

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Päivi Pyykönen

ASIAKKAIDEN KÄYTTÖKOKEMUKSIA MAREVAN-  
OMAHOITOPALVELUSTA

Opinnäytetyö  
Joulukuu 2014



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Joululuu 2014**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

Tekijä

Päivi Pyykönen

Nimeke

Asiakkaiden käyttökokemuksia Marevan-omahoitopalvelusta

Toimeksiantaja

Assi-hanke

Tiivistelmä

Sähköisten terveystalveluiden yleistyessä omahoitopalveluiden käyttö lisääntyy. Tällainen palvelu on Marevan-omahoitopalvelu. Perinteisen toimintamallin mukaan asiakas saa tiedon varfariinin annostuksesta puhelimitse. Asiakkaat, joilla on hyvä hoitomyönteisyys ja -tasapaino, soveltuvat sähköisen Marevan-omahoitopalvelun käyttäjiksi. Omahoitomallissa asiakas osallistuu Marevan-omahoitokoulutukseen ja suorittaa antikoagulaatioajokortin. Asiakkaalla on luvan jälkeen oikeus annostella itse varfariini INR-arvon perusteella. Sähköisiin terveystalveluihin siirryttäessä terveydenhuollon ammattilaisen rooli muuttuu, ja asiakkaasta tulee vahvemmin oman terveytensä ylläpitäjä. Hyvällä potilasohjauksella voidaan ehkäistä turhia terveystalvelukeskuskäyntejä.

Tämän laadullisena tutkimuksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden käyttökokemuksia Marevan-omahoitopalvelusta. Aineisto kerättiin teemahaastatteluna ja tulokset analysoitiin teemoittelun avulla. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Assi-hanke, jonka kautta omahoitopalvelusta saadut käyttökokemukset ovat hyödynnettävissä.

Toimivien terveydenhuollon sähköisten palveluiden kehittämisessä tarvitaan asiakkaiden näkemyksiä ja käyttökokemuksia, jotta palveluista tulee asiakaslähtöisiä ja helppokäyttöisiä. Tärkeimpinä tuloksina työstä nousi asiakassegmentoinnin, koulutuksen ja saatujen käyttäjäpalautteiden merkitys. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, mikä on terveydenhuollon ammattilaisen näkemys Marevan-omahoitopalvelun onnistumisesta ja asiakkaan tuen tarpeesta. Toisena jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää, kuinka sähköisten palveluiden käyttö on tukenut käyttäjien terveyttä ja hyvinvointia.

Kieli  
suomi

Sivuja 45  
Liitteet 4  
Liitesivumäärä 13

Asiasanat

sähköinen asiointi terveydenhuollossa, Marevan, antikoagulaatio, ohjaus, omahoito



**THESIS**  
**December 2014**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
tel. +358 50 405 4816

Author(s)

Päivi Pyykönen

Title

Asiakkaiden kokemuksia Marevan omahoitopalvelusta

Commissioned by Project Assi

Abstract

When electronic health services become more common, the use of self-treatment services will increase. One of these services is self-medication of Marevan service. In the traditional model of health care, the client is informed of warfarin dosage by phone. The clients with a positive attitude to treatments and a good medical balance are suitable to be electronic self-medication users of Marevan. In the self-treatment model the client participates in the Marevan self-medication training and passes the anticoagulation test. After that, the client is permitted to dose warfarin himself on the basis of the INR value. The transition to electronic health care services changes the professional's role and the client will be more clearly in charge for his/her health. Good medical instructing may prevent unnecessary visits to the health centre.

The aim of this thesis was to describe as the qualitative study the clients' experiences of e-Marevan-self-medication. The data was collected by theme interviews, and the results were analyzed by themes. The thesis was commissioned by Project Assi, through which the user experiences of the self-treatment service can be utilized.

In developing functioning electronic healthcare services clients' views and user experiences are needed, so that the services will be customer-oriented and easy to use. As the most important results from the work came up the importance of customer segmentation, training and user feedback. Follow-up research could be to find out what is the vision of a health care professional about of the success Marevan self-medication service and the client's need for support. Another topic for a further study could be to find out how the use of electronic services has promoted the users' health and well-being.

Language  
Finnish

Pages 45  
Appendices 4  
Pages of Appendices 13

Keywords

e-health services in health care, Marevan, anticoagulation, education, self-medication

## Sisältö

Tiivistelmä

Abstrakti

1	Johdanto.....	5
2	Antikoagulaatiohoito .....	6
2.1	Antikoagulaatiohoidon käyttöaiheet .....	7
2.2	Varfariini ja Marevan® .....	7
2.3	Marevanin annostelu .....	8
2.4	Marevanin käytön vaikutukset ravitsemukseen ja muihin lääkevalmisteisiin ..	9
2.5	Marevan-hoidon mahdolliset ongelmatilanteet.....	10
2.6	INR-arvon merkitys antikoagulaatiohoidossa.....	11
3	Omahoidon ohjaus Marevan-hoidossa .....	12
4	Sähköinen asiointi terveydenhuollon palveluissa.....	14
4.1	Sähköisen asiointin ja demokratian vauhdittamisohjelma SADe .....	16
4.2	Medinet – sähköinen omahoitopalvelu .....	17
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	18
6	Opinnäytetyön toteutus.....	19
6.1	Laadullinen tutkimus.....	19
6.2	Teemahaastattelu.....	20
6.3	Kohderyhmä ja aineiston hankinta.....	21
6.4	Aineiston analysointi.....	24
6.5	Teemoittelu .....	25
7	Tutkimustulokset .....	26
7.1	Marevan-omahoitopalvelun käyttöönotto .....	26
7.2	Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton tuki .....	29
7.3	Marevan-omahoitopalvelun kehittäminen .....	31
8	Tulosten tarkastelu .....	34
8.1	Opinnäytetyön eettisyys .....	37
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	38
8.3	Opinnäytetyön oppimisprosessi.....	40
8.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	42
	Lähteet.....	43

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Teemahaastattelurunko
Liite 3	Teemoittelu
Liite 4	Teemat ja alateemat

# 1 Johdanto

Sähköisten asiointipalveluiden käyttö lisääntyy koko ajan. Sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiointipalveluiden tavoitteena on tukea kansalaisten omaa terveydenhallintaa ja itsehoitoa sekä lisätä kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia palveluiden suunnitteluun. Valtiovarainministeriö on asettanut vuonna 2009 sähköisten terveydenhuollon palveluiden löytymisen helpottamiseksi sekä kansalaisten ohjaamista niiden käyttäjäksi Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelman (SADe-ohjelma). Pohjois-Karjalan julkisessa terveydenhuollossa potilaan sähköinen asiointi on pitkälle vietyä terveyden edistämistä. Pohjoiskarjalaisilla on ollut käytössä Medinet-omahoitopalvelu vuodesta 2012 lähtien. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja sairaanhoitopiirin helmikuussa 2014 julkaisemassa tiedotteessa sähköisiä palveluita pidetään vastuun ottamisena omasta terveydestä sekä myös kustannustehokkaana ennaltaehkäisevänä hoitotyönä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Assi-hanke, joka toteutetaan 1.10.2012 - 31.12.2014. Hankkeen tavoitteena on muun muassa kehittää asiakaslähtöisiä ja omahoitoa tukevia sähköisiä terveystalvveluita ja uudistaa hoitopolkuja, joissa otetaan käyttöön sähköisiä palveluita, sekä vahvistaa terveydenhuollon henkilöstön osaamista sähköisten palveluiden toteuttamisessa (Assi-hanke 2013). Kehittämistyön jatkuvuuden edellytyksenä on tärkeää saada käyttäjiltä palautetta sähköisen palvelun toimivuudesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata asiakkaiden kokemuksia uudesta sähköisestä palvelusta, Marevan-omahoitopalvelusta. Opinnäytetyötä varten haastateltiin kahta julkisen terveydenhuollon asiakasta, jotka osallistuivat syksyllä 2013 Marevan omahoitokoulutukseen. Heiltä saadut sähköisen Marevanin® omahoitopalvelun käyttökokemukset ovat arvokkaita Assi-hankkeelle ja jatkokehittämishankkeille.

Viime vuosina saadun tieteellisen näytön mukaan potilaiden omahoito on vaikuttavaa sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä sekä elämäntapojen parantamisessa. Tällöin hyvä potilaan valmentaminen omahoitoon sekä annetun ohjuksen laatu korostuvat entisestään. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5.) Sydän- ja verisuonisairauksien ennalta ehkäisyyn panostetaan yhä enemmän kehittyneissä teollisuusmaissa, mutta samalla tämä siirtää taudit vanhempien ikäryhmien sairauksiksi. Vanhempien ikäryhmien sairastavuus luo

lisähaasteita terveydenhuoltojärjestelmälle. (Heikkilä, Kupari, Airaksinen, Huikuri, Nieminen & Peuhkurinen 2008, 75.) Internetin tuomat mahdollisuudet antavat kuitenkin myös enemmän mahdollisuuksia erilaisille sähköisille palveluille ja niiden tarpeelle.

Heikkilän ym. (2008, 1305) mukaan varfariinin omaseurannan on osoitettu vakiinnuttavan hoidon paremmin ja sitä kautta hoitotasapainon kuin muu seuranta. Omaseuranta vaatii potilaalta huolellisuutta ja vaivannäköä sekä vastuullista koulutusta perusterveydenhuollosta. Omaseuranta varten on Terveiden ja hyvinvoinnin laitos koonnut kansalliset yhtenäiset ohjeet.

## **2 Antikoagulaatiohoito**

Antikoagulaatiohoidolla tarkoitetaan elimistön hyytymisjärjestelmän aktivaatiota vähentävää lääkitystä. Kansankielellä hoidosta puhutaan yleensä verenohennushoitona, vaikka käytössä olevat lääkkeet eivät varsinaisesti ohenna verta, vaan vähentävät nimenomaan hyytymien muodostumista. Hoidossa on tärkeintä veren hyytymisen ja sen eston tasapainon löytäminen. Liian pieni määrä lääkettä suurentaa verisuonitukosten vaaraa, kun taas liian suuri lääkemäärä lisää verenvuodon määrää. (Suomen Sydänliitto 2012.) Hoito vaatii erityistä huolellisuutta sekä turvallista ja tehokasta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä (Heikkilä ym. 2008, 1302).

Pitkäaikainen antikoagulaatiohoito toteutetaan yleisimmin antaen potilaalle varfariinia. Lisäksi osa antikoagulanteista annetaan pistoksina ihon alle käyttäen pienimolekyylisiä hepariineja. Hepariini on hyytymistekijöiden toimintaa estävä antikoagulantti. Suomessa lähes kaikki tablettimuotoinen antikoagulaatiohoito on perustunut varfariiniin, joka tunnetaan yleisemmin kaupanimenä Marevan®. (Koskinen, Puirava, Salomäki, Puirava & Ojala, 2012, 268; Suomen Sydänliitto 2012.)

Hoidettuun potilasmäärään suhteutettuna varfariinihoito aiheuttaa eniten komplikaatiota ja myös eniten hoitovirheiksi luokiteltuja tilanteita. Verikokeiden otto, lääkeannoksen määrääminen ja annoksen ilmoittaminen potilaalle ovat keskeisiä perusterveydenhuollon tehtäviä. (Heikkilä ym. 2008, 100.)

## 2.1 Antikoagulaatiohoidon käyttöaiheet

Heikkilän ym. (2008, 1302) mukaan yleisimpiä antikoagulaatiohoidon käyttöaiheita ovat krooniseen ja kohtauksittaiseen eteisvärinään liittyvän embolisaation ehkäisy, alaraajan laskimotukosten ja keuhkoembolian eli keuhkoveritulpan jatkohoito ja ehkäisy sekä mekaanisiin tekoläppiin liittyvän tukosvaaran vähentäminen. Keuhkoembolian hoidossa on syytä muistaa, ettei antikoagulaatiohoito liuota hyytymää, vaan estää jo syntyneen hyytymän kasvun ja uuden muodostumisen. Antikoagulaatiohoidon kesto määräytyy sairauden diagnosoinnin mukaan; hoito voi olla muutaman kuukauden mittainen tai pysyvä. Eteisvärinän hoidossa antikoagulaatiohoito on aina pysyvää. (Heikkilä ym. 2008, 505, 1080.)

Tilanteissa, joissa tarvitaan nopeaa veren hyytymistä estävää vaikutusta, varfariinihoito aloitetaan hepariinisuojuissa. Yleensä nämä tilanteet ovat potilaan kannalta akuutteja, kuten esimerkiksi laskimotukoksissa ja keuhkoemboliassa. Hepariini annostellaan ihonalaisesti. Kiireettömissä varfariinihoidon aloitustilanteissa hoito voidaan aloittaa ilman hepariinisuojuja. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 280.)

Turvallinen hoito edellyttää potilaan hyvän informoinnin ja aikaisemman vuotoanamneesin selvittämisen lisäksi myös säännöllistä INR-seurantaa ja verenvuodolle altistavien riskitekijöiden minimointia. INR –käsite on kansainvälisesti käytössä, ja lyhenne tulee sanoista International Normalized Ratio. INR-arvo kuvaa veren hyytymisaikaa. (Heikkilä ym. 2008, 1302; Suomen Sydänliitto 2014.)

## 2.2 Varfariini ja Marevan®

Varfariinia eli verenohennuslääkettä käytetään potilailla, joilla on eteisvärinä, läppäsairaus tai tekoläppä. Varfariinia käytetään myös sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla ja usein myös sydäninfarktin jälkeen. Yleisimmin varfariini on käytössä valtimo- ja laskimotukosten hoitona ja niiden ehkäisemiseksi. Lääkehoidon tavoitteena on ohentaa verta niin, ettei verisuonitukoksia pääse syntymään eivätkä myöskään olemassa olevat tukokset pääse kasvamaan. (Suomen Sydänliitto ry 2013.)

Marevanin® vaikuttava aine on varfariini. Varfariini kuuluu kumariinijohdosten lääkeryhmään. Marevan®-tabletteja on kahta vahvuutta, Marevan 3 mg (sininen tabletti) ja Marevan Forte 5 mg (punainen tabletti). Lääkeannos on aina yksilöllinen, koska lääkkeen tarve vaihtelee eri ihmisillä eri tilanteissa. Lääke otetaan kerran päivässä, mieluiten vielä samaan aikaan päivästä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Pitkäaikaisessa hoidossa ei ole merkitystä, mihin vuorokauden aikaan tabletti otetaan (Heikkilä ym. 2008, 1304). Kuten lääkkeiden käytössä yleensäkin, tulee myös Marevan-lääkkeen mahdolliset sivuvaikutukset elimistölle tutkia. Tästä syystä pienen veren kuvan, munuaisten ja maksan toiminnan seuranta laboratoriotekoin on suositeltavaa pari kertaa vuodessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Varfariinin käyttö edellyttää potilaalta säännöllistä veren hyytymisajan seuranta INR-verikokeella. Mitä suurempi INR-arvo on, sitä hitaammin potilaan veri hyytyy. Normaalinen arvo on lähellä 1,0. (Suomen Sydänliitto ry 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Marevan® vaikuttaa vähentämällä veren luonnollista hyytymistäipumusta. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2013.) Marevan®-lääke on rekisteröity tavaramerkki. Tuotteesta käytetään useita eri käsitteitä. Tässä opinnäytetyössä lääkkeestä puhutaan myöhemmin yleisnimikkeenä, Marevanina.

### **2.3 Marevanin annostelu**

Varfariinihoito suunnitellaan viikkoannoksena, ja pyrkimyksenä on jakaa lääkehoito mahdollisimman samansuuruisiksi päiväannoksiksi. Parhaimman lääkehyödyn saavuttamiseksi lääke otetaan kerran vuorokaudessa, mielellään aina samaan aikaan. Varfariinin veren hyytymistä estävä vaikutus alkaa 12 - 24 tunnissa, ja suurin teho saavutetaan 24 - 72 tunnin kuluessa. Potilaan tarvitsema lääkeannos riippuu perintö- ja ympäristötekijöistä, joita ovat ravinto, muut sairaudet sekä muut potilaan käytössä olevat lääkkeet. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 356.)

Potilas merkitsee annostelun antikoagulaation seurantakorttiin. Annostelu on aina yksilöllistä. Viikkoannos merkitään seurantakorttiin tabletteina ja tavoitteena on, että viikkoannoksessa tabletit jaetaan viikonpäiville mahdollisimman tasaisesti niin, ettei välipäiviä muodostuisi. Mikäli potilas unohtaa ottaa lääkeannoksen, potilaan on pyrittävä



ottamaan lääkeannos heti muistettaessa. Mikäli potilas muistaa lääkkeen unohtamisen vasta seuraavana päivänä, potilaan tulee ottaa lääkeannos päivän normaaliannoksen lisäksi. Marevanin lääkehoidossa on ensiarvoisen tärkeää, että viikoittainen annos, milligrammamäärä pysyy samana. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 356.)

Marevan-annostelu voidaan toteuttaa myös omahoitona valikoiduilla potilailla sovittujen ohjeiden ja raja-arvojen mukaan. Tällöin puhutaan Marevan-hoidon omasäätelystä. Tällöin asiakas annostelee INR-kokeen tuloksen perusteella annetun ohjeen mukaan sovitussa INR-rajoissa Marevan-lääkkeensä viikkoannoksen. Omasäätelyyn siirtymisen edellytyksiä ovat muun muassa INR-arvojen pysyminen tavoitetasolla, asiakkaan säännöllisesti toteutetut INR-kontrollit, hoitopaikasta saatujen ohjeiden noudattaminen sekä antikoagulaatiohoidon ja Marevanin annossäätely -koulutukseen osallistuminen. Omahoitoon siirtyvät asiakkaat valitsee lääkäri, ja hoito on tiivistä yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välillä. Myös omasäätelyssä potilas merkitsee Marevan-annostuksen antikoagulaatiohoidon seurantakorttiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.)

#### **2.4 Marevanin käytön vaikutukset ravitsemukseen ja muihin lääkevalmisteisiin**

Heikkilän ym. (2008, 1306) mukaan tasaisen antikoagulaatiovaikutuksen saavuttamiseksi potilaan tulisi noudattaa päivittäin mahdollisimman tasaista ja monipuolista ruokavaliota sekä saada ravinnosta mieluummin runsaasti kuin niukalti K-vitamiinia. Mikäli potilaan saaman K-vitamiinin määrä lisääntyy, vähentyy antikoagulaatiovaikutus elimistössä ja päinvastoin. Potilas saa tarvittaessa ravitsemusohjeita sairaanhoitajan vastaanotolta tai tarvittaessa ravitsemusterapeutilta.

Varfariinihoidon aikana potilas saa parhaimmat hoitotulokset noudattamalla normaalia ruokavaliota. Aikaisemmin mainitun tasaisen K-vitamiinin saanti on turvattua, kun potilas nauttii päivittäin vähintään suositellut 500 g hedelmiä, marjoja ja kasviksia. Runsaasti K-vitamiinia sisältävien kasvien, kuten pinaatin, nokkosen, ruusukaalin ja lehtikaalin, käyttöä tulee kuitenkin rajoittaa vähään määrään kerrallaan nautittavaksi. Kasvien ja marjojen runsaampi käyttö vaikuttaa heti INR-arvoon. Hoitoalueelta poikkeamisen syitä mietittäessä onkin syytä ottaa huomioon edellä mainittu asia. Karpalo- ja

greippimehuja tulee välttää koko varfariinihoidon aikana, koska ne estävät lääkkeiden hajoamista maksassa, minkä seurauksena varfariinin vaikutus elimistössä kasvaa. (Ahonen ym. 2012, 319.)

Kuten terveellisessä ruokavaliossa yleensäkin, myös Marevan-lääkkeen käyttäjän on suositeltavaa syödä monipuolisesti ja säännöllisesti. Tärkeää on syödä aina suurin piirtein samalla tavalla, ei esimerkiksi viikon ajan kaalikeittoa ja sitten yllättäen kerralla iso annos pinaattia. Terveellisen ruokavalion rinnalla hoitotasapainon löytämiseksi voidaan tarvittaessa käyttää monivitamiinivalmistetta, jossa on pieni annos K-vitamiinia, enintään 150 - 200 mikrogrammaa. Joka päivä otettu valmiste auttaa tasaamaan ruoasta saadun K-vitamiinin vaikutusta. (Manneri 2014, 58.)

Luontaistuotteiden lisäksi yhteisvaikutuksia varfariinin ja muiden lääkkeiden kanssa esiintyy tulehduskipulääkkeiden, joidenkin antibioottien ja sienilääkkeiden samanaikaisessa käytössä. Edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjä-lääkkeet (SSRI) ja rytmihäiriölääke amiodaroni tehostavat varfariinihoitoa haitallisesti. (Ahonen ym. 2012, 318 - 319.) Tästä syystä potilaan tulee kertoa erilaisissa hoitotilanteissa varfariinihoidostaan.

## **2.5 Marevan-hoidon mahdolliset ongelmatilanteet**

Varfariinihoidosta huolimatta potilaan on mahdollista saada vakava verenvuoto. Tästä syystä myös hemoglobiiniarvojen seuranta on tärkeää. (Koskinen ym. 2012, 511.) Lisäksi sydämen vajaatoiminta ja aktiivinen syöpä suurentavat verenvuodon vaaraa. Antikoagulaatiohoito keskeytetään vuodon ajaksi. Verenvuodon sattuessa määritetään INR-arvo, jonka jälkeen varfariinin vaikutus kumotaan K-vitamiinilla tai yhdistelmävalmisteilla, kuten Octaplas® sekä korjataan verenvuodon aiheuttama anemia. Antikoagulaatiohoito voi jatkua vasta, kun verenvuoto on lakannut ja vuodon syy tai vuotopaikka on selvitetty. (Heikkilä ym. 2008, 1313.)

Yleisimpiä varfariinihoidon käytännön ongelmatilanteita ovat oksentelu, ripuli, antibioottihoito, akuutti vamma, infektio, vaikeutuva sydämen vajaatoiminta tai leikkauksen tarve sekä verenvuoto ja sen verenvuodon jälkitila. Antikoagulaatiohoitoon liittyy run-

saasti lääkeaineiden yhteisvaikutusmahdollisuuksia, jotka perustuvat eri vaikutusmekanismeihin. (Heikkilä ym. 2008, 1305 - 1306.)

Varfariinihoito on otettava huomioon myös potilaan mahdollisen päivystys- ja hätäleikkauksissa tai etukäteen suunnitelluissa leikkauksissa. Antikoagulaatiovaikutus voidaan kumota laskimoon tai suun kautta annettavalla K-vitamiinilla, jonka annos on yleensä 1 - 3 mg potilaan koon ja INR-tason mukaan. INR-taso tulee määrittää noin viikko ennen suunniteltua leikkausta. Mikäli kyseessä on hätä- tai päivystysleikkaus, voidaan nopeamman vaikutuksen saamiseksi hyytymistekijöitä korvata jääplasmalla tai K-vitamiiniriippuvaisten hyytymistekijöiden yhdistelmällä. Niitä ovat esimerkiksi Octaplex® ja Cofact®. (Heikkilä ym. 2008, 1311.) Pienemmät toimenpiteet ja leikkaukset, kuten hampaan poisto tai kaihileikkaus, voidaan tehdä turvallisesti, mikäli INR-arvo on hoitoalueella. Tässäkin tilanteessa INR-arvo tulee kontrolloida laboratoriossa edellisenä päivänä. (Ahonen ym. 2012, 319.)

## **2.6 INR-arvon merkitys antikoagulaatiohoidossa**

Varfariinihoidon vaikutusta seurataan verinäytteestä mitattavan kansainvälisen vakioidun suhdeluvun INR, International Normalized Ratio, avulla (Heikkilä ym. 2008, 1303). INR-arvo kuvaa veren hyytymisaikaa: mitä suurempi arvo on, sitä hitaammin potilaan veri hyytyy. Ilman lääkettä INR-arvo on 1,0. Varfariini-hoidon aikana tavoitearvo on yleensä 2,0 - 3,0, tekoläppäpotilailla usein 2,5 - 3,5. Mikäli INR-arvo on alle kahden, hoito on tehotonta. Tässä tilanteessa varfariinin annostusta tulee lisätä. Jos arvo on liian korkea, verenvuodon vaara lisääntyy, ja tällöin annosta tulee pienentää. Verenvuotomäärä lisääntyy huomattavasti kuitenkin vasta INR-arvon ylittäessä 4,0 - 4,5. (Suomen Sydänliitto 2014; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Lääkäri määrittää potilaalle yksilöllisen INR-hoitoalueen ja hoidon keston (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Hoidon aloitusvaiheessa INR-arvoa kontrolloidaan kaksi tai kolme kertaa viikossa, kunnes vakaa hoitotaso saavutetaan. Vakaammassa hoidon vaiheessa voi riittää yksikin määrittäminen kuukaudessa. INR-arvo mittaa antikoagulaatiovaikutusta, ei varfariinin pitoisuutta. (Heikkilä ym. 2008, 1304.) Vakaassa hoitotasossa

myös sairaanhoitajat voivat määrittää hoitoannokset yleisen ohjeen pohjalta, kuten esimerkiksi kotisairaanhoidossa usein toimitaan (Ahonen ym. 2012, 280).

Säännöllisen INR-seurannan lisäksi INR-taso on tarkistettava, mikäli potilaalle kehittyy maha-suolikanavan sairaus tai maksan vajaatoiminta, sydämen vajaatoiminta vaikeutuu tai potilaalle kehittyy vakava infektio. Myös uuden lääkkeen aloituksen jälkeen on suositeltavaa tarkistaa INR-taso. (Heikkilä ym.2008, 1302.) Lisäksi Ahosen ym. (2012, 281) mukaan INR-seurantaa on tehostettava myös ennen lomamatkaa tai pitkää lento-, juna- tai automatkaa tai mikäli potilas aloittaa tai lopettaa vitamiini- ja ravintovalmisteen tai luontaistuotteen käytön.

Suurimmalla osalla Marevan-lääkkeen käyttäjistä on hyvä hoitotasapaino. Huonon hoitotasapainon syitä voivat olla lääkkeen epäsäännöllinen ottaminen, runsas alkoholin käyttö, epäsäännöllinen ruokailu tai ravintolisien epäsuotuisa käyttö. (Manneri 2014, 57.)

### **3 Omahoidon ohjaus Marevan-hoidossa**

Routasalon ja Pitkälän (2009, 5, 9) mukaan omahoidolla tarkoitetaan potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa näyttöön perustuvaa hoitoa, jota potilas itse toteuttaa. Omahoidossa potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä ottaa vastuun omista ratkaisuistaan. Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on valmentajana tukea, kannustaa ja rohkaista potilasta valinnoissaan omahoitoon siirryttäessä sekä antaa hoidon suunnitteluun oma ammatillinen tietotaito. Potilaalla on oikeus jatkaa entistä elämäntapaa riskeistä ja sairaudesta huolimatta, vaikka se ei olisikaan toivottava päätös terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta.

Ohjausta ei voi olla korostamatta liikaa yhtenä tärkeimmistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Ohjausta annetaan hoitotyössä joka päivä kaikenikäisille, terveille, sairaille, yksilöille sekä ryhmille. Ohjaus on vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä, ja sen avulla tuetaan potilaan itsenäisyyttä, omatoimisuutta ja toimintakykyä. Parhaimmil-

laan ohjaus on toimivaa hyvin suunnitelluin päämäärin, perusteluin sekä käytännön työkaluin. Terveysthuollon eettisten periaatteiden mukaan ohjausta ajatellaan olennaisena osana hoitotyötä, jolloin oikeus hyvään hoitoon sisältää tarvittavan ohjauksen. (Eloranta & Virkki 2011, 8,12.)

Sosiaali- ja terveysthuollon lainsäädännön mukaan potilaalle ja asiakkaalle on annettava riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Lainsäädännön mukaan ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitotyön arvoista etenkin ihmisarvon kunnioitus, yksityisyys sekä itsemääräämisoikeus ovat tärkeä osa hoitotyön ohjausta. Lakien lisäksi hoitoa ja ohjausta ohjaavat ammattietiikka, kansainväliset ja kansalliset terveyden ja hyvinvointiin liittyvät ohjelmat ja laatusuosituksat. (Eloranta & Virkki 2011, 11 - 12.)

Potilas kykenee osallistumaan lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon, jos potilas on saanut riittävästi tietoa lääkkeistään, ymmärtänyt saamansa tiedon sekä voinut jo aikaisemmin osallistua lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeuden mukaan potilaalla on oikeus tehdä omaa terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä ja valintoja. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen, 2009, 87.) Marevan-hoidossa omahoitoon siirtymistä on jo etukäteen mietitty hoitajan ja potilaan välisissä keskusteluissa. Hoitoon sitoutumista tukeva ohjaus sekä potilaan taidot ja tiedot uuden oppimisessa tulevat keskeisiksi kysymyksiksi omahoitoon siirtymisessä. Ohjauksessa korostuvat ja kertautuvat Marevan-hoitoon liittyvät tärkeät seikat, kuten asiakkaan olennaisimpien Marevan-hoitoon vaikuttavien tekijöiden hallitseminen. Muita tärkeitä huomioon otettavia asioita etenkin Marevan-lääkkeen kohdalla ovat lääkehoidon toteutuksen turvalliset periaatteet sekä niiden tilanteiden ymmärrys, milloin asiakkaan tulee ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. (Suomen Sydänliitto 2012.)

Hyvällä potilasohjauksella ehkäistään turhia terveysthuolluskäyntejä. Tällöin ohjauksella voidaan ajatella olevan myös selkeä taloudellinen vaikutus yhteiskunnalle. Kasvotusten tapahtuvan ohjauksen lisäksi asiakkaan arkea ja käytäntöä helpottaakseen asiakkaalle tulee antaa kirjallinen materiaali, johon hänen on helppo palata myöhemmin. Pelkkää sanallista viestintää on vaikea muistaa jälkikäteen. Näin tapahtuu myös Marevan-hoidossa omasäätelyn piiriin siirtyvillä asiakkailla; koulutuksen jälkeen he saavat kirjallisen materiaalin esimerkkilaskuineen. Yhdeksi haasteeksi potilasohjauksessa nousee

internetin mukanaan tuoma suuri tiedon määrä. Internet sisältää hyödyllisen tiedon lisäksi myös yleisluonnollista tietoa, joka ei välttämättä juuri sellaisenaan koske potilaan omaa hoitoa. (Männikkö 2014.)

Omahoitoon osallistuminen lisää potilaan motivaatiota sitoutua hoitoon. Sitoutuminen hoitoon lisää hoidon onnistumista ja sitä kautta motivaatiota jatkuvuuteen. Omahoitoon soveltuvat parhaiten potilaat, joilla on hyvä hoitomyönteisyys ja -tasapaino. Myös tiedon, taidon ja tahdon yhteensovittaminen on yksi omahoitoon siirtymisen ehto. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.)

Kun Marevanin hoitotasapaino on ollut vakaa vähintään kuukauden ja ainakin kolmen peräkkäisen mittauksen ajan ja potilas on hoitoa seuranneen terveydenhuollon ammattilaisen mielestä soveltuva Marevan-annostuksen omahoitoon, hän voi osallistua ryhmäopetukseen ja antikoagulaatioajokortin suorittamiseen. Nämä ovat edellytyksenä omahoitoon siirtymisessä. Tämän jälkeen hoitava lääkäri tekee lopullisen päätöksen potilaan tai koulutetun omaisen siirtymisestä omahoidon piiriin INR-arvojen perusteella sovitussa rajoissa. Asiakkaan tulee itse säännöllisesti käydä verikokeissa ja noudattaa hänelle annettuja ohjeita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.)

Vaikka asiakas ottaakin suuremman vastuun kuin aikaisemmin omahoidostaan siirtyessään omäsääteilyyn, tarkistetaan omäsääteilyn sujuvuus vähintään kerran vuodessa seurantavastaanottojen yhteydessä sekä tarvittaessa ongelmatilanteissa esimerkiksi verenvuodon sattuessa. Asiakasta ei jätetä yksin. Antikoagulaatiohoidon ajokortti on uusittava kolmen vuoden välein; uusinta tehdään tarvittaessa aikaisemmin, mikäli asiakkaalla on ongelmia hoidon toteutumisessa, kuten esimerkiksi jos annostuksen laskeminen on epävarmaa tai virheellistä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.)

## **4 Sähköinen asiointi terveydenhuollon palveluissa**

Sanastokeskuksen mukaan sähköinen asiointi tarkoittaa asioiden hoitamista tietoverkon palvelujen avulla (Sanastokeskus 2014). Sähköinen asiointi on laaja ja monimutkainen kokonaisuus, joka vaatii laadukasta viestintää ja muutosvalmennukseen hyvin linkitet-

tyä käyttökoulutusta oppimisen tueksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Hyvin toteutettu sähköinen asiointi tarjoaa mahdollisuuden sekä tuottavuuden että palvelun laadun parantamiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Sähköistä asiointia koskeva lainsäädäntö perustuu asiakkaan näkökulmasta suurimmaksi osaksi Suomen perustuslakiin (731/1999), joka suojaa yksityiselämän lisäksi luottamuksellisten viestien salaisuutta.

Terveydenhuollon ammattilaisen rooli muuttuu sähköisen asioinnin myötä potilaan ohjaajaksi ja terveyden edistäjäksi, mikä osaltaan auttaa hoitotavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Potilaan käyttäessä sähköisiä palveluja, voi hän itse ottaa enemmän vastuuta omasta hoidostaan Uuden palvelun käyttöönoton alkuvaihe tuo yleensä aluksi mukanaan enemmän yhteydenottoja terveydenhuollon ammattilaisiin, mutta hyvin hoidetun koulutuksen ja ohjauksen tuen saamisella saadaan sähköiset palvelut tehokkaasti käyttöön. Sähköisen palvelun käyttöönotto edellyttää sekä terveydenhuollon ammattisilta että potilailta toimintamallien ja roolien muuttamista. Koulutus ja ohjaus ovat näissä tilanteissa avainasemassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen asioinnin hankkeet Suomessa 2010 -raportin tulosten mukaan on tärkeää kehittää palveluita asiakaslähtöisesti riippumatta siitä, millainen sähköinen palvelu on kysymyksessä. Sähköisten palveluiden asiakaslähtöinen kehittäminen edellyttää kansalaisten näkemysten, kokemusten ja tarpeiden kartoittamista sekä heidän osallistumistaan aktiivisesti eri palveluiden suunnitteluun ja arviointiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011b, 50.) Tästä syystä opinnäytetyöstä saadut käyttäjäkokemukset ovat ensiarvoisen tärkeitä sekä palvelun tuottajalle Mediconsult Oy:lle että Assi-hankkeelle.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnisti keväällä 2014 kyselytutkimuksen, jossa kerätään kansalaisten näkemyksiä ja käyttökokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä asiointipalveluista. Kansalaisten näkemykset ja käyttökokemukset ovat avainasemassa kehitettäessä sähköisiä palveluita sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jolloin saadaan kokemuksia käytettävyydestä, kriittisimmistä ongelmista sekä hyvin toimivista seikoista. Tutkimus toteutetaan Suomessa ensimmäistä kertaa valtakunnallisesti ja sähköisen kyselyn vastauksia hyödynnetään muun muassa valtiovarainministeriön Sähköi-

nen Asiointi ja Demokratia (SADe) -ohjelmaan kuuluvassa SADe-sote-hankkeessa sekä OmaKanta-palveluiden kehittämisessä. Aiheesta pidetään seminaari loppuvuoden 2014 aikana ja tulokset julkaistaan laajasti mediassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

#### **4.1 Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma SADe**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kehittää tulevaisuuden sähköisiä palveluja kansalaisten, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten, kuntien ja palveluntuottajien käyttöön. Valtiovarainministeriön vuonna 2009 asettama sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelman (myöhemmin mainittuna SADe) tavoitteena on tarjota kansalaisille ja yrityksille hyödyllistä, sujuvaa ja helppoa sähköistä asiointia eri julkisiin palveluihin. SADe-ohjelman palvelukokonaisuudet liittyvät vahvasti keskeisiin kansalaisten ja yritysten elämäntilanteisiin ja -tarpeisiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

SADe-ohjelma on ensimmäinen kokonaisvaltainen ja valtakunnallinen sähköisten palvelujen kehittämisohjelma Suomen julkisessa hallinnossa. Palveluilla pyritään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin elämänkaaren eri vaiheissa ja tilanteissa hallinnonaloista ja organisaatioiden rajoista riippumatta. SADe-ohjelman seitsemästä hankkeesta yksi on sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus, joka tarjoaa kansalaisille verkkopalveluja tukemaan oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. (Valtiovarainministeriö 2014.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään ainoastaan SADe-ohjelman sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuutta, joka vahvasti liittyy terveysalan sähköisten palvelujen kehittämiseen ja niin myös opinnäytetyössä käsiteltäviin kokemuksiin uudesta Marevan-omahoitopalvelusta.

SADe-ohjelman sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuuden tavoitteena on kehittää ja ottaa käyttöön toimintakäytäntöjä ja näissä hyödynnettäviä sähköisiä palveluja, jotka tukevat kansalaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, palvelun valintaa ja siihen hakeutumista. Lisäksi kokonaisuuden tavoitteena on tehostaa kansalaisen ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen välistä vuorovaikutusta ja parantaa kansalaisten osallistumismahdollisuuksia eri palvelujen suunnitteluun. Sähköisten palveluiden tavoitteena on tukea ihmisten omaa aktiivisuutta ja terveellisten elämäntapojen kautta ehkäistä sairauksia



sekä tukea sairauksien omahoitoa. Palvelukokonaisuus toteutetaan osana sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Terveyden ja oman hyvinvoinnin lisäksi SADe-ohjelman sosiaali- ja terveystietojen palvelukokonaisuus antaa kansalaisille oman terveyden seurantamahdollisuuden, avuntarpeen itsearvioinnista, päätöksenteon ja palautteen antamisen. Verkkopalvelut parantavat kansalaisen omahoitoa, hoidon sujuvuutta ja auttavat palveluorganisaatioita kohdistamaan resursseja tehokkaammin. (Valtiovarainministeriö 2014.)

## **4.2 Medinet – sähköinen omahoitopalvelu**

Medinet on Pohjois-Karjalan alueen asukkaille tarkoitettu kunnallinen omaterveyspalvelu, joka mahdollistaa aivan uudenlaisen tavan seurata ja edistää omaa terveyttä. Palvelu mahdollistaa omien terveystietojen katselun lisäksi monia muita uusia ominaisuuksia ja on kaikkien saatavilla. (Mediconsult Oy 2014.)

Medinet on Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin kuuluvien jäsenkuntien tuottama sähköinen palvelu, joka on yhteydessä Mediatri -potilastietojärjestelmään. Medinet -palvelussa käyttäjä voi ottaa palvelun käyttöön välittömästi joko omilla verkkopankkitunnuksillaan tai seuraavan kerran lääkärin vastaanoton yhteydessä. Palvelun käyttö on maksutonta. Palvelun käyttö onnistuu tietokoneella, matkapuhelimella ja tabletilla. Palvelussa luodaan henkilökohtainen virtuaalinen terveystili. Medinet-omahoitopalvelu sisältää kaikki tärkeät terveys- ja sairaustiedot, kuten esimerkiksi määrätyt reseptilääkkeet, kirjatut riskitiedot, todetut sairaudet, annetut rokotukset sekä voimassa olevat ajanvaraukset. Käyttäjän ei tarvitse pyytää laboratoriotuloksia erikseen, vaan ne näkyvät omalta terveystililtä reaaliajassa. (Mediconsult Oy 2014.)

Medinet toimintaympäristönä vastuullistaa asiakkaita oman terveyden hoidossa. Omat terveystiedot ovat sujuvasti nähtävissä, ja terveydentilaa on helppo seurata silloin, kun se käyttäjälle parhaiten sopii. Oman terveydentilan helpon seurannan lisäksi palvelu muuttaa samalla terveydenhuollon ammattilaisen roolia sekä helpottaa ammattilaisen työtä jatkossa. Hoidon sujuvuuden edistämiseksi asiakas voi täyttää sähköisiä lomakkeita jo etukäteen sekä lisäksi välittää mittaustietoja ammattilaiselle ennen varattua hoitokäyntiä. Turhat yhteydenotot terveyskeskukseen vähenevät, ja näin myös asiakaspal-

velun saatavuus sekä terveydenhuollon resurssien kohdennettavuus paranevat. Medinet-omahoitopalvelun tarkoituksena ei ole poistaa henkilökohtaisen yhteydenoton tarvetta, vaan toimia potilaan omahoidon tukena. Monipuolisella Mediatri-Medinet-järjestelmällä voidaan toteuttaa omahoitoa ja sairauden seuranta ammattilaisen tuella. (Mediconsult Oy 2014.)

Terveydenhuollon sähköisten palveluiden lisääntyessä myös aikaisempien palveluiden toimivuutta tulee tarkastella säännöllisesti. Kehittämistyössä palveluiden käyttäjien eli terveydenhuollon asiakkaiden käyttökokemukset ovat ensiarvoisen tärkeitä. Palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisesti on osa tämän päivän sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuuria. Asiakkaiden näkökulmaa terveydenhuollon palveluihin voidaan saada muun muassa asiakasraatien kautta. Sosiaali- ja terveydenpalveluiden asiakasraadien ajatuksena on ottaa asiakkaat mukaan sähköisten palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen, kehittämiseen ja arviointiin (Jyväskylä 2012). Joensuussa asiakasraati kokoontui ensimmäisen kerran lokakuussa 2014 (Pohjois-Karjala Info 2014).

Medinetissä on useita erilaisia työkaluja terveydentilan seurantaan. Marevanin annostukseen liittyvien verikoetulosten seurantaan on kehitetty oma Medimarevan-osio. Tässä opinnäytetyössä käsitellään haastateltavien kokemuksia Medinetin Marevanin omahoitopalvelun käyttöönotosta.

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata käyttäjien kokemuksia Marevan-omahoitopalvelun käyttöönotosta ja käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksista on hyötyä Assi-hankkeelle sekä palvelun jatkokehittämissuunnitelmille. Haastattelumenetelmän avulla haettiin kyseisen palvelun käyttäjiltä vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten koet Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton?
2. Millaista tukea tarvitsit Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton aloituksessa?

3. Miten kehittäisit Marevan-omahoitopalvelun käyttöönottoa asiakkaan näkökulmasta?

## **6 Opinnäytetyön toteutus**

### **6.1 Laadullinen tutkimus**

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on laadullinen eli kvalitatiivinen. Opinnäytetyön lähtökohdaksi on tutkia Medinet-käyttäjien kokemuksia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti käyttämästään palvelusta. Jokainen saatu haastattelu on todellinen tapaus todellista elämää, eikä henkilökohtaisia kokemuksia voi laittaa numeeriseen muotoon. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohdaksi on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Tutkimukseen osallistunut ihminen tekee laadullisesta tutkimuksesta ainutlaatuisen, yksilöllisen (Grove, Burns & Gray 2013, 69).

Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa kokonaisvaltainen tiedonhankinta, kohdejoukon valinta tarkoituksenmukaisesti, teemahaastattelun käyttö aineiston hankinnassa sekä tapauksien käsittely ainutlaatuisina (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Otokseen valitut henkilöt valitaan harkinnanvaraisesti, jolloin he edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. Aineiston laatu on määrää tärkeämpää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67; Kylmä ym. 2007, 26 - 27.)

Laadullisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys hoitotyössä on sen mahdollisuus kasvattaa ymmärrystä tutkimusilmiöstä sekä jäsentämään todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon. Ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan usein ihmisten yksityiskohtaisia kuvauksia ja ihmisten kokemuksille antamaa merkitystä terveyden ja sairauden erilaisista kokemuksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 74; Kylmä & Juvakka 2007, 53.) Myös vieraskielisessä kirjallisuudessa laadullista tutkimusta kuvataan usein tieteellisenä lähestymistapana, jonka avulla saadaan yksilöllisiä elämäkokemuksia tutkimukseen osallistuvilta (Grove ym. 2013, 69). Laadullisen tutkimuksen avulla

saatu tieto auttaa ihmisiä ymmärtämään terveyttä ja laajentamaan sen pohjalta terveystieteellistä tietoperustaa sekä edistämään omaa terveyttään (Kylmä ym. 2007, 7).

Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisemassa Näytön Paikka -julkaisun (Kylmä 2003, 24 - 26) mukaan laadullisen tutkimuksen avulla pyritään jäsentämään todellisuutta ja selvittämään totuutta sekä näiden avulla tuottamaan teoreettista tietoa. Teoreettisen tiedon avulla tehty laadullinen tutkimus hyödyttää hoitotyöhön vahvasti liittyvää näyttöön perustuvaa toimintaa esimerkiksi auttamalla ymmärtämään haastateltavan ihmisen elämän todellisuutta. Laadullisen tutkimuksen avulla tuotettua teoriaa voidaan hyödyntää hoitotyön käytännössä, jonka vuoksi laadullisella tutkimuksella on tärkeä asema näyttöön perustuvassa hoitotyössä ja sen edistämisessä. Teorian merkitys korostuu laadullisessa tutkimuksessa.

Kylmän ja Jurvakan (2007, 23 - 27) mukaan induktiivinen päättely on yksi keskeisimmistä laadullisen tutkimuksen ominaispiirteistä. Induktiivinen eli aineistolähtöinen päättely etenee ensin yksittäisten tapahtumien havainnoinnista myöhemmin havaintojen yhdistämisestä laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Aineistoa pyritään tarkastelemaan monita- hoisesti ja yksityiskohtaisesti nostaten esiin merkitykselliset teemat. Usein tutkimusteh- tävät ovat vielä alussa laajoja, mutta tutkimuksen edetessä ne tarkentuvat.

## 6.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on avoimen ja strukturoidun haastattelun välimuoto, jossa haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Teemahaastattelussa tarkoituksena on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun mukaisesti, ja siinä ei voi kysyä mitä tahansa. Etukäteen valitut teemat viittaavat tutkimuksen viitekehykseen eli jo tiedettyyn tietoon tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille samat. Teemahaastattelu nimi ei sido haastattelua tiettyyn tutkimustyyppiin eli joko kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen, ja se ei myöskään ota kantaa haastattelukertojen määrään tai siihen, kuinka tarkasti aihe käsitellään. Teemahaastattelu

huomioi lisäksi sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä ja että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.) Haastattelu on ainutlaatuinen ja joustava vuorovaikutussuhde haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastateltavan rooli korostuu aktiiviseksi, hän voi tuoda avoimesti esille itseään koskevia asioita, jolloin hän luo merkityksiä tutkimuksessa. Joustavaksi haastattelun tekee se, ettei kysymyksiä tarvitse esittää siinä järjestyksessä kuin haastatteliija katsoo ne aiheelliseksi. Parhaimmillaan haastattelu on elävä vuorovaikutustilanne, jossa molemmat osapuolet voivat vaikuttaa toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2009, 204 - 205.)

Koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä uuden palvelun käyttökokemuksia avoimesti ja käyttäjälähtöisesti, teemahaastattelun valinta oli luonteva tälle opinnäytetyölle. Teemahaastattelulla saadaan parhaiten kokemuksellista tietoa käyttäjiltä. Tutkimusmenetelmien valintaa määrittelevät kysymykset kuten esimerkiksi millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 66.)

### **6.3 Kohderyhmä ja aineiston hankinta**

Opinnäytetyön aihe saatiin Assi-hankkeen projektipäälliköltä syyskuussa 2013. Marevan-omahoitopalvelun käyttöönotto käynnistyi syyskuussa 2013, jolloin Joensuussa järjestettiin ensimmäinen koulutus asiakkaille. Asiakkaat olivat etukäteen keskustelleet koulutukseen osallistumisesta sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen laatimat kriteerit koulutukseen pääseville ovat tarkat. Opinnäytetyön tekijällä oli mahdollisuus syyskuussa 2013 osallistua 11 asiakkaan kanssa kaksituntiseen koulutukseen Siilaisella. Koulutuksen lopuksi asiakkaat vastasivat antikoagulaatiohoidon ajokortin kysymyksiin ja harjoittelivat annosteluesimerkkilaskuja. Lopullisen arvion pääsystä omäsäätelyryhmään teki lääkäri. Ikäkriteeri ryhmään pääsystä on joustava. Lisäksi ryhmään pääsy edellyttää, että Marevan-hoito on jatkunut vähintään kuukauden ja INR-arvo on hoitotasolla kolmessa peräkkäisessä mittauksessa. Myös asiakkaan puolelta ryhmään osallistuminen vaatii sitoutumista omahoitoon. Asiakas sitoutuu käymään INR-laboratoriokokeessa saamansa ohjeen mukaan ja merkitsee Marevan-annostuksensa antikoagulanttihoitoon seurantakorttiin.

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat henkilöt, jotka olivat saaneet lääkäriltä luvan aloittaa Marevanin omahoitopalvelun käytön. Syyskuussa 2013 järjestettyyn koulutukseen osallistui 11 henkilöä, mutta kaikki heistä eivät saaneet lääkäriltä lupaa omahoitopalvelun käytön aloittamiseen. Haastateltavien määrän vähentyessä tekijä koki, että teemahaastattelu sopii paremmin kyselylomakkeen sijaan tähän opinnäytetyöhön. Yleisin syy siihen, miksi lupaa ei asiakkaalle annettu, oli laskutehtävien virheellisyys. Lisäkoulutusta järjestettiin myöhemmin joulukuussa 2013. Koulutukset jatkuvat edelleen sitä mukaa, kun omahoitopalvelulle saadaan uusia käyttäjiä.

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Assi-hankkeessa mukana olevan organisaation Marevan-omahoitopalvelun käyttäjät. Tutkimuslupa oli saatu hankkeen kautta, joten opinnäytetyön tekijän ei tarvinnut sitä erikseen hakea. Haastateltavien henkilöiden yhteystiedot tekijä sai Assi-hankkeen yhdyshenkilön kautta, ja haastateltavat henkilöt oli valittu niin, että tekijä saisi tietoa ja kokemuksia palvelun käytöstä mahdollisimman monipuolisesti. Haastateltavilla henkilöillä oli ollut Marevanista vuosien käyttökokemus.

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun ja etukäteen mietityn teemahaastattelurungon (liite 2) avulla. Haastatteluista tekijä sopi soittamalla haastateltaville syyskuussa 2014. Erillistä saatekirjettä tekijä ei lähettänyt haastateltaville, koska puhelinkeskustelun aikana heille kerrottiin tarvittavat tiedot. Puhelinkeskustelun yhteydessä haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön aiheesta ja tutkimustarkoituksesta sekä haastattelujen merkityksestä työlle. Haastateltavat olivat etukäteen saaneet tietää opinnäytetyöstä Assi-hankkeen yhdyshenkilöltä. Haastateltavat saivat lisäksi puhelun aikana tietää, että haastatteluiden yhteydessä tullaan keskustelemaan Marevan-omahoitopalvelun käyttökokemuksista sekä mahdollisista palvelun kehittämisideoista. Puhelinkeskusteluiden aikana tekijä korosti, että haastatteluihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan keskeyttää. Haastattelun keskeyttämisellä ei olisi vaikutusta hoidon ja palveluiden saantiin jatkossa, kuten ei myöskään Marevan-omahoitopalvelun käyttöön jatkossa. Haastateltavilta kysyttiin puheluiden aikana myös lupaa haastattelujen nauhoittamiselle, ja heille kerrottiin, että haastattelut käsitellään tuloksissa täysin anonymieinä eivätkä henkilötiedot paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Haastattelujen ajankohdat järjestyivät puheluiden aikana hyvin nopeasti haastateltavien aikatauluihin sopien.

Haastattelut, joita oli kaksi, toteutettiin syyskuussa 2014 rauhallisissa paikoissa ilman häiriötekijöitä. Ensimmäinen haastattelu sovittiin jo puhelua seuraavalle päivälle haastateltavan ollessa vielä paikkakunnalla. Koska haastattelun ajankohta oli aikainen aamupäivä, haastattelu sovittiin pidettäväksi Joensuun keskustassa sijaitsevan tavaratalon kahviossa. Haastateltava ja haastattelijat valitsivat rauhallisen pöydän, jossa olisi mahdollisimman vähän ohikulkevia ihmisiä. Ennen haastattelun alkua haastateltavat saivat tutustua teemahaastattelurunkoon, jonka pohjalta haastattelut aloitettiin rauhallisesti. Haastattelut nauhoitettiin digitaalisen tallentimen avulla, jonka toimivuuden haastateltava oli testannut vielä juuri ennen haastatteluja. Ensimmäinen haastattelu kesti 18 minuuttia.

Toinen haastattelu sovittiin pidettäväksi haastateltavan kotona hänen ehdotuksestaan. Haastattelun ajankohdaksi sovittiin ilta-aika. Ennen haastattelun alkamista haastattelijat tarkasti nauhurin toimivuuden ja tarvittavat muistiinpanovälineet kotona. Myös toinen haastattelutilanne oli rauhallinen ilman häiriötekijöitä. Paikalla oli haastateltavan puoliso, joka haastattelun ajan oli toisessa huoneessa. Haastattelijat sulki oman puhelimen ja tarkasti vielä ennen haastattelun alkua, että nauhurin paikka oli pöydällä sopiva. Toinen haastattelu kesti 49 minuuttia.

Opinnäytetyön tekijä hyödynsi toisessa haastattelussa ensimmäisen haastattelun jälkeen tekemänsä havainnot omasta toiminnastaan. Ensimmäisen haastattelun jälkeen haastateltava kirjoitti omat havaintonsa litteroinnin alkuun. Haastattelijat teki havainnon, että haastattelu eteni liiaksi apukysymysten kautta, joten hän päätti hyödyntää toisessa haastattelussa enemmän avointa keskustelua. Tekijä ei ollut aikaisemmin tehnyt haastatteluja tai tässä mittakaavassa olevaa tutkimustyötä, joten tekijän äänessä ollut jännitys oli ymmärrettävää. Molempien haastattelujen jälkeen haastattelijat kertoivat, että haastattelu-  
nauhat kirjoitetaan ensin puhtaaksi ja tuhotaan pysyvästi opinnäytetyön valmistuttua. Muita havaintoja oli haastattelijan ystävällinen ote tilanteeseen sekä haastattelun jälkeen haastatteluista kiittäminen. Haastattelujen eri mittaisuuteen vaikutti ehdottomasti käyttäjien hyvin erilaiset kokemukset Marevanin omahoitopalvelun käytöstä.

Aineiston hankinnassa haastattelijat ei käyttänyt esihaastattelua, vaan haastattelijat sai luvan haastateltavilta palata myöhemmin vielä tarkentamaan aineistoa, mikäli haastattelijat näkisi sen tarpeelliseksi työn tulosten kannalta. Opinnäytetyön aineisto koostui eri-

ikäisten, molempien sukupuolten kokemuksista. Lisäksi teemahaastattelurungon mukaisesti haastattelujen aluksi keskusteltiin yleisesti haastateltavien atk-kokemuksista ja verkonkäyttötaidoista sekä mahdollisista aikaisemmista kokemuksista sähköisestä asioinnista. Haastateltavat kertoivat lisäksi varfariinin käytön vuosina.

#### **6.4 Aineiston analysointi**

Laadullisen tutkimusaineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. Aineiston lukijalle kerrotaan luokittelun syntymisen lähtökohdat ja luokittelujen perusteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Alasuutarin (2011, 38, 43) mukaan analysoinnissa on tärkeää tarkastella aineistoa kokonaisuutena, ei pelkistää yksittäisiä havaintoja. Erot eri ihmisten tai havaintoyksiköiden välillä ovat tärkeitä laadullisessa analyysissä.

Miten aineistoa käsitellään ja tulkitaan, riippuu tutkijan valinnoista tutkimusprosessin alkuvaiheessa. Tutkimusongelmat ohjaavat menetelmien ja analyysin valintaa. Tutkimuksen ydinasiat ovat kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Analyysivaiheessa tutkijalle tulee esille, minkälaisia tuloksia hän saa ongelmiin. Saattaa myös käydä, että tutkijalle selviää analyysivaiheessa, miten ongelmat olisi oikeastaan kannattanut asettaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, ja sitä voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysia voidaan pitää sekä yksittäisenä metodina että väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan myös liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, ja analyysin tarkoitus on tehdä sanallinen ja tarkka kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysilla on tarkoitus järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analysoinnin pyrkimyksenä on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta yritetään tehdä mielekästä, selkeää ja yhtenäistä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91 - 108.)

Laadullisen tutkimuksen tallennettu aineisto (esimerkiksi nauhurilla tallennettu) on sopivaa kirjoittaa puhtaaksi sana sanalta, toisin sanoen litteroida aineisto. Litterointi voidaan tehdä joko koko aineistosta tai esimerkiksi vain tema-alueiden mukaisesti. Ennen



litterointia on kuitenkin syytä tietää, minkälaista analyysia aineistosta aiotaan tehdä. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.). Aineiston analysoinnissa on hyödyllistä tarkastella aineistoa puhe-, toiminta- tai tekstinäytteinä, jolloin näiden rakenteiden tutkimisella saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin (Alasuutari 2011, 205).

Ensin tämän opinnäytetyön koko haastatteluaineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta litteroimalla. Litterointiin kului haastattelun kestosta riippuen 1-2 tuntia, ja litteroitua haastatteluaineistoa kertyi 13 sivua tekstinkäsittelyohjelmalla (Times New Roman, kirjainkoko 12, rivinväli 1). Haastattelija suoritti litteroinnin heti haastattelujen jälkeen tekstinkäsittelyohjelmalla.

## 6.5 Teemoittelu

Teemoittelu on sopiva etenemistapa teemahaastatteluaineiston analysoinnissa. Teemahaastattelurungon teemojen lisäksi aineistosta voi löytyä uusiakin teemoja. Teemoittelulle on myös tyypillistä, että teemojen käsittelyn yhteydessä tulososiossa esitetään suoria lainauksia aineistosta, sitaatteja. Näiden sitaattien tarkoituksena on antaa havainnollistavia esimerkkejä aineistosta samalla todistaen aineiston olemassaoloa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 173) mukaan teemoittelulla tarkoitetaan yleensä, että aineiston analysointivaiheessa aineistosta nousee esiin tunnusmerkkejä, jotka ovat yhteisiä haastateltaville. Esiin nousseet tunnusmerkit pohjautuvat teemahaastattelun teemoihin, ja ainakin lähtökohtateemat nousevat analysoinnissa esille. Analyysista esiin nousseet teemat pohjautuvat haastattelijan tulkintoihin.

Tämän opinnäytetyön aineisto analysointiin teemoittelun (liite 3) avulla. Etukäteen mietityt tutkimustehtävät ohjasivat teemoittelun rakennetta, ja haastattelujen aineisto jaettiin niiden mukaisiin teema-alueisiin. Teema-alueet jaettiin alateemoihin, jonka tuloksena haastatteluaineistosta muodostettiin kahdeksan teemaa. Teemojen alle saatujen alateemojen määrä vaihteli tutkimuskysymyksittäin. Näistä muodostui yhteensä 23 alateemaa (liite 4). Ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastauksista muodostui neljä teemaa, jotka olivat asiakassegmentointi, omahoitopalvelun käyttökokemukset, terveydenedistäminen sekä koulutuksen merkitys palvelun käyttöönotossa. Näiden neljän teeman alle muodostui 11 alateemaa (liite 4). Toisen tutkimuskysymyksen vastauksista muodostui kolme

teemaa, jotka olivat terveydenhuollon ammattilaisen rooli omahoitopalvelussa, koulutuksessa saadun kirjallisen materiaalin merkitys sekä vastuun ottaminen omasta hoidosta. Alateemoja näiden teemojen alle muodostui viisi. Kolmannen tutkimuskysymyksen vastauksista muodostui kaksi teemaa: toiveet palvelun kehittämiseen asiakkaan näkökulmasta sekä sähköisen palvelun odotukset asiakkaan näkökulmasta.

Samojen vastausten antamaa tietoa hyödynnettiin useammassa teemassa. Esimerkiksi asiakassegmentointia hyödynnettiin ensimmäisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen vastauksissa, vaikka varsinaisesti asiakassegmentointi tuloksena kohdistui ensimmäisen tutkimuskysymyksen alle. Lisäksi terveydenedistäminen- ja koulutuksen merkitys - vastauksia hyödynnettiin ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen vastauksissa.

## **7 Tutkimustulokset**

### **7.1 Marevan-omahoitopalvelun käyttöönotto**

Opinnäytetyön ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää, miten asiakkaat kokivat uuden Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton ja käytön. Haastateltavat saivat omin sanoin avoimesti kertoa omahoitopalvelun koulutuksesta, palvelun käyttöönotosta sekä palvelun käyttökokemuksista. Haastatteluista esiin nousivat selkeästi neljä käyttöönottoon ja käyttöön liittyvää teemaa. Teemat olivat asiakassegmentointi, omahoitopalvelun käyttökokemukset, terveydenedistäminen sekä koulutuksen merkitys omahoitopalvelun käyttöönotossa. (liite 4.)

Asiakassegmentointi kuuluu vahvasti myös terveydenhuoltoon. Asiakkaiden segmentoinnilla voidaan tehokkaammin kohdistaa sähköisiä palveluita juuri oikeanlaisille käyttäjille heidän yksilöllisen tarpeensa mukaan. Yleisimmin segmentointi tehdään iän mukaan, mutta Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton harkintavaiheessa ei mahdollisille tuleville käyttäjille määritellä mitään tiettyä ikää. (liite 4.)

Asiakkaalla on oltava riittävä osaaminen sähköiseen asiointiin. Haastatteluista kävi ilmi, että haastateltavilla oli vuosien käyttökokemus sähköisestä asioinnista niin työ- kuin

yksityiselämästä. Tottunut tiedonhankkija ja -lähettäjä ei kokenut palvelua haastavaksi, vaan palvelun helppous sai kiitosta osakseen. Sähköisten palveluiden vuosien käyttökokemuksen kautta hankittu rohkeus käyttää erilaisia palveluita vahvisti haastateltavien uskoa palveluun. Matemaattista päättelykykyä testataan jo omahoitopalvelun koulutuksessa, mutta haastatteluissa tuli ilmi, että annostelun säätely on helpompaa matemaattisesti lahjakkaammalle henkilölle. (liite 4.)

”..jos kellään ei ole minkäänlaisia ongelmia esim. käytön suhteen, niin hänelle se palvelu sopii..jos loogisesti tarvitsee päätellä asioita..” (Haastattelu 1)

..”riippuu tosiaan, että miten on matemaattinen, tietokoneita käyttänyt..taustasta paljon kiinni..”(Haastattelu 1)

..”joku vaatii tuplakoulutuksen tai kertausta ja joku omaksuu sen hyvin nopeasti..” (Haastattelu 1)

Omahoitopalvelun käyttöönotto aloitettiin heti lääkäriltä saadun luvan jälkeen. Haastateltavilla oli reilun puoli vuoden käyttökokemus palvelusta haastatteluajankohtina. Palvelun käyttö koettiin helppona, sillä haastateltavilla oli jo ennestään kokemusta sähköisestä terveystalvasta, Medinetistä. Haastateltavat tarkistivat INR-arvonsa yleensä heti laboratorionkoetta seuraavana päivänä. Palvelun käyttö oli luontevaa eikä INR-arvon tarkistukseen mennyt kauan aikaa. Haastateltavat merkitsivät INR-arvot Marevan-seurantakorttiin sähköisestä palvelusta huolimatta. (liite 4.)

..”tietokoneen avaus ja sinne meno vain..”(Haastattelu 1)

..”tykkään, että se on siellä samana päivänä, niin tuota ehkä seuraavana päivänä oon kattonut onko se siellä..”(Haastattelu 2)

Haastattelujen yhteydessä käyttökokemuksista keskustellessa kävi ilmi, ettei INR-arvo ollut välttämättä heti seuraavana päivänä tarkistettavissa Medinet-palvelusta. Haastatteluista tuli myös esille, että Marevan-viikkoannos oli jo määritelty asiakkaan puolesta. Haastateltava koki tämän luottamuksen puuttumisena. Haastateltava kertoi ottaneensa

asian puheeksi useita kertoja sairaanhoitajan kanssa ja tieto asiakkaalle myönnetystä omasääteilyluvasta luvattiin tallentaa Medinetiin. Omahoitopalveluun siirryttäessä onkin tärkeää sopia toimintatavat niin asiakkaan kuin terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Asiakkaan kokemana se, että määrittely oli tehty hänen puolestaan, oli ikävää. (liite 4.)

..”...tätä on kuitenkin nyt niin lyhyt aika vasta ollut, noin puolisen vuotta ja siitäkin kun ei ole toteutunut tämä itsemäärittely..(Haastattelu 2)

..” mutta se ei oikeestaan ole toiminut ollenkaan eli sitä että aina joku hoitaja ehti määrittää sitä, eli kun se inr ilmesty sinne nettiin, niin se oli jo määritelty se annos sinne..(Haastattelu 2)

..”eikö minnuun luoteta, että mie pystyisin sen ite määrittämään..(Haastattelu 2)

Oman terveyden edistämisen molemmat haastateltavat kokivat tärkeänä. Palvelun käytölle saatu lupa sitoutti heidät hoitamaan omaa terveyttään paremmin. Molemmat ottivat omahoitopalvelun avoimesti vastaan, ja omahoitopalvelu koettiin yksinkertaisena. Palvelun käytössä ei voi epäonnistua; apua oli aina saatavilla, kun olo oli vähänkään epävarma. Kun vastuu siirtyi asiakkaalle ja he näkivät arvojen muutoksen heti, se sai heidät syventymään hoitoon. Haastateltavat seurasivat entistä enemmän, miksi arvo vaihtelee: mitä he tekivät tai söivät – he miettivät enemmän, miten pitävät terveydestään huolta. (liite 4.)

..” no kiinnitän mie tietysti siihen nähden, ruokavalion johdonmukaisuuteen ja sitten just, että alkoholia en ole viime vuosina paljoakaan käyttänyt muuta kuin niissä rajoissa, mitä saa ottaa..” (Haastattelu 1)

Koulutuksen merkitys omahoitopalvelun käyttöönotossa on tärkeää. Haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa koulutukseen. Asiakkaan valmiudet selviytyä annostelusta testataan antikoagulaatiohoidon ajokortin koulutuksessa. Asiakkaalta tämä edellyttää uuden oppimista sekä aiemmin opitun annostelutavan unohtamista. Vanhasta pois oppiminen on vaikeaa Marevania vuosikymmeniä käyttäneelle. Matemaattiset valmiudet vaikuttavat suoraan annostelulaskujen ratkaisukykyyn. Toinen haastateltava kertoi, että

ensimmäiset laskutehtävät eivät menneet läpi oikein, jolloin hänen oli käytävä kertauskoulutus. Aikaisemmat tablettimäärän muutoksen sijaan laskutoimituksissa oli laskettava prosentuaalista muutosta viikkoannokseen. (liite 4.)

..”olin tottunut siihen, että lasken sen niin, että jos poikkeaa joko yli tai ali hoitotasapainon, niin sitä vain puolella tabletilla suuntaan tai toiseen muutetaan. tässä opetettiin että viikkoannoksesta se 10 % joka pitää sitten korjata..”(Haastattelu 2)

## **7.2 Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton tuki**

Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää, millaista tukea asiakas tarvitsi Marevan-omahoitopalvelun käyttöönoton aloituksessa. Terveystieteiden ammattilaisen rooli nousi haastatteluissa voimakkaimmin esille. Muita käyttöönoton tukeen liittyviä teemoja olivat koulutuksesta saadun kirjallisen materiaalin merkitys sekä vastuun ottaminen omasta hoidosta. (liite 4.)

Terveystieteiden ammattilaisen rooli omahoitopalvelussa on tukea palvelun käyttäjää eri tilanteissa. Haastateltavat kertoivat eri tilanteista, jolloin he olivat tarvinneet terveystieteiden ammattilaisen tukea ja apua omahoitopalvelun käyttöönotossa ja käytössä. Haastatteluista tuli esille, että henkilökohtaisen tuen tarve vaihtelee ja lisäksi tuen tarve on voimakkaasti sidonnainen käyttäjän senhetkiseen elämäntilanteeseen. Vakaassa Marevan-hoitotasapainossa ei välttämättä tarvita yhteydenottoa sairaanhoitajaan tai lääkäriin, mutta hoitotasapainon epävakaassa tilanteessa varmistusta haettiin sairaanhoitajalta. (liite 4.)

Haastateltavat toivat esille vahvan tietotaitonsa, eivätkä he välttämättä tarvinneet yhteydenottoa enää niin useasti sairaanhoitajaan, kun he itse olivat tietoisia esimerkiksi säännöllisen ruokatottumuksen muutoksen vaikutuksesta INR-arvoon. Haastateltavilla oli ollut lääkitys jo pitkään, ja he tiesivät jo entuudestaan, mistä arvojen heittäly voi johtua. Lisäksi haastateltavat kertoivat tarvinneensa tukea lähinnä varmistaessaan Marevan-annostuksen muuttamista hammaslääkärin toimenpidettä varten tai muiden lääkkeiden mahdollista vaikutusta INR-arvoon. (liite 4.)

..”käytännössä mulla väheni, en mä ollut kuin kerran yhteydessä koko aikana, se oli hammaslääkärinä varten..” (Haastattelu 1)

..”lääkkeellä on kuulemma se, että se voi heittää inrin jonnekin korkeuksiin eli halusin varmistua siitä, että syön oikeanlaista annosta, soitin sitten hoitajalle aina kun tämä määriteltiin pari viikkoa eteenpäin..”(Haastattelu 2)

Omahoitopalvelun käyttäjä ei jäänyt yksin. Haastatteluista selvisi, että moniammatillista tukea saa tarvittaessa. Jo tietoisuus siitä, ettei palvelun käyttäjä ole yksin, riittää. Asiakkaan hoitotiimiin voi kuulua sairaanhoitajan ja lääkärin lisäksi myös muita terveydenhuollon ammattilaisia, kuten farmaseutti apteekissa. Haastateltavat ovat aktiivisia ja oma-aloitteisia tiedon hankkijoita; apua sai tarvittaessa esimerkiksi apteekista aloitettaessa uutta lääkettä Marevanin rinnalle. (liite 4.)

..”kun menee apteekista hakemaan lääkettä, niin farmaseutinkin kanssa voi keskustella näistä ..”(Haastattelu 2)

”...toki sitten lääkärin kanssa on puhuttu, että käy sitten vaikka tiheystyksi inrkontrolleissa, kun on aloittanut uuden lääkkeen..”(Haastattelu 2)

Koulutuksesta saatua kirjallista materiaalia pidettiin selkeänä ja riittävänä. Materiaalista oli haastateltavien mielestä helppo tarkistaa ja varmistaa niissä tilanteissa, joissa ei välttämättä tarvinnut yhteydenottoa sairaanhoitajaan. (liite 4.)

..”onhan siinä tietysti selkeät ohjeet palveluun, jos tarvitsee..” (Haastattelu 1)

..”jäihän siitä hyvä aineisto, mistä voi tarkistaa joitakin asioita esim. määrättyt lääkkeet tai muita vastaavia tilanteita, joissa pitää tarkistaa..”(Haastattelu 1)

..” ne selkeet ohjeet, mutta sitten jos on jotain esim. lääkaineisiin liittyviä juttuja, niin ne pitää sitten erikseen tarkistaa...”(Haastattelu 1)

Omahoitopalveluun siirtyminen vaatii käyttäjältä sekä sitoutumista omaan hoitoon että vastuun ottamista siitä. Annettu lupa omahoitopalvelun käyttöön toi haastateltavalle tunteen siitä, että häneen luotetaan, vaikkakin myöhemmin palvelun käytössä ilmeni epäselvyyksiä annostuksen määrittelystä. Luottamuksen tunne lisää vastuun ottamista omasta hoidosta, asiakkaan vastuu omasta hoidosta lisääntyi. (liite 4.)

..”no ehkä tuli sellainen tunne, että minuun luotetaan sillai siinä että toki ainahan potilas on viime kädessä vastuussa siitä että noudattaako annettuja ohjeita...”(Haastattelu 2)

### **7.3 Marevan-omahoitopalvelun kehittäminen**

Opinnäytetyön kolmantena tutkimustehtävänä oli selvittää, miten haastateltavat kehittäisivät heidän näkökulmastaan Marevan-omahoitopalvelun käyttöönottoa. Lisäksi oli tärkeää saada palautetta omahoitopalvelun sekä hyvin että huonosti toimivista osista palvelun kehittämistä varten. Haastattelujen perusteella tutkimuskysymyksen vastauksista löytyi selkeästi kaksi teemaa, joista toinen oli toiveet asiakkaan näkökulmasta palvelun kehittämiseen. Toinen selkeästi esiin tullut teema oli sähköisen palvelun odotukset asiakkaan näkökulmasta. (liite 4.)

Haastattelujen perusteella palvelu koettiin monelta osin hyödylliseksi. Asiakkaan ei tarvinnut jonottaa enää puhelimesta saadakseen Marevan-annostuksensa, vaan hän pystyi määrittelemään annostuksensa itse. Näin ollen asiakkaan asiointi terveydenhuollossa oli muuttunut entistä sujuvammaksi. Annosteluun liittyen haastateltavat toivat esille, että annostuksen voisi tallentaa myös Medinettiin. Tällä hetkellä haastateltavat tallentavat lääkeannokset pahviseen Marevan-seurantakorttiin, mutta itse he eivät pääse merkitsemään viikkoannostustaan Medinettiin toisin kuin terveydenhuollon ammattilainen. Pahvisen kortin häviäminen tuo riskin asiakkaan Marevan-hoitoon. Toisaalta asiakas näkee kortista helposti, mihin suuntaan INR on muuttumassa ja osaa tällä tavoin kiinnittää tarkempaa huomiota esimerkiksi ruokavalioon. Lisäksi haastateltavat ovat tottuneet mer-

kitsemään hoitokorttiin, jos hoidon aikana tulee unohduksia, sairauksia tai muita lääkytyksiä. (liite 4.)

..”merkataan nämä itsemääritellyt annokset tähän pahviseen korttiin, että ei ite merkata sinne medinettiin, niin musta se on tavallaan ongelmallista, että jos multa häviää tämä kortti..(Haastattelu 2)

..”mie pystyisin ite merkkamaan ne annokset medinettiin, ois vaikka omilla väreillä ne potilaan omat määritykset..”(Haastattelu 2)

Sähköisten palveluiden osalta palvelun käyttötuki korostuu ei-kiireettömissä tilanteissa. Sähköistä yhteydenottopyyntöä toivottiin, jolloin asiakas voisi jättää soittopyynnön ollessaan jo kirjautuneena Medinettiin. Myös keskusteluyhteyden, niin sanotun chat-pohjaisen keskustelun puuttuminen havaittiin. Haastateltava toi esille, että olisi helppoa kertoa INR-arvon vaihtelun syyt sähköistä viestintää käyttäen, jolloin nopeita ja lyhyitä kysymyksiä voisi esittää ja niihin kommentoida. (liite 4.)

Sähköisiin palveluihin liittyy vahvasti asiakkaiden odotuksia. Usein sähköiset palvelut mielletään 24/7 avoinna oleviksi palveluiksi. Tällöin myös odotukset käytön tuelle ovat korkealla niin sanotun normaalin virka-ajan ulkopuolella. Haastatteluissa tuli esille reaaliaikaisen palvelun tuen tarve. Epäselvissä tilanteissa toivottiin suoraa yhteysnumeroa yhteyshenkilölle, jolle pystyisi suoraan soittamaan jonottamatta terveyskeskuksen palvelunumeron kautta. Toisaalta hoitajan saa siis tarvittaessa entistä helpommin kiinni, kun hoitajaohjauksen puhelinsoitot vähenevät, mutta tämä on vasta tulevaisuutta. Medinetin omahoitopalvelun käyttäjäkunta on vähäinen verrattuna koko Pohjois-Karjalan varfariinikäyttäjiin. (liite 4.)

..”ehkä suoraa numeroa jollekin, päiväsaikaan, joku yhteyshenkilö, jolle pystyisi suoraan soittamaan..”(Haastattelu 2)

..”ehkä ei 24/7 systeemiä, vaan 8-16 aikaan, kunhan jonkun kiinni saa...” (Haastattelu 1).



Esimerkkinä asiakkaiden odotuksista haastateltava toi esille odotuksen INR-kestolähetteen automaatiosta. Valveutuneena käyttäjänä haastateltava kertoi, ettei kesto-lähete ole varsinaisesti kesto-lähete. Kun hoitaja terveystieteiden keskuksessa on kuitannut INR-arvon katsotuksi, hän tekee seuraavan INR-lähetteen laboratorioon. Asiakkaalle tämä välivaihe ei välttämättä näy millään tavalla palvelun käytössä, mutta toisessa haastattelussa tuli esille, että kesto-lähete oli kerran puuttunut asiakkaan ollessa menossa verikokeeseen. (liite 4.)

”semmonen kesto-lähete, mutta periaatteessahan sehän ei ole kesto-lähete, että se vaan aina silloin kun hoitaja kuittaa katsotuksi sen inrin, niin hän tekee seuraavan lähetteen..”(Haastattelu 2)

Sähköisen palvelun käyttäjä odottaa monesti reaaliaikaista palvelua ilman välikäsiä. Haastatteluista kävi ilmi, että haastateltavat tarkistavat INR-arvonsa Medinetistä verikokeen ottopäivänä tai heti seuraavana päivänä. Pitkiä viiveitä toivottiin olevan mahdollisimman vähän, toisin sanoen palvelun toivottiin olevan reaaliaikainen. Haastatteluissa mietittiin myös, toimisiko palvelu myös niin, että yksi välikäsi (sairaanhoitaja) jäisi asiakkaan hoitoketjusta pois. Tällöin sairaanhoitaja ei kuittaisi INR-arvoa nähdyksi, vaan laboratorioissa arvo pystyttäisiin laittamaan suoraan asiakkaan nähtäväksi. Omahoitopalvelun käyttäjät ovat sitoutuneita palvelun käyttöön ja tietävät, kuinka toimia suurisakin INR-arvon vaihteluissa. (liite 4.)

..”että se ei kiertäis enää sieltä hoitajan kautta ollenkaan, että kun se siellä laboratorioissa määritellään että se tulis mulle heti tietoon..”(Haastattelu 2)

..” se lähete, että olisi aina valmiina, että se muodostuisi automaattisesti ja se inr-vastaus, että se tulisi mahdollisimman reaaliajassa, ei pitkällä viiveellä..”(Haastattelu 2)

Haastattelujen perusteella omahoitopalvelulta odotettiin myös reaaliaikaista sähköistä viestintää. Sähköisessä palvelussa odotettiin olevan reaaliaikainen keskusteluyhteys, jossa hoitajan kanssa voisi keskustella, esittää nopeita kysymyksiä sekä kommentoida esimerkiksi käyttäjän INR-arvon vaihteluita. Keskusteluyhteyden odotettiin kuuluvan luontevasti sähköisen palvelun ominaisuuksiin. Reaaliaikaista sähköistä viestintää pidet-

tiin yleensäkin luontevana ja luotettavana; olihan käyttäjä kirjautunut Medinetiin omilla tunnuksillaan. Sähköisen keskusteluyhteyden myötä asiakkaan ei tarvitsisi jonottaa puhelimesta terveyskeskukseen. (liite 4.)

..” se tässä ois helppoo, jos pystys jos on joku häiriötilanne, niin pystys kertomaan itse mistä se johtuu..että onko jotain..ennen verinäytteen antoa, että onko syyt jotain eri tavalla tai vaikka käyttänyt jotain muuta lääkettä, miksi inr heittelee..”(Haastattelu 1)

..”pääsis kertomaan että nämä ja nämä ovat ne syyt..netin kautta, ettei tarvitse enää lähteä jonottelemaan..”(Haastattelu 1)

..”kysymyksen laittaja odottaa että vastaus tulee, eikä tarvitse enää erikseen soittaa ja kysellä ja pyytää vastausta..”(Haastattelu 1)

## 8 Tulosten tarkastelu

Tulosten perusteella tärkeimmäksi havainnoksi nousi asiakkaiden segmentoinnin merkitys. Koulutus- tai työtaustoiltaan hyvin erilaiset käyttäjät tulevat tarvitsemaan erilaista omakohtaista ohjausta. Tutkimuksesta saadut tulokset antavat sähköisen asioinnin hankkeelle vahvistusta siihen, että asiakassegmentointiin tulee kiinnittää enemmän huomiota. Omahoito ja sähköinen asiointi eivät sovi kaikille. Tässä huolellisesti suunniteltu ja tehty asiakassegmentointi auttavat niin käyttäjiä kuin terveydenhuollon ammattilaisia saamaan suurimman mahdollisimman hyödyn. Oikeat palvelut oikeaan aikaan – teema pätee myös tässä asiassa. Lisäksi käyttäjien näkemyksiä tulee hyödyntää asiakaslähtöisesti palveluita kehittäessä. Näkemysten hyödyntäminen tulisi olla jatkuvaa.

Toimintaympäristönä Medinet oli molemmille vastaajille tuttu, joten uuden omahoitopalvelun käyttö oli sujuvaa. Aikaisemmat kokemukset erilaisista sähköisistä palveluista olivat vastaajille hyödyksi uuden omahoitopalvelun käyttötossa ja käytön sujuvuudessa. Vastauksissa kävi ilmi, että molemmat haastateltavat ovat tottuneita ja aktiivisia tiedon hankkijoita verkosta. Hoidon ollessa hoitotasapainossa haastateltavat välttyivät pit-

kiltä odotusajoilta puhelimesta saadakseen seuraavien viikkojen Marevan-annostuksen. Haastateltavien asiointi terveydenhuollon palveluissa helpottui, koska he pystyivät tarkistamaan INR-arvon Medinetin kautta. Marevan-lääkkeenä oli molemmille haastateltaville tuttu, eikä lääkkeen käytössä ollut teoriaosuudessa kerrottuja mahdollisia ongelmatilanteita. Haastattelujen sisältöjen pääpaino pysyi sähköisissä palveluissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2011 julkaiseman Sosiaali- ja terveystieteiden sähköisen asioinnin hankkeen Suomessa 2010 -raportin mukaan uusien sähköisten palveluiden käyttö edellyttää kansalaisilta saatuja näkemyksiä ja kokemuksia palveluiden toimivuudesta. Pelkkä palaute palvelun toimivuudesta ei riitä, vaan käyttäjiä tulisi ottaa mukaan jo palveluiden suunnitteluvaiheessa. Käyttäjiltä saadun palautteen merkitys korostuu terveydenhuollon sähköisten palveluiden kehittämisessä. Opinnäytetyön tulokset ovat merkityksellisiä toimeksiantajalle ja sitä kautta sähköisten palveluiden kehittämiseksi Pohjois-Karjalassa.

Sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiointipalveluiden tavoitteena on tukea kansalaisten omaa terveydenhallintaa, ja tämän opinnäytetyön haastattelut vahvistivat tätä ennestään. Omaa terveydenedistämistä pidettiin tärkeänä ja suuremman vastuun ottaminen omasta hoidosta lisäsi sitä. Vastuun ottaminen oman sairauden hoidosta on nykypäivää.

Routasalon ja Pitkälän (2009, 9) mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on valmentajana tukea, kannustaa ja rohkaista potilasta valinnoissaan omahoitoon siirryttäessä sekä antaa hoidon suunnitteluun oma ammatillinen tietotaito. Tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaista tarvitaan tukemaan asiakasta omahoitopalvelun käyttöön liittyvissä epäselvissä tilanteissa. Jo monesti tieto siitä, että tuki on tarvittaessa puhelinsoiton päässä, riittää asiakkaalle. Terveydenhuollon ammattilainen tuo omalla ammattitaidollaan lisätukea asiakkaalle hänen oman terveyden ja sairauden hallinnassa sekä omahoidon tukemisessa. Omahoitopalvelun käyttö on tiimityötä, tarvittaessa myös moniammatillista.

Sähköinen omahoitopalvelu tuo lisäksi antikoagulaatiohoitoon lääkehoidon näkökulmasta turvallisuutta. Aikaisemmin asiakkaat kirjasiivat puhelimitse saadun annostuksen Marevan-seurantakorttiin, ja vaikka kirjaamisessa ei haastattelujen perusteella ollutkaan

tapahtunut virheitä, on virheiden ja kuullun ymmärtämisen virheellisyys kuitenkin olemassa. Omahoitopalvelussa INR-arvo ilmoitetaan sähköisesti Medinetissä, jossa se on asiakkaiden saatavilla lähes reaaliajassa.

Sähköisten palveluiden käytössä tulee ottaa huomioon hyvä tietoturva sekä mahdollinen internetin kaatuminen. Kuten toisessa haastattelussa haastateltava toikin hyvän näkökulman esille – *entä jos internet kaatuu ja kaikki terveystiedot ovat siellä? Kukaan ei tiedä millaisella annostuksella hän Marevania käyttää.* Tiedon olemassaolon varmistamiseksi Marevan-käyttäjä kirjaa INR-arvon ja annostuksen edelleen mukana kulkevaan Marevanin seurantakorttiin, kuin turvana. Palvelun kehittämiseen asiakkaan näkökulmasta toivottiin kuitenkin annostuksen merkitsemistä sähköisesti myös Medinetiin.

Sähköisten palveluiden kehittämisessä tarvitaan kansalaisia ja heidän kokemuksiaan palveluista. Maakunnallisesti tämä on otettu huomioon kokoamalla Sote-asiakasraati. Raati on kokoontunut Joensuussa ensimmäisen kerran lokakuussa 2014 Assi-hankkeen aikana. Asiakasraati kehittää palveluja yhdessä asiakkaiden kanssa. Joensuussa raadin tarkasteltavat sähköiset palvelut ovat tulevaisuudessa keskeisessä roolissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuurin uudistamisessa. Asiakasraadissa on mukana Joensuun kaupungin konsernihallinnon ja sosiaali- ja terveyskeskuksen viranhaltijoita, joiden kanssa raatilaisten on mahdollista vaihtaa ajatuksia. Lisäksi raatilaisten on mahdollisuus kertoa omia käyttäjäkokemuksia ja esittää kehittämisideoita. (Pohjois-Karjala Info 2014.)

Palvelumuotona Marevan omahoitopalvelu on uusi, eikä Suomessa ole vielä tutkimuksia tehty käyttäjien kokemuksista. Metropolia-ammattikorkeakoulu on tuottanut useita opinnäytetöitä Marevan-omahoitopalveluun liittyen. Näissä opinnäytetöissä on selvitetty muun muassa potilaiden kokemuksia varfariinin potilasohjauksesta, varfariinin omahoitoon siirtyneiden potilaiden kokemuksia vastuunotosta sekä selviytymisestä sekä antikoagulaatiohoidon omahoito-koulutuksen saaneiden tiedontarpeesta koulutuksen jälkeen.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset eivät ole laajasti yleistettävissä. Opinnäytetyössä haastateltiin kahta Marevanin käyttäjää, ja työn tuloksissa käsitellään heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan uuden sähköisen palvelun käytöstä. Kuten jo aikaisemmin

on todettu luvussa 6.1 Laadullinen tutkimus, on laadullisen tutkimuksen laatu tärkeämpää kuin määrä. Palvelun kehittämisen kannalta asiakkaiden kokemukset ovat kehittämistyön perusta, ja jokaisen käyttäjän palaute on arvokas, ainutlaatuinen.

## 8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen. Sisäinen etiikka viittaa kyseessä olevan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen, jolloin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen kriittisyys vaatii omien perusteiden ja toimintatapojen tarkastelua erialaisista näkökulmista sekä lukuisia valinta- ja päätöksentekotilanteita tutkimuksen eri vaiheissa. Ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee sitä, kuinka alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja kuinka asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211 – 212; Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Opinnäytetyön eettisyyttä ohjaa hyvän ja perusteellisen suunnitelman lisäksi lainsäädäntö (Kylmä & Juvakka 2007, 139). Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaan vastuu hyvän tieteellisen käytännön toteutumisesta on opiskelijalla itsellään ja tekemällä opinnäytetyötä opiskelija on sitoutunut noudattamaan ammattikorkeakoululain (351/2003) lisäksi myös Karelia-ammattikorkeakoulun tutkintosäännön eettisiä ohjeita ja määräyksiä (Karelia-ammattikorkeakoulu 2014, 32). Opinnäytetyön eettisyyttä on myös tutkimusluvan hankkiminen. Tätä opinnäytetyötä varten tekijä ei tarvinnut erillistä tutkimuslupaa, koska Assi-hankkeella oli jo tutkimuslupa hankkeen puolesta.

Käytettäessä haastatteluteksteistä poimittuja lainauksia on tutkijan varmistettava etiikan näkökulmasta, ettei haastatteluun osallistuja ole tunnistettavissa esimerkiksi murreilmauksien perusteella. On suositeltavaa, että alkuperäislainaukset kuvataan yleiskielelle muokattuina. Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. On tärkeää tuoda esille, kuinka aineistoa säilytetään ja kuinka tulokset julkaistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198, 219.)

Lisäksi eettisyyttä kuvaa tässä opinnäytetyössä se, ettei yksittäistä haastateltavaa henkilöä voi identifioida ja jokaisella haastatteluun osallistuvalla on ollut oikeus perua haastattelu ilman mitään seuraamuksia potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista, ja haastateltavat olivat antaneet luvan haastattelujen nauhoittamiseen. Haastattelun nauhat tuhottiin analysoinnin jälkeen. Lisäksi tekijä korosti pysyvää vaitiolovelvollisuutta sekä opinnäytetyön aikana että sen jälkeen.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien eettisten periaatteiden mukaan yksityisyyden suoja ja tietosuojat nousevat yhdeksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä periaatteista itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen sekä vahingoittamisen välttämisen lisäksi. Myös Suomen perustuslain mukaan yksityisyyden suoja kuuluu suojattuihin oikeuksiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.)

Laadullisessa tutkimuksessa eettisyyden periaatteiden noudattaminen on tärkeää. Hoitotyön periaatteista ihmislähtöisyys korostuu laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksessa ollaan läheisesti tekemisissä ihmisten kanssa, ja varsinkin haastattelutilanteet voivat olla hyvin henkilökohtaisia. (Kylmä ym. 2007, 20.)

Opinnäytetyön tulosten raportointivaiheessa tekijä raportoi tuloksensa ominaan niin, että vastaajien anonymisyys säilyy. Tekijä on itse vastuussa opinnäytetyöstä ja tutkimustuloksista. Toisin sanoen tekijän on tiedettävä, mitä tutkii ja miten tutkii. Toisten tutkimusten tulokset käsitellään ominaan.

## **8.2 Opinnäytetyön luotettavuus**

Tutkimuksissa pyritään siihen, ettei virheitä synny. Huolellisuudesta ja tarkkuudesta huolimatta tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys kuitenkin vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden tarkastelussa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimusmenetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tutkimuksissa käytetyllä termillä reliäabelius tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Esimerkiksi silloin, kun samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja päädytään samaan tulokseen, voidaan saadut tulokset todeta reliäabeleiksi. Tutkimuksen validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Aina kuitenkin mittarit ja tutkimusmenetelmät eivät vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeisiin vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia oman näkökulmansa mukaisesti, tällöin tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 - 232.)

Tutkijan tarkkasanainen selvitys tutkimuksen toteuttamisesta ja sen kaikista vaiheista kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimukseen osallistuville tulee kertoa aineiston tuottamisen olosuhteet selkeästi ja totuudenmukaisesti. Esimerkiksi haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa kerrotaan tarkasti tutkittavan aineiston keräyksen olosuhteista ja paikoista. Lisäksi kerrotaan myös haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, haastattelun virhetulkinnat sekä tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Ensimmäisessä haastattelussa paikkana oli tavaratalon kahvio. Kokemattomana tutkimuksen tekijänä haastattelijä ei ajatellut paikan olevan epäsopeva, koska haastateltava ehdotti paikkaa paikkakunnalta lähden vuoksi. On totta, että paikalle olisi voinut saapua haastateltavan tai haastattelijan tuttava, jolloin haastattelu olisi häiriintynyt. Ajankohta oli aamupäivä, jolloin ympäristö oli rauhallinen. Lisäksi ympäristöstä valittiin sijainniltaan rauhallisin pöytä mahdollisten häiriötekijöiden välttämiseksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus pyritään varmistamaan esittämällä raporteissa suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä. Näin annetaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua. Aineiston lainausten lukumäärää ja laajuutta ei ole erikseen määritelty, vaan jokainen tutkija ratkaisee sen tutkimuksessaan erikseen. Lainaus-ten ei tulisi kuitenkaan olla pitkiä, sillä se voi kertoa jäsentymättömästä analyysistä. Voidaan todeta, että laadullisessa tutkimuksessa ja sen raportoinnissa tiettyjen perusasioiden on oltava selvillä ja niiden mukaisten tulkintojen on oltava raportissa selvästi luetavissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 198.)

Opinnäytetyön tekijä mietti koko opinnäytetyöprosessin ajan työn luotettavuutta pohtimalla aineiston riittävyyttä haastattelujen määrään nähden. Toimeksiantajan puolelta kuitenkin vakuutettiin, että aineisto oli riittävä. Lisäksi tekijä piti tärkeänä vastaajien anonyymisuutta, olivathan käyttökokemukset erilaiset jo lähtökohdiltaan. Luokittelun ja teemoittelun yhteydessä tekijä huolehti, etteivät vastaajat paljastu eikä heitä pysty tunnistamaan vastausten perusteella. Opinnäytetyön aineisto käsiteltiin huolellisesti, eikä aineistoa nähnyt missään työn vaiheessa muut kuin tekijä ja ohjaaja.

### **8.3 Opinnäytetyön oppimisprosessi**

Tutkinto-opinnoissa tekijä on perehtynyt ensimmäisenä lukukautena antikoagulaatiohoitoon ja potilasohjaukseen sisätautipotilaan hoitotyön sekä lääkehoidon perusteet -kursseilla. Lisäksi opinnäytetyön tekijä on opintoihin kuuluvien harjoittelujen aikana kohdannut potilaita, jotka ovat varfariinin käyttäjiä. Varfariinin käyttäjäkunta ei ole vähentymässä, päinvastoin määrä lisääntyy. Potilas voi tulla minkä tahansa sairauden tai tapaturman vuoksi sairaalaan, voi hänellä olla käytössä Marevan-lääkitys. Tulevana sairaanhoitajana tekijän on hyvä tietää Marevan-lääkitykseen liittyvät rajoitukset ja muutokset esimerkiksi leikkaukseen menevältä potilaalta. Olipa hän töissä missä tahansa kotisairaanhoidosta osastohoitoon, hän kohtaa tällaisia potilaita varmasti lähes päivittäin; kaikkialla potilaan kokonaisvaltainen hoito ja sen huomioiminen on tärkeää.

Potilasohjausta tarvitaan jokapäiväisessä työssä, kun kohdataan potilaita. Omahoidon piirissä olevat asiakkaat ottavat enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, mikä on myös tämän päivän terveystieteiden suositus. Opinnäytetyö antoi tekijälle valmiudet toimia asiantuntijana potilaan terveyden edistäjänä potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa sekä sähköisten palveluiden käyttööntoimintaprosesseissa.

Opinnäytetyön tekeminen kuuluu kaikille ammattikorkeakoulusta valmistuville. Opinnäytetyön voi tehdä yksin tai pareittain, jopa ryhmänä. Tekijälle opinnäytetyön tekeminen yksin sopi hyvin työ- ja elämäntilanteeseen: työtä sai tehdä itsenäisesti. Yksin tekeminen oli kuitenkin pitkällä aikavälillä haastavaa. Aikataulutaminen muodostui haasteeksi muiden koulutehtävien ja harjoittelun ohella. Osallistuminen pienryhmiin jäi vähäiseksi, osaksi sen vuoksi, ettei tekijä ollut saanut työtään eteenpäin pienryhmien ko-



koontumispäiviin mennessä. Opinnäytetyön tekeminen yksin oli myös raskasta, vaikka tukea sai koululta tarvittaessa. Ohjauskeskustelut ohjaajan kanssa auttoivat työn etenemisessä, ja palautteen saannin jälkeen oli jälleen helpompi lähteä etenemään työssä. Pitkät välit, jolloin työ ei edennyt, painoivat opinnäytetyön tekijää. Jos opinnäytetyön tekijä aloittaisi opinnäytetyöprosessin uudelleen, hän huomioisi paremmin suunnittelun ja aikataulutuksen. Tekijä ei tekisi työtä yksin, vaan toisen hoitoalan opiskelijan kanssa, jolloin toisen tuki olisi lähempänä. Mielenpitoita olisi helpompi vaihtaa toisen kanssa, nyt pohdinta ja työn eteneminen jäi yksin tehtäväksi. Myös luottamusta omaan tekemiseen tekijä kasvattaisi ja täydellisyyteen pyrkimistä välttäisi.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetty laadullinen tutkimus oli tekijälle uutta, joten työn tekemisen jälkeen laadullisen tutkimuksen menetelmä ja aineiston analysointi sujuvat luontevammin. Tiedon etsiminen ja tiedon luottavuuden arviointi on kehittänyt tekijää ammattimaisempaan suuntaan. Tekijä osaa jatkossa kriittisesti arvioida tietoa ja sen luotettavuutta. Lisäksi ammatillista kasvua tapahtui tiedon hankinnassa sekä lähteiden luotettavuuden arvioinnissa.

Omahoitopalvelun koulutukseen osallistuminen oli mielenkiintoista ja käytännönläheistä. Marevan-omahoitopalvelu avautui tekijälle paremmin ja tämä puolestaan toi paremmin ymmärrystä asiakkaiden käyttökokemuksiin. Oli helpompaa, kun tiesi, mistä palvelusta oli konkreettisesti kyse. Tulevana sairaanhoitajana on tärkeää ymmärtää laadukkaan ohjaamisen merkitys eri tilanteissa erilaisille asiakkaille tai potilaille. Hyvällä ohjauksella tuetaan potilasturvallisuutta ja etenkin Marevan-hoidossa hyvän hoitotasapainon säilyttämistä. Myös terveydenhuollon ammattitermistön välttämistä ohjaustilanteessa tekijä tulee kiinnittämään huomiota.

Kahden haastattelun välillä tapahtui lisäksi nopeaa oppimista. Ensimmäisen haastattelun jälkeen tekijä kirjoitti omat havaintonsa heti. Toisessa haastattelussa tekijän havainnot hyödynnettiin, toinen haastattelu eteni rauhallisemmin ja enemmän avoimin kysymyksin.

## 8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Erilaisten sähköisten palveluiden käyttäjiltä saadun palautteen merkitystä ei voi korostaa liikaa. Sähköisten palveluiden kehittämisessä tarvitaan käyttäjien mielipiteitä ja kehitysehdotuksia. Uuden palvelun käytettävyyden arvioinnissa palautteen kerääminen ja sen hyödyntäminen tulee olla jatkuva käytäntö. Sähköisten palveluiden sujuvuus käyttäjien kannalta lisää käyttäjäystävällisyyttä ja sitä kautta kasvattaa käyttäjien käyttöhalukkuutta palveluihin.

Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta aikaisempi malli, jossa asiakas soitti terveystieteiden keskuksen saadakseen Marevan annostuksensa, sitoo hoitajaa enemmän. Alussa uuden Marevan-omahoitopalvelun käyttöönotto voi sitoa enemmän hoitajia, mutta palvelun käytön muuttuessa sujuvammaksi hoitajan työpanos vähenee. Jatkotutkimusehdotuksena olisi myös hyvä saada paikallisesti terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia Marevan-omahoitopalveluun siirtymisen jälkeen tulleista yhteydenotoista. Voitaisiin tutkia esimerkiksi, mikä on terveydenhuollon ammattilaisen näkemys Marevan-omahoitopalvelun onnistumisesta ja asiakkaan tuen tarpeesta. Olisi mielenkiintoista tietää, miten omahoitopalvelu on vaikuttanut hoitajien työaikaan ja kuinka palvelu on vaikuttanut vastuun jakamiseen ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Assi-hankkeen päättyessä sähköisten palveluiden kehittäminen jatkuu. Omahoitopalvelun ja palveluympäristön käytettävyyttä ammattilaisen näkökulmasta on tärkeä arvioida ja kehittää systemaattisesti saatujen asiakaspalautteiden perusteella. Asiakkaiden mukanaolon merkitys sähköisten palveluiden kehittämistyössä on yksi tämän opinnäytetyön tuloksista.

Sähköisistä palveluista tiedottaminen tulee ottaa automaattiseksi toiminnoksi terveydenhuollon asiakaskontakteissa. Jatkotutkimuksena voidaan selvittää, kuinka hyvin terveydenhuollon asiakkaat ovat tietoisia sähköisistä palveluista, millaisia käyttökokemuksia tai kehittämisideoita heillä on esimerkiksi Medinetiin. Sähköisen toimintaympäristön hyvällä tiedottamisella lisätään sähköisten palveluiden käyttöastetta. Tottuneilta käyttäjiltä voidaan lisäksi tutkia, kuinka sähköisten palveluiden käyttö on tukenut heidän omaa terveyttään ja hyvinvointiaan.

## Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Grey, S., Burns, N. & Gray J. 2013. The practice of nursing research. Elsevier Saunders.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. 2008. Kardiologia. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Helsinki: University Press Oy yliopistokustannus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Jyväskylän kaupunki. 2012. Selvitys Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja perhepalveluiden asiakasraadin ensimmäisestä toimintavuodesta 2011-2012. [http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/55068\\_raatiselvitys\\_2011-2012.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/55068_raatiselvitys_2011-2012.pdf). 1.12.2014.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2013. Assi-hanke. [http://www.karelia.fi/assihanke/files/assi\\_esittely\\_12\\_11\\_2013.pdf](http://www.karelia.fi/assihanke/files/assi_esittely_12_11_2013.pdf). 23.5.2014.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2014. Opinnäytetyön ohje. [https://student.karelia.fi/fi/opiskelu/oppari/opinnaytetyo\\_asiakirjakirjasto/Karelia\\_Opinnaytetyo%CC%88n\\_ohje\\_ELOKUU2014.pdf](https://student.karelia.fi/fi/opiskelu/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_Opinnaytetyo%CC%88n_ohje_ELOKUU2014.pdf). 8.9.2014.
- Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. Lääketietoa ammattilaisille. 2012. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kylmä, J. 2003. Millaista näyttöä saamme laadullisesta tutkimuksesta. Teoksessa Hallilla, L. (toim.) Tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä – Näytön paikka. Lahti: N-Paino, 24-26.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä Hoito –suositus. 2014. Eteisvärinä. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50036#s16>. 8.9.2014.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2013. Valmisteyhteenvedot. <http://www.fimea.fi/laaketieto/valmisteyhteenvedot/humpl>. 3.12.2013.
- Manneri, T. 2014. Uusia keinoja valtimotukosten ehkäisyyn. Diabetes-lehti 66 (1), 56-58.
- Mediconsult Oy. 2014. Tuotteet ja palvelut. <http://www.mediconsult.fi/tuotteet-ja-palvelut/digitaaliset-terveyspalvelut/medinet-omaterveyspalvelu>. 1.12.2014.
- Mediconsult Oy. 2011. Medinet-omahoitopalvelu. <http://medinet.pohjoiskarjala.net/index.html>. 14.3.2014.
- Männikkö, P. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti Tesso. 2014. Parempaa potilasohjausta. Artikkelit. <http://www.tesso.fi/artikkeli/parempaa-potilasohjausta>. 29.9.2014.
- Pohjois-Karjala Info. 2014. Tiedote. <http://www.pohjoiskarjala.info/?nid=2402042&t=Sote%20Asiakasraadin%20ensikokoontuminen>. 25.11.2014.

- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. 2014. Tiedote.  
[http://www.pkssk.fi/tiedotteet/-/asset\\_publisher/5Uv6w8kLSuxe/content/pohjois-karjalan-julkisessa-terveydenhuollossa-potilaan-sahkoinen-asiointi-on-todellisuutta](http://www.pkssk.fi/tiedotteet/-/asset_publisher/5Uv6w8kLSuxe/content/pohjois-karjalan-julkisessa-terveydenhuollossa-potilaan-sahkoinen-asiointi-on-todellisuutta). 23.5.2014.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen – opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.  
[http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon\\_tukem\\_o\\_pas\\_12\\_09.pdf](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon_tukem_o_pas_12_09.pdf). 23.10.2014.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskunnallinen tietoarkisto.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html). 2.10.2014.
- Sanastokeskus. 2014. Termipankki.  
<http://www.tsk.fi/tepa/netmot.exe?UI=figr&height=165>. 29.3.2014.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Suomen Sydänliitto ry. 2012. Opas Marevan-käyttäjälle.  
[http://www.omaterveyteni.fi/sites/default/files/kuvat/pdf/Marevan\\_2012\\_v2.pdf](http://www.omaterveyteni.fi/sites/default/files/kuvat/pdf/Marevan_2012_v2.pdf). 18.3.2014.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013. Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet eli antitromboottiset lääkkeet. <http://www.sydanliitto.fi/antitromboottiset-laakkeet>. 3.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2014. Veren hyytymistä estävät lääkkeet.  
[http://www.sydanliitto.fi/veren-hyytymista-estavat-laakkeet#.UygyePl\\_s0E](http://www.sydanliitto.fi/veren-hyytymista-estavat-laakkeet#.UygyePl_s0E). 18.3.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Muutosvalmennus terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttöönoton tukena – case Oulun omahoito – raportti.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/51d94952-7fbc-49ad-b19f-cc2bb33480cc>. 22.4.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Kansalaisen sähköisen asioinnin vaikutukset terveysaseman toimintaan – raportti.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4c2081d1-79b0-4c05-ab86-6241613b96c3>. 22.4.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011a. Antikoagulaatiohoidon käsikirja.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/abe458f9-362b-47bc-abec-9118c09de010>. 3.12.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011b. Sosiaali- ja terveystieteen sähköisen asioinnin hankkeet Suomessa 2010 – raportti.  
<http://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%2031.pdf>. 9.9.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Sosiaali- ja terveystieteen palvelukokonaisuus, hankesuunnitelma, versio 1.  
[http://www.thl.fi/attachments/Valtionavustukset/Hankesuunnitelma\\_versio\\_1\\_0.pdf](http://www.thl.fi/attachments/Valtionavustukset/Hankesuunnitelma_versio_1_0.pdf). 21.7.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014a. Ohje varfariinia käyttävälle.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/antikoagulaatiohoidon\\_ohjeet/varfariinia\\_kayttavalle](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/antikoagulaatiohoidon_ohjeet/varfariinia_kayttavalle). 18.3.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Sosiaali- ja terveystieteen palvelukokonaisuus.  
<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-palvelukokonaisuudet>. 23.5.2014.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Tiedote. <http://www.thl.fi/fi/-/thl-keraa-kansalaisten-kokemuksia-sahkoisista-sote-palveluista>. 2.10.2014.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Eettiset periaatteet. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet#3>. 8.9.2014.
- Valtiovarainministeriö. 2014. Sähköisen asiointin ja demokratian vauhdittamisohjelma. [http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet/023\\_sade/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/023_sade/index.jsp). 23.5.2014.
- Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2009. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Pro Oy.



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Assi-hanke/Karelia-ammattikorkeakoulu
Toimeksiantajan edustaja:	Päivi Sihvo
Osoite:	Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	050 305 8089
Sähköposti:	paivi.sihvo@karelia.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1101292 Päivi Pyykönen
Puhelinnumero:	050 506 5274
Sähköposti:	paivi.pyykonen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Marevan omahoitoasiakkaiden käyttökokemukset
Toteutusmuoto	Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata asiakkaiden kokemuksia Marevan omahoidosta haastattelumenetelmän avulla. Opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen.
Aikataulu	Opinnäytetyö valmistuu marraskuun 2014 loppuun mennessä
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	opiskelija vastaa itse mahdollisista kustannuksista

Toimeksiantajan sitoumukset	
Assi-hanke sitoutuu antamaan tuen opinnäytetyön tekemiselle esim. yhteydenotto kohdehenkilöihin.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelija sitoutuu pysymään aikataulussa. Lisäksi opiskelija sitoutuu tekemään työn opinnäytetyön ohjeiden sekä eettisten periaatteiden mukaisesti. Opiskelija myös sitoutuu yhteistyöhön toimeksiantajan kanssa. Opiskelija sitoutuu antamaan opinnäytetyön aineiston toimeksiantajan käyttöön.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Helena Ikonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 22.10.2014	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Päivi Pyykönen</i> Päivi Pyykönen
Päiväys 22.10.2014	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Päivi Sihvo</i> Päivi Sihvo
Päiväys 22.10.2014	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Helena Ikonen</i> Helena Ikonen

## Teemahaastattelurunko

### Asiakkaiden taustatiedot

- Vastaajan ikä, sukupuoli (koulutus, onko tarpeen?)
- Vastaajan oma arvio ATK-kokemuksesta ja verkonkäyttötaidoista
- varfariinin käyttö vuosina
- Onko vastaajalla aiempia kokemuksia sähköisestä asioinnista, jos on, millaisia?
  - Miten ja mihin tarkoitukseen olet käyttänyt sähköistä asiointia (onko terveyspalveluihin liittyviä, vai jotain muuta)?

### Sähköinen asiointi ja sen tarkoitus yleensä

- Kuvaile omin sanoin käyttämäsi sähköistä asiointipalvelua Medinettä ja Marevanin omahoitopalvelua

Teema 1: Asiakkaiden omat kokemukset sähköisen asioinnin kokeilusta ja ohjauksesta/koulutuksesta Marevanin omahoitopalveluun liittyen.

Kerro avoimesti omista kokemuksistasi sähköisessä asioinnissa (sana on vapaa...)

- Oliko sähköinen asiointi (Medimarevan) mielestäsi käyttökelpoinen?
- Koitko sen hyödylliseksi?
- Oliko saamasi koulutus sinulle hyödyksi (yksilöohjaus vai ryhmäohjaus parempi)? Tarvitsitko yksilöohjausta? Saitko tarpeeksi ohjausta laskutehtävissä? Saitko riittävästi tietoa koulutuksen/ohjauksen aikana? Tarvitsiko sinun hankkia lisätietoa?
- Oliko koulutus liian nopea tempoinen? liian iso tietopaketti kerralla?
- Koitko sähköisen asiointipalvelun luotettavaksi asiointikanavaksi?
- Vaikuttiko sähköinen asiointi ajankäyttöösi? (Miten?)
- Vastasiko sähköinen asiointi/palvelun käyttö ennakko-odotuksiasi?
- Millaista tukea sait sähköisen asioinnin kautta? Esimerkit...
- Vaikuttiko palvelun käyttö oman terveytesi edistämiseen?

Teema 2: Millaista tukea tarvitsit Marevanin omahoitopalvelun käyttöönoton aloituksessa?

- aiempi asiointitapa > kuinka tuki omahoitoa
- mahdollinen muutos omahoidossa palvelun käyttämisen myötä > elämäntavat, laboratorioarvojen ja lääkityksen seuranta
- saadun palautteen merkitys omahoitoon > henkilökohtaisen kontaktin puuttuminen
- uuden palvelun vertaaminen aiempaan, mikä paremmin mikä huonommin
- saatu hyöty
- koetko, että sinulla olisi vielä tarvetta käyttää aiempaa palvelua/asiointitapaa (soitto hoitajalle, laboratoriotulosten kuuleminen, merkintä INR-korttiin..)

Teema 3: Miten kehittäisit Marevanin omahoitopalvelun käyttöönottoa asiakkaan näkökulmasta?

- Mitä kehitettävää mielestäsi tässä palvelussa on?
- tiedottamisessa/koulutusvaiheessa/käyttöönottovaiheessa/käyttövaiheessa?
- pitäisikö käyttöönottoa tiivistää, tuleeko liikaa kerralla? Pitäisikö pilkkoa pienempiin osiin...
- miten kehittäisit käytön tukea?
- palvelun hyviä ja mahd. huonoja puolia...
- voisiko palveluun lisätä jotain komponentteja?
- auttaisivatko kuvalliset ohjeet/tuki?
- Esimerkkejä, ehdotuksia...



## Teemoittelu

Teema	Sitaatti	Alateema
<b>T1.1 Itsepalvelun käyttöönotto ja kokemukset (koulutus)</b>	..”kyllä ei mulla ole ollut min-käänlaisia ongelmia palvelun käytössä” (H1)	Aikaisemmat kokemukset sähköisistä palveluista
	..”tuttuja asioita ovat..” (H1)	
	..”työn puolesta olen paljon käyttänyt sähköisiä palveluita..”(H1)	
	..”mmm, tuota tämmöisistä terveyspalveluista ei ehkä, medinet oli ensimmäinen, mutta minun mielestä se on aika suppea ja siellä ei ole kaikkea tietoa esim. diagnooseista..” (H2)	
	..”kyllä, en edes muista milloin olisin ensimmäisen kerran, varmaan joskus 2000-luvun alkupuolella.. (H2)	
	”..heti sen luvan saatuani aloin käyttämään palvelua.” (H1)	Omahoitopalvelun käyttöönotto ja käyttö
	..”reilusti yli puoli vuotta olen nyt käyttänyt palvelua” (H1)	
	”..sairaanhoitajan vastaanotolla tuli puhetta, silloin oli varmaan se, että ois oma mittari, siitä oli lähinnä puhe, että pystysi te mittaamaan ja määrittämään..” (H2)	
	..” kävin keväällä sitten uudestaan sen kertauksen..(H2)	
	..”jos tänään käyn, niin viimeistään huomonaamulla se on siellä..jos muistan, niin yleensä katon sen arvon seuraavana päivänä..” (H1)	
	..”sain tuossa helmikuun puolen välin tienoilla sen luvan määrittää itse..(H2)	

	<p>..”kerran kuukaudessa käyn verikokeessa, periaatteessa vois kuudenkin viikon välein käydä..” (H1)</p>	
	<p>..”tietokoneen avaus ja sinne meno vain..”(H1)</p>	
	<p>..”tykkään, että se on siellä samaa päivänä, niin tuota ehkä seuraavana päivänä oon katto- nut onko se siellä..”(H2)</p>	
	<p>..”marevan tai inrin omahoito- määrityksessäkin, joskus saa odottaa, että ne tulee sinne..” (H2)</p>	
	<p>..” siinä ne oli vähän erilaiset ne viitearvot, pikkasen meni aikaa siinä sopeutuessa että mitä vastaa sitten inr verrattuna entiseen tt-arvoon, koska ne oli ihan niin kuin eri tavalla merkitty..” (H2)</p>	
	<p>..”mie ite merkkään kornttiin..” (H2)</p>	
	<p>..”...tätä on kuitenkin nyt niin lyhyt aika vasta ollut, noin puolisen vuotta ja siitäkin kun ei ole toteutunut tämä itsemäärittely..(H2)</p>	
	<p>”..ei se varmaan kaikille sovi, mutta ainakin kun on tottunut atk-käyttäjä ja tiedonhankkija ja –lähettäjä, niin ei siitä silloin mitään ongelmaa ole” (H1)</p>	Omahoitopalvelun asiakas- segmentointi
	<p>” ..jos kellään ei ole minkäänlaisia ongelmia esim. käytön suhteen, niin hänelle se palvelu sopii..jos loogisesti tarvitsee päätellä asioita..” (H1)</p>	
	<p>..”joku vaatii tuplakoulutuksen tai kertauksen ja joku omaksuu sen hyvinkin nopeasti..” (H1)</p>	

	<p>..”riippuu tosiaan, että miten on matemaattinen, tietokoneita käyttänyt..taustasta paljon kiinni..”(H1)</p>	
	<p>”..tai jotain muuta ja miten on matemaattiset kyvyt, vaikuttaa paljon ne taustatekijät..” (H1)</p>	
	<p>..” no kiinnitän mie tietysti siihen nähden, ruokavalion johdonmukaisuuteen ja sitten just, että alkoholia en ole viime vuosina paljoakaan käyttänyt muuta kuin niissä rajoissa, mitä saa ottaa..” (H1)</p>	Asiakkaan terveydenedistämisen tuki
	<p>..”kuitenkin siihen, että elämä on säännönmukaista ja ruokailutavat ovat hyvät, ateriasisällöt suunnilleen samat..” (H1)</p>	
	<p>..”ehkä siinä koulutuksessa tuli mikä käytiin kahteen tuntiin läpi, niin kiinnitti vähän enemmän huomiota, että muistaa nämä ja nämä asiat, jotka vaikuttavat INR-arvoon” (H1)</p>	Koulutuksen vaikutus Marevanin omahoitoon
	<p>..”samaten, jos tulee joku uusi lääke, niin lukee sen ohjeen tarkemmin ja katsoo, onko lääkkeellä jotain vaikutusta marevaniin” (H1)</p>	
	<p>”..miusta se oli niin selkee, mutta tietysti se riippuu henkilöstä, miten selkee näkemys henkilöllä on palvelusta ja onko henkilöllä taipumus inr-arvojen heilahteluille..”(H1)</p>	
	<p>..”netin kautta näki aikaisemminkin sen arvon, että sinänsä ei mitään uutta..”(H1)</p>	
	<p>..”arvo on ollut pitkään jo vakio vuodesta toiseen..”(H1)</p>	

	<p>..”miehän kävin viime syksynä ensimmäisen koulutukset tähän omahoitojuttuun, mutta sitten ne ensimmäiset laskutehtävät eivät menneet läpi...”(H2)</p>	Asiakkaan valmiudet selviytyä annostelusta
	<p>..”olin tottunut siihen, että las-ken sen niin, että jos poikkeaa joko yli tai ali hoitotasapainon, niin sitä vain puolella tabletilla suuntaan tai toiseen muutetaan. tässä opetettiin että viikkoannoksesta se 10 % joka pitää sitten korjata..”(H2)</p>	
	<p>..” mutta se ei oikeestaan ole toiminut ollenkaan eli sitä että aina joku hoitaja ehti määrittää sitä, eli kun se inr ilmesty sinne nettiin, niin se oli jo määritelty se annos sinne..”(H2)</p>	Toimintatavoista sopiminen ja tiedottaminen
	<p>..”eikö minnuun luoteta, että mie pystyisin sen ite määrittämään..”(H2)</p>	
	<p>..on edelleenkin määritelty miun puolesta..”(H2)</p>	
	<p>..”sh soitti ja kysyi että miten se nyt oli, että määritänkö mie ite näitä annoksia, kun hän näki sen tiedon, että mulle on annettu lupa..”(H2)</p>	
	<p>”..turhautumista, että mikä siinä maksaa, että eikö siellä jossain lue, että mie itse määritän tota marevania..”(H2)</p>	
	<p>..”mut nyt se on tökkinyt, kun sitä inr-arvoa ei sinne ilmesty..., että pitääkö sinne soittaa vai otanko entisellä annoksella..”(H2)</p>	
	<p>..”kerran tais se lähete puuttua, kun menin verikokeeseen..”(H2)</p>	

	<p>”..kyllä mun mielestä ihan tätä päivää, ihan ookoo, ja jää sit se soittoruljanssi ja jonotus pois..”(H2)</p>	Omahoitopalvelun käyttökelpoisuus
	<p>..kyllähän se (medinet) on sinänsä luotettava, että en epäile, että sinne väliin joku pääsee, mutta just se, kun ne tiedot tulis pian, reaaliaikaisesti..”(H2)</p>	
	<p>..silloin ensimmäisiä kertoja kun mie aloitin, niin sillo se tuntui että täähän on kätevä ettei tarttee todellakaan roikkua puhelimesta...”(H2)</p>	
	<p>..”kyllä koulutus oli riittävää mun mielestä, kun mulla on niin pitkä kokemus jo tästä marvan lääkityksestä..”(H2)</p>	Omahoitopalvelun koulutus
<b>T1.2 Tuki palvelun käyttöön- oton aloituksessa</b>	<p>..”käytännössä mulla väheni yht.otot sairaanhoitajaan, en mä ollut kuin kerran yhteydessä koko aikana, se oli hammaslääkärinä varten..”(H1)</p>	Henkilökohtaisen tuen tarve
	<p>..”ehkä myös siitä, miten muuten elämässä heittelee tuo inr-arvo, vaikuttaako ruokailutottumukset tai muut tähän inr:ään..”(H1)</p>	
	<p>..”tarvittaessa sai yhteyden, jos tuli ongema.ongelmatilannetta ei kyllä ollut.” (H1)</p>	
	<p>..” apua mihin kysyin oli se hammaslääkärin käynti, kun inr piti saada 1,7:aan, niin sitten keskustelin ja olin kyllä hoitajan kanssa eri mieltä.. (H1)</p>	
	<p>..”lääkkeellä on kuulemma se , että se voi heittää inrin jonkin korkeuksiin eli halusin varmistua siitä, että syön oikeanlaista annosta, soitin sitten hoitajalle aina kun tämä määri-</p>	

	teltiin pari viikkoa eteenpäin..”(H2)	
	”..tarkoitus on ite määrittää, mutta sitten tää sienilääkitys sotki sitä ja sen takia ihan varmistuksena olen halunnut tietää sitä inriä etten nosta liikaa..se varovaisuus, kun on käyttänyt lääkettä yli 20 vuotta...”(H2)	
	..”onhan siinä tietysti selkeät ohjeet palveluun, jos tarvitsee..”(H1).	Koulutuksesta saatu materiaali
	”..jäihän siitä hyvä aineisto, mistä voi tarkistaa joitakin asioita esim. määrätyt lääkkeet tai muita vastaavia tilanteita, joissa pitää tarkistaa..”(H1)	
	..” ne selkeet ohjeet, mutta sitten jos on jotain esim. lääkeaineisiin liittyviä juttuja, niin ne pitää sitten erikseen tarkistaa...”(H1)	
	..”mie olin lähdössä laitostoukseen ja sit mie aattelin, että mie soitan hoitajalle että mitä mie nyt teen, että nostanko mie vai mitä mie teen sen kanssa..”(H2)	Varmistaminen epäselvissä tilanteissa
	..”se varmistus kuitenkin siitä että ei mene ite tekemään mitään...”(H2)	
	..”kun menee apteekista hakemaan lääkettä, niin farmaseutinkin kanssa voi keskustella näistä ..”(H2)	Moniammatillinen tuki tarvittaessa
	”...toki sitten lääkärin kanssa on puhuttu, että käy sitten vaikka tihennetysti inrkontroleissa, kun on aloittanut uuden lääkkeen..”(H2)	

	..”no ehkä tuli sellainen tunne, että minuun luotetaan sillai siinä että toki ainahan potilas on viime kädessä vastuussa siitä että noudattaako annettuja ohjeita...”(H2)	Vastuu omasta hoidosta
<b>T 1.3 Marevan omahoitopalvelun kehittäminen</b>	...”jotain sitä kuitenkin kaipaisi palveluun lisää..” (H1)	Palvelun kehittäminen
	..”keskusteluyhteyttä mie en tässä ole havainnut, että pystyisi keskustelemaan tai esittämään kysymyksiä tai kommentoimaan missään muodossa. Se tästä puuttuu” (H1)	Reaaliaikainen sähköinen viestintä
	..” se tässä ois helppoo, jos pystys jos on joku häiriötilanne, niin pystys kertomaan itse mistä se johtuu..että onko jotain..ennen verinäytteen natoa, että onko syyt jotain eri tavalla tai vaikka käyttänyt jotain muuta lääkettä, miksi inr heittelee..”(H1)	
	..”pääsis kertomaan että nämä ja nämä ovat ne syyt..netin kautta, ettei tarvitse enää lähteä jonottelemaan..”(H1)	
	..”kysymyksen laittaja odottaa että vastaus tulee, eikä tarvitse enää erikseen soitella ja kysellä ja pyytää vastausta..”(H1)	
	..” tai että voisi jättää soittopyynnön, näin voisi paljon helpommin hoitaa asian” (H1)	Sähköinen yhteydenottopyyntö
	..”merkataan nämä itsemääritellyt annokset tähän pahviseen korttiin, että ei ite merkata sinne medinettiin, niin musta se on tavallaan ongelmallista, että jos multa häviää tämä kortti..(H2)	Annostuksen tallentaminen Medinettiin
	..”että ite saisi merkata ne annokset sinne, vaikka tietysti kuljettaa tätä pahvista mukana,	

	mutta koska ei aina voi olla käytössä tietokonetta..”(H2)	
	..”mie pystyisin ite merkkamaan ne annokset medinettiin, ois vaikka omilla väreillä ne potilaan omat määritykset..”(H2).	
	..”semmonen keistolähete, mutta periaatteessahan sehän ei ole keistolähete, että se vaan aina silloin kun hoitaja kuittaa katsotuksi sen inrin, niin hän tekee seuraavan lähetteen..”(H2)	Sähköisen palvelun automaattisuus
	..” se lähete, että olisi aina valmiina, että se muodostuisi automaattisesti ja se inrvastaus, että se tulisi mahdollisimman reaaliajassa, ei pitkällä viiveellä..”(H2)	
	..”että se ei kiertäis enää sieltä hoitajan kautta ollenkaan, että kun se siellä laboratoriossa määritellään että se tulis mulle heti tietoon..”(H2)	
	..”ehkä suoraa numeroa jollekin, päiväsaikaan, joku yhteys henkilö, jolle pystyisi suoraan soittamaan..”(H2)	Reaaliaikainen palvelun tuki
	..”ehkä ei 24/7 systeemiä, vaan 8-16 aikaan, kunhan jonkun kiinni saa...” (H2).	
	..”vaikka kun ite määritellään sitä annostusta, niin olisi vuosittain sellainen kontrolli, että käytäs sh:n vastaanotolla ja jollakin tavalla kontrolloitaisiin näitä marevanlääke asioita..”(H2)	Omahoitopalvelun onnistuminen / jatkuvuus



**Teemat ja alateemat**

<b>Tutkimustehtävä</b>	<b>Teema</b>	<b>Alateemat</b>
1. Miten koet Marevanin omahoitopalvelun käyttöönoton?	T1. Asiakassegmentointi	Omahoitopalvelun asiakassegmentointi Omahoitopalvelun käyttöönotto ja käyttö Aikaisemmat kokemukset sähköisistä palveluista Asiakkaan valmiudet selviytyä annostelusta
	T2. Omahoitopalvelun käyttökokemukset	Toimintatavoista sopiminen ja tiedottaminen Omahoitopalvelun käyttökelpoisuus (helppoutta haen tällä...)
	T3. Terveydenedistäminen	Asiakkaan terveydenedistämisen tuki
	T3. Koulutuksen merkitys palvelun käyttöönotossa	Omahoitopalvelun koulutus Koulutuksen vaikutus Marevanin omahoitoon
2. Millaista tukea tarvitsit Marevanin omahoitopalvelun käyttöönoton aloituksessa?	T4. Terveydenhuollon ammattilaisen rooli omahoitopalvelussa	Henkilökohtaisen tuen tarve Varmistaminen epäselvissä tilanteissa Moniammatillinen tuki tarvittaessa
	T5. Koulutuksesta saadun kirjallisen materiaalin merkitys	Koulutuksesta saatu materiaali
	T6. Vastuun ottaminen omasta hoidosta	Vastuu omasta hoidosta
3. Miten kehittäisit Marevanin omahoitopalvelun käyttöönottoa asiakkaan näkökulmasta?	T7. Toiveet palvelun kehittämiseen asiakkaan näkökulmasta	Palvelun kehittäminen Annostuksen tallentaminen Medinettiin Sähköinen yhteydenottopyyntö Omahoitopalvelun onnistumi-

		nen / jatkuvuus
	T8. Sähköisen palvelun odotukset asiakkaan näkökulmasta	Sähköisen palvelun automaattisuus Reaaliaikainen palvelun tuki Reaaliaikainen sähköinen viestintä