen. Video. Mahdollista saada Utsjoelle ammattitaitoinen lääkäri. Video. Mahdollista saada Utsjoelle ammattitaitoinen lääkäri.	Videovastaanotto yhtä hyvä kuin paikan päällä	Perinteinen. Mukavampi kuin ihmiskontakti olisi aito. Ei mitään väliä. Perinteisen. On luonnikkaampi niin. Ei ole väliä, molemmat koetaan hyväksi. Pääasia että asiat hoituu.

7.1.2 Mitä asiakkaan mielestä videoavusteisella etämuistivastaanotolla voisi kehittää tai parantaa

Tutkimuksessa tiedusteltiin, mitä palautetta asiakkaat haluaisivat antaa samastaan palvelusta videoavusteisella etämuistivastaanotolla. Saimme neljä vastausta, joissa kolmessa todettiin olevan tyytyväisiä palveluun ja lääkärin asiantunteva ja mukava sekä muistihoitaja avulias ja ystävällinen. Yhdessä vastauksessa todettiin, ettei palautetta osattu sanoa (taulukko 7).

Taulukko 7. Avoin palautekysymys.

Lomakkeen kysymys 7	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Mitä muuta palautetta haluaisitte antaa saamastanne palvelusta etämuistipoliklinikalla?	Lääkäri oli asiantunteva ja mukava. Muistihoitaja auttoi myös ja oli ystävällinen	En osaa sanoa.	-	Ihan olin tyytyväinen. Olin tyytyväinen.

7.1.3 Miten tietoturvallisena videoavusteinen etämuistivastaanotto koetaan

Tutkimuksessa tiedusteltiin, kokevatko asiakkaat videoavusteisen etämuistivastaanoton tietoturvalliseksi. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta, jotka pisteytettiin Likertin asteikkoa (1-5) käyttäen. Vastausten keskiarvo oli 4,5/5 (taulukko 8). Tämän perusteella asiakkaiden voidaan todeta kokevansa videoavusteisen etämuistivastaanoton tietoturvalliseksi.

Taulukko 8. Kokemus tietoturvallisuudesta videovastaanotolla.

Lomakkeen kysymys 8	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Koen videovastaanoton tietoturvalliseksi	5	5	4	4,2

7.1.4 Miten asiakas kokee avunsaannin videoavusteisella etämuistivastaanotolla

Tutkimuksessa tiedusteltiin, kokevatko asiakkaat saavansa apua videoavusteisella etämuistivastaanotolla. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta, jotka pisteytettiin Likertin asteikkoa (1-5) käyttäen. Vastausten keskiarvo oli 4,9/5 (taulukko 9). Tämän perusteella asiakkaiden voidaan todeta saavansa apua videoavusteisella etämuistivastaanotolla.

Taulukko 9. Kokemus avunsaannista videovastaanotolla.

Lomakkeen kysymys 9	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Koen saavani apua videovastaanotolla	5	5	5	4,6

Tutkimuksessa tiedusteltiin, haluavatko asiakkaat jatkossakin asioida videoavusteisella etämuistipoliklinikalla. Saimme neljän kunnan alueelta kymmenen vastausta, jotka pisteytettiin Likertin asteikkoa (1-5) käyttäen. Vastausten keskiarvo oli 4,8/5 (taulukko 10). Tämän perusteella asiakkaiden voidaan todeta haluavan jatkossakin asioida videoavusteisella etämuistivastaanotolla.

Taulukko 10. Potilaan tahtotila asioida jatkossakin videovastaanotolla.

Lomakkeen kysymys 10	EURA (N=1)	UTSJOKI (N=3)	LAITILA (N=1)	HUITTINEN (N=5)
Haluan, että asiani hoituvat jatkossakin videovastaanotolla	3	5	5	4,4

7.2 Kyselylomakkeen toimivuus ja kehittäminen

Asiakastyytyväisyyskyselyt ovat arvokkaita työkaluja palautteen keräämiseen ja toiminnan parantamiseen. Tässä tyytyväisyyskyselyssä vastauksia tuli vähemmän kuin oli odotettu. Analyysi asiakastyytyväisyyskyselyn alhaisesta vastausmäärästä voisi liittyä useisiin tekijöihin. Mahdollinen vastaanottajatahon osallistaminen olisi saattanut saada aikaan enemmän vastauksia.

Hyvinvointialueiden lupaprosessit olivat juuri muuttuneet yhtenäisimmiksi ja veivät selkeästi enemmän aikaa, kuin ennen hyvinvointialueita. Tästä syystä vastausajan pidentäminen olisi ollut tarpeen. Mahdollisia muita syitä voisivat olla asiakkaiden ja omaisten kiireiset aikataulut tai epäselvyys siitä, miksi kysely tehtiin. Lisäksi asiakasviestinnän parantaminen ja selittäminen, miten heidän palautteensa vaikuttaa, voisi lisätä osallistumista tulevaisuudessa.

Lomake itsessään oli helppo täyttää sekä ymmärrettävä. Kysymykset etenivät selkeästi ja loogisesti.

Yhteenvetona, asiakastyytyväisyyskyselyn arviointi ja kehittäminen tarjoavat mahdollisuuden parantaa palautteenkeruuprosessia ja varmistaa, että se palvelee tarkoituksensa mahdollisimman tehokkaasti. Tässä asiakastyytyväisyyskyselyssä saimme vahvistuksen erinomaiselle palvelun laadulle sekä tukea ajatukselle tuottaa ja kehittää jatkossakin etägeriatriapalveluja.

8 Eettisyys, luotettavuus ja aikataulu

Opinnäytetyön tekijä on noudattanut koko opinnäyteprosessin ajan eettistä ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyössä käytettävä tieto tulee olla ajantasaisia ja luotettavista lähteistä peräisin. Työ on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Kuula 2006.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja ALLEA:n mukaan kaikissa opinnäytetyön vaiheissa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tiedonhausta toteutukseen. Asiantuntijoiden ja tutkijoiden tekemään työtä kunnioitetaan ja arvostetaan ja heidän työhönsä viitataan asianmukaisesti. (TENK 2023, 6; ALLEA 2020,4.)

Tutkimuskyselyyn vastaajille ja terveydenhuollon organisaatioille osallistujille kerrotaan yksityiskohtaisesti opinnäytetyön liittymisestä yksityisen sektorin kehittämissuunnitelmaan sekä miten kerättävää materiaalia tullaan hyödyntämään opinnäytetyön tuloksia raportoitaessa. Osallistujilta kerättävään asiakastyytyväisyyskyselyyn liittyen jokaisella on mahdollisuus itse päättää osallisuudestaan asiakastyytyväisyyskyselyyn sekä keskeyttää kysely missä vaiheessa tahansa. Kyselyyn osallistuvien yksittäiset vastaukset eivät ole tunnistettavissa missään projektin vaiheessa. Henkilö – tai tunnistetietoja ei kerätä missään opinnäytetyön vaiheessa tekijän toimesta, kyselyihin vastataan nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi.

Opinnäytetyön arviointiaineiston dokumenttien ja aineiston säilyttäminen ja tallentaminen tapahtuu salasanan takana olevaan tietokoneeseen, joka on tekijän hallussa ja omassa käytössä. Lukittavan tietokoneen salasana on ainoastaan tekijän tiedossa. Aineistoa säilytetään toimeksiantajan lukittavissa tietokoneissa ja siten, ettei arvioinnin ulkopuolisten henkilöiden ole mahdollista saada tietoa aineistosta noudattaen EU:n tietosuojasetuksia (GDPR). Muodostuva aineistomateriaali tullaan hävittämään raportoinnin jälkeen asianmukaisesti muistitikku tuhoamalla sekä mahdollisten väliaikaistiedostojen poistaminen käyttötarpeen päätyttyä.

9 Johtopäätökset ja pohdinta

Suomessa sähköiset sairauskertomukset ovat olleet arkipäivää jo vuosikymmeniä. Viime vuosien aikana terveyden ja terveydenhuollon osalta lukemattomat toiminnot – myös vuorovaikutus – ovat myös siirtyneet sähköiseen ympäristöön. Vuorovaikutuksen digitalisaatioon vaikuttaa myös se, että potilaat käyttävät digitalisuuden tarjoamia mahdollisuuksia etsiä tietoa ja keskustella verkkoympäristössä. He etsivät internetistä tietoa ja valmistautuvat sen avulla vastaanottotilanteisiin aiempaa tarkemmin. Jatkuvasti kehittyvät digitaalisen viestinnän sovellukset tarjoavat tulevaisuudessa yhä enemmän mahdollisuuksia kehittää potilaiden hoitoa.

Digitaalisten palvelujen ja teknologioiden laajempi käyttöönotto vaatii työntekijöiden osaamisen vahvistamista, työtapojen muutosta ja työyhteisössä teknistä tukea. Myös teknologian soveltuvuus käyttäjälle on syytä aina varmistaa, jolloin työntekijän ammattitaito ja tietämys mm. muistisairauksien mukanaan tuomista rajoitteista, on merkittävässä asemassa. Tutustuminen erilaisiin teknologisiin ratkaisuihin ennakolta voi myöhemmin helpottaa niiden käyttöönottoa arjessa. Ikäihmisen toimintakykyä voidaan edistää jo ennalta opastamalla häntä esimerkiksi oman puhelimen eri ominaisuuksien käyttöön yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin tai ottamaan käyttöön kalenteri ja muistutustoimintoja.

Suurella osalla iäkkäistä muistisairaista on myös lievempi tai haastavampi toimintakyvyn heikkeneminen ja monenlaisia muita hoitoa vaativia sairauksia. Siksi laaja ja kattava toimintakyvyn, palvelutarpeen ja hoitoisuuden arviointi onkin tehtävä huolella silloin, kun arvioidaan asiakkaan tarvetta palveluihin ja myös palveluiden piirissä oleville määräväleihin. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien on oltava kattavia ja ajantasaisia ja niitä on seurattava ja arvioitava säännöllisesti. Muistisairailla voivat olla lähes kaikkien hyvinvointi- ja terveyden toimialan yksiköiden asiakkaita. Siksi ainakin perustason muistiosaamista tarvitaan kaikkialla. Kaikkien ei tarvitse osata kaikkea. Muistiosaamisen porrastettu koulutus mahdollistaa oikean koulutustason löytämisen toimipaikka- ja työntekijäkohtaisesti.

Oikea-aikainen ja jatkuva viestintä on tärkeää, jotta ihmiset kokevat olevansa mukana muutoksessa. Tässä asiakastyytyväisyyskyselyssä vastausprosentti jäi pieneksi. Kehitysideana seuraavaan kyselyyn voisi olla esim. asiakkaan sekä hoitohenkilökunnan osallistaminen sekä syventävä dialogi mahdollisista kehitystarpeista. Näin jokainen muistipolun toimija kokee olevansa tekemässä muutosta sen sijaan, että kokisi olevansa muutoksen kohde.

Videoavusteinen etävastaanotto herätteli itseni ja koko organisaation aikoinaan miettimään sähköisten palveluiden asemoitumista nykyisiin palveluihin, palveluprosessien selkiyttämistä ja lean-ajatusta. Digitalisaatioloikka onnistuu vain moniammatillisen kehittämisverkoston avulla. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan eri tason ammattilaisten lisäksi kehittämishankkeista tarvitaan asiakkaiden edustajien osallistamista kautta koko kehityssyklin, sekä palvelumuotoilun, tutkijoiden, ICT-asiantuntijoiden, teknologia- ja tietoanalytiikan osaajien yhteistyöskentelyn ketterää johtamista. Olemme omalta osaltamme saavuttaneet alueellista tasa-arvoa sekä kehittäneet palveluiden saatavuutta sekä palveluiden esteettömyyttä.

- Muistisairas saa tarvitsemansa palvelun oikea-aikaisesti oikeassa paikassa
- Muistisairas tavoittaa sairautensa puolesta alueellisen tasa-arvon
- Muistisairas läheiset saavat tarvitsemansa tuen ja apua sujuvasti
- Organisaatioiden ja palvelualueiden välinen yhteistyö paranee ja työnjako selkiytyy

Perinteinen terveydenhuollon palvelu muuttuu potilaan näkökulmasta; itsenäinen tiedonhaku, omien tietojen hallinta, omahoito sekä erilaisten omaseurantamittausten tekeminen helpottuvat. Potilas saa digitaalisten palveluiden avulla enemmän psyykkistä ja kokonaisvaltaista tukea sairauden kanssa elämiseen tai kuntoutumiseen kuin mitä perinteisissä hoitopoluissa on ollut mahdollista tarjota. Ammatilainen saa tukea päätöksentekoonsa potilaan tuottaessa omaseurantatietoa ja oirearvioita. Terveydenhuollon palvelutarjoajan toimintaprosessien leanaus on kytkettävä kiinteäksi osaksi eTerveyspalvelujen kehittämistä, sillä digitaalisia ratkaisuja ei voida tuottaa perinteisten prosessien

päälle. Digipalveluiden avulla pystytään parantamaan erikoissairaanhoidon palvelujen tuotantotehokkuutta sekä vastaamaan uudenlaisiin, laatua sekä vaikuttavuutta lisääviin tarpeisiin sekä potilaiden että ammattilaisten näkökulmista.

Asiakkaan näkökulmasta muistipolun tulee olla yksilöllinen ja esteetön. Palvelupolun tulee olla saumaton, sujuva ja turvallinen. Kaikilla muistipolulla työskentelevillä tulee myös olla suvaitseva asenne ja perusosaamista. Erityisosaamista vaaditaan konsultoivilta ja koordinoivilta tahoilta. Henkilöstön mahdollisuus osallistua kehittämiseen tukee muutoksen onnistumista ja henkilöstön sitoutumista muutokseen. Kehittämistä ja kehittymistä ei tapahdu kiireessä. Kehittämiselle ja ajattelutyölle tulee varata aikaa.

Lähteet

Azad, N.; Amos, S.; Milne, K. & Power, B. 2012. Telemedicine in a rural memory disorder clinic-remote management of patients with dementia. National library of Medicine. Viitattu 6.11.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23259023/>

Clarke, M.; Moore J.; Steege L.; Koopman R.; Belden J.; Canfield S.; Meadows S.; Elloptt S. & Soon K. Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. Health Informatics Journal 2016; 22:992–1016. Viitattu 23.2.2023. <https://doi.org/10.1177/1460458215602939>

Grönroos, C. 2001. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Porvoo: WSOY.

Haaparanta, L. & Niiniluoto, I. 2016. Johdatus tieteelliseen ajatteluun. Helsinki. Gaudeamus.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Helve, O. & Pyörälä, E. 2020. Digitalisaation tarjoamat mahdollisuudet potilaan hoidossa. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.1.11.2023. <https://oppiportti.fi/op/lpv00086/do>

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

Kanta, 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeiset käsitteet. Viitattu 26.11.2023. <https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/vocabulary/5deffdd9-14bf-4e5c-b1d7-b001cd52619e/concept/1dda0952-308d-46df-832c-6d2d41687fa0>

Kivekäs, E.; Kuosmanen, P.; Kinnunen, U.; Kansanen, M. & Saranto, K. 2019. Sähköiset terveystalvet osaksi potilaan arkea Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. Viitattu 10.11.2023 <https://www.terveyskyla.fi/Documents/Virtuaalisairaala2.0-%20hankkeen%20loppuraportti.pdf>

Koivisto, M. 2007. Mitä on palvelumuotoilu? Muotoilun hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa. Taiteen maisterin loppuyö. Taideteollinen korkeakoulu. Helsinki. Viitattu 10.11.2023.

Koivuranta P.(toim) 2019. Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Viitattu 2.10.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/uudistettu-terveydenhuollon-laatuopas-julkistettu>

Kuntaliitto. 2020. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetuista. Viitattu 15.11.2023. <https://www.kuntaliitto.fi/yleiskirjeet/2020/lain-ikaantyneen-vaeston-toimintakyvyn-tukemisesta-seka-iakkaiden-sosiaali-ja>

Kuntaliitto, 2019. Terveydenhuollon laatuopas. Viitattu 2.10.2023. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveydenhuollon-laatuopas>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Käypä hoito -suositus. 2021. Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.9.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Käypähoito-suositus. 2010. Erkinjuntti T. Viitattu 13.9.2022. www.kaypahoito.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.1992/785. Viitattu: 4.11.2023.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. 2021. Valvira. Viitattu 1.10.2022.

<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/2007/20070159>

Lepola, R.; Pulkkinen, I.; Raivio, L.; Selinheimo, R. & Sulkanen, L. 1998. Asiakaspalvelu. Porvoo: WSOY.

Lupsakko,T.; Jokiniemi, M.; Karhu, K & Remes, A. 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa - opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Kuopio. Suomen dementiahoitoyhdistys.

Lähteenmäki, K. 2018. Mobiiliteknologia ja etälääketiede hoitotyössä. Viitattu 22.11.2023.

https://www.oppiportti.fi/op/kts00119/do?p_haku=teknologia#q=teknologia

Löytänä, J.& Korteso, K. 2011 Asiakaskokemus: Palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. Helsinki: Talentum

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Määttä K. & Strandberg T. Milloin, mitä ja kuinka kauan lääkitystä Alzheimerin tautiin? 2017. Duodecim. Viitattu 23.11.2023

<https://www.duodecimlehti.fi/duo96718>

Niemi, T.; Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Patrikainen, M. 2020. Terveystenhuollon digitalisaation tuomat hyödyt ja haasteet, Jyväskylän yliopisto.

Pirttilä T.; Aimalaus R.; Alhainen K.; Erkinjuntti T.; Koponen H.; Puurunen M.; Raivio M.; Roosenval A.; Suhonen J.& Vataja R. 2006. Käypähoitosuositus Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Duodecim.

Pyykkönen, A. 2014. Oivalluksesta osallisuuteen – Sallin matkassa. Teoksessa: Jämsén, Anne & Pyykkönen, Anne (toim.): Osallisuuden jäljillä. Viitattu 20.4.2021. [https://www.pksotu.fi/pksotu/wp-](https://www.pksotu.fi/pksotu/wp-content/uploads/2018/02/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf)

[content/uploads/2018/02/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf](https://www.pksotu.fi/pksotu/wp-content/uploads/2018/02/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf)

Riepula H. 2014. Terveyspalveluiden laadun kehittäminen asiakastytyväisyysmittauksen keinoin. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu-tutkielma. Vaasan yliopisto. Viitattu 2.11.2023.

Rissanen, V. & Kansanen, M. 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatujärjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatujärjestelmästä. Helsinki.

Salmela, S. 2015. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisessä päiväsairaalassa. Sairaanhoidtaja, YAMK.

Opinnäytetyö. Lapin AMK. Viitattu 4.11.2023

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100685/Salmela_Senja.pdf?sequence=1

Sipilä, Mary-Helen, 2017. Koettu palvelun laatu julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Turun Kauppakorkeakoulu. Viitattu 2.11.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto.2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020 – 2023.

Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Helsinki. Viitattu 5.11.2023.

<https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut/laatu-kehittaminen>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Viitattu 12.2.2022.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Viitattu 2.1.2023.

www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76248/laadunhallinta2000.pdf

Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveyden huollon ja pelastustoimen uudistus. Viitattu 10.11.2023. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialuekartta>

Suhonen, J.; Rahkonen, T.; Juva, K.; Pitkälä, K.; Voutilainen, K. & Erkinjuntti, T. 2011. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Muistipotilaan hoitoketju. Viitattu 12.2.2022. www.duodecimlehti.fi/duo99577

Suhonen, J.; Alhainen, K.; Eloniemi-Sulkava, U.; Juhela, P.; Juva, K.; Löppönen, M.; Makkonen, M.; Mäkelä, M.; Pirttilä, T.; Pitkälä, K.; Remes, A.; Sulkava, R.; Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Lääkärilehti, Suomen Lääkäriliitto. Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijatyöryhmä.

TENK - Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 15.11.2023.

<https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030-tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Viitattu 26.11.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finger-tutkimushanke/finger-toimintamalli>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Laatu. Viitattu 6.1.2023.

<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

THL, 2021-2023. Kansallinen muistipalvelupolku- muistisairauksien varhaisen toteamisen kansallisen mallin kehittäminen osaksi sosiaali- ja terveystalvveluja. Viitattu 1.11.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-muistipalvelupolku-muistisairauksien-varhaisen-toteamisen-kansallisen-mallin-kehittaminen-osaksi-sosiaali-ja-terveyspalveluja>

Tulonen, S. Etänä annettavat terveydenhuollon palvelut toimintatapojen muuttajana. 2021. Hallintotiede. Viitattu 10.11.2023.

https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/64612/Tulonen_Suvi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.

Valvira, 2022. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Viitattu 25.10.2022.

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

Valtiovarainministeriö. 2019. Digipalvelulaki. <https://vm.fi/digipalvelulaki>

Valjakka, A. 2007. Vuorovaikutus vastaanotolla – kipupotilaan hoidon perusta. Kipuviesti 2/2007. Viitattu 20.10.2023.

Vanhuspalvelulaki 980/2012, 5§. STM 2020

Väisänen, L.; Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä –vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kotimaa-Yhtiöt Oy/Kirjapaja.

Ylikoski, T. 2001. Unohtuiko asiakas? Uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Saatekirje

Hei.

Teemme Trinitas Lääkäritalossa asiakastytyväisyyskyselyä. Kysely on osa sairaanhoitaja Katja Mularin opinnäytetyön raporttia ”Asiakastytyväisyys videovastaanottoavusteisen muistipoliklinikan vastaanotolla”. Asiakastytyväisyys on meille ensiarvoisen tärkeää, ja kyselyn tuoma aineisto on meille äärimmäisen arvokas. Kysely kestää vain muutaman minuutin ja vastauksesi auttavat meitä ymmärtämään paremmin tarpeita ja toiveita, jotta voimme tarjota entistä paremman vastaanottokokemuksen.

Voit osallistua kyselyyn seuraavasta linkistä: [lisää kyselylinkki tähän]

Kysely voidaan täyttää vastaanoton päätteeksi, mikäli aikaa on. Linkki on mahdollista jakaa myös potilaalle/omaisille. Kysely on auki elokuun loppuun.

Tutkimuksen tulokset käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäisiä vastauksia voida tunnistaa.

Kiitos jo etukäteen! Mikäli sinulla on kysyttävää tai tarvitset apua kyselyyn osallistumisessa, olethan rohkeasti yhteydessä.

Ystävällisin terveisin,

Katja Mulari, sairaanhoitaja

Puh. 050 541 5225

Trinitas Lääkäritalo

Yliopistonkatu 26

20100 Turku

Kyselylomake

TRINITAS

-LÄÄKÄRITALO-

Huittisten muistipoliklinikan asiakastyytyväisyyskysely

Tämä kyselytutkimus koostuu yhdestä valintakysymyksestä sekä avoimista kysymyksistä. Monivalintakysymyksessä on lause (väittävä) ja pyydän Teitä valitsemaan parhaiten kuvaavan kohdan seuraavalla on tavalla asteikolla 1-5.

- 1= Täysin eri mieltä
 2= Jokseenkin eri mieltä
 3= Ei samaa eikä eri mieltä
 4= Jokseenkin samaa mieltä
 5= Täysin samaa mieltä

1. Vastaajan ikä vuosina

2. Sukupuoli

- Nainen
 Mies

3. Oletteko käyttänyt videoavusteisen muistipoliklinikan palveluja aiemmin?

- Kyllä
 Ei

4. Tyytyväisyys etävastaanotolla saamaan palveluun

1= Täysin eri mieltä 5=Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Etävastaanotolla puheyhteys lääkäriin on toiminut hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etävastaanotolla kuvayhteys lääkäriin on toiminut hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5
Koen vastaanoton luontaiseksi videoyhteyden kautta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen saavani apua videovastaanotolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen videovastaanoton tietoturvalliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen videovastaanoton miellyttäväksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan, että asiani hoituvat jatkossakin videovastaanotolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Kuvailkaa, millaisista asioista pidätte videovastaanotolla?

6. Kuvailkaa asioita, jotka eivät ole mieleenne videovastaanotolla?

7. Jos Teillä olisi mahdollisuus valita videovastaanotto tai perinteinen vastaanotto, kumman valitsisitte ja miksi?

8. Mitä muuta palautetta haluaisitte antaa saamastanne palvelusta etämuistipoliklinikalla?

9. Kuinka todennäköisesti suosittelisitte muistipoliklinikan palveluita?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>