

Autio Sanna ja Hautamäki Tiia

**SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN HOITOPOLUN JA OHJAUKSEN ASIA-  
KASLÄHTÖINEN KEHITTÄMINEN**

**SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN HOITOPOLUN JA OHJAUKSEN ASIA-  
KASLÄHTÖINEN KEHITTÄMINEN**

Sanna Autio ja Tiia Hautamäki  
Opinnäytetyö  
Kevät 2019  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen  
ja johtaminen  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

---

Tekijät: Sanna Autio ja Tiia Hautamäki

Opinnäytetyön nimi: Sepelvaltimotautia sairastavan hoitopolun ja ohjauksen asiakaslähtöinen kehittäminen

Työn ohjaaja: Outi Kajula, Anja Henner ja Kirsi Koivunen

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: kevät 2019

Sivumäärä: 78 + 4

---

Sepelvaltimotauti on yksi yleisimmistä kansantaudeista ja tulevaisuudessa hoidon tarve yhä lisääntyy. Ohjauksen ja tuen tarve alkavat, kun asiakas hakeutuu oireidensa vuoksi hoitoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että sepelvaltimotaudin jatkohoito ja ohjaus eivät toteudu hoitosuosituksen mukaisesti. Tarvitaan tutkittua tietoa näiden asiakkaiden ohjaus- ja palvelutarpeista.

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla palvelumuotoilun menetelmillä sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden profiileja, hoitopolkuja ja heidän kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta sekä käyttämistään sosiaali- ja terveystieteiden palveluista ennen ja jälkeen varjoainekuvauksen. Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden ohjauksen ja hoitopolun kehittämiseen asiakkaiden näkökulmasta. Tämän työ on osa laajempaa, usean organisaation muodostamaa Sydämen asiassa tutkimushanketta, jonka tarkoituksena on uuden kardiologisen kuvantamismenetelmän kehittäminen ja tähän liittyen myös rintakipuoireisen asiakkaan hoitopolun ja ohjauksen kehittäminen.

Palvelumuotoilu on asiakaslähtöisen kehittämisen lähestymistapa, jolla pyritään löytämään asiakkaan ongelmaan ja tarpeeseen ratkaisu siten, että asiakas tuottaa itse tietoa ja kuvailee palvelukokemuksiaan. Aineistoa kerättiin kolmessa työpajassa yhteistyössä eri sydänyhdistysten kanssa. Asiakasymmärrystä lisäävät työpajat sisälsivät asiakkaiden (n=21) hoitopolun kuvaamisen ja kehittämissideoiden keräämisen Coco Cosmo-pelin sekä kokemusten kuvaamisen kokemuspöydän avulla.

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analysoinnin jälkeen laadullisesta aineistosta muodostettiin asiakasprofiilit, jotka esittävät palvelun asiakkaita, niin sanottuja arkkityyppejä. Asiakasprofiileihin ja kerättyyn aineistoon pohjautuen muodostettiin uusia hoitopolkuja. Tulosten pohjalta muodostui neljä asiakasprofiilia, joille muodostettiin uudet hoitopolut. Pääteemoina nousivat erikoissairaanhoidon toimivuus, tarve yksilölliselle ja oikea-aikaiselle ohjaukselle sekä jatkohoidon riittämättömyys. Asiakkaat kokivat palveluiden saatavuuden ja toteutuksen sekä asiakaslähtöisyyden ja riittävät resurssit merkittävimiksi tekijöiksi positiiviselle palvelukokemukselle.

---

Asiasanat: sepelvaltimotauti, asiakasprofiilit, hoitopolku, ohjaus, asiakaslähtöinen kehittäminen, palvelumuotoilu

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Head of Master Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

---

Author(s): Sanna Autio & Tiia Hautamäki

Title of thesis: Customer-oriented Development of the Treatment Path and Guidance for Patients with Coronary Artery Disease

Supervisor(s): Anja Henner, Kirsi Koivunen & Outi Kajula

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019      Number of pages: 78 + 4

---

Cardiovascular diseases, coronary artery disease among them, are one of the leading causes of death in Finland and remain a significant public health problem. Even though the rate of mortality has decreased considerably, the amount of the social and health care services required is expected to increase. The main reasons are better prognosis of illness and the growing ageing population. The starting point for treatment and counselling is when the symptoms begin, and the customer seeks for help. Previous studies have shown that secondary prevention strategies and counselling do not actualize as the Finnish Current Care Guidelines suggest.

The purpose of this study was to clarify and describe the profiles and treatment paths of customers who have had angiography and were diagnosed with coronary artery disease. Also, customers' (n=21) experiences, expectations, needs and ideas to the counselling and social and health care services were examined. The study was based on the qualitative study which was carried out by exploiting the approach and methods of the service design. The aim was to develop information and the data from customers point of view. This study is part of a larger, multi-organizational "Sydämen asialla" project, the purpose of which is to develop new cardiological systems as well as developing the customers' treatment path and counselling.

Service design is a holistic, customer-centered and co-creative method which is based on customers' needs. In this study the data collection method was workshops which were held in collaboration with the local Heart Associations. These workshops aiming to increase customer understanding focused on describing the treatment path of the customers and collecting new development ideas through Coco Cosmo game, as well as describing the experience through an experience tree.

The data was analysed with inductive content analysis method. After analysis, the qualitative data was used to form customer profiles representing the customers of the service, so called arch types. New treatment paths were formed based on these profiles and collected data. Four customer profiles were formed based on the results, each of which was paired with a new treatment path. The main themes arising from the results were the functionality of specialized health care, the need for individual and timely counselling and inadequacy of follow-up treatment. The customers felt that availability and execution of services, customer-centered and adequate resources were the key to a positive service experience.

---

Keywords:

coronary artery disease, customer profiles, treatment path, counselling, service design

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	SEPELVALTIMOTAUTI JA TAUTIA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN HOITO .....	10
	2.1 Sepelvaltimotaudin riskitekijät ja oireet .....	10
	2.2 Sepelvaltimotaudin diagnosointi .....	11
	2.3 Vakaaoireisen sepelvaltimotaudin konservatiivinen hoito .....	13
	2.4 Vakaaoireisen sepelvaltimotaudin invasiivinen hoito .....	14
3	SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN OHJAUS JA HOITOPOLKU .....	16
	3.1 Sepelvaltimotautia sairastavan ohjaus osana hoitoa .....	16
	3.2 Hoitopolku.....	18
4	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT ...	19
5	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	22
	5.1 Kehittämistyöhön osallistujat .....	23
	5.2 Palvelumuotoiluprosessi kehittämistyössä.....	23
	5.2.1 Määrittelyvaihe .....	24
	5.2.2 Tutkimusvaihe .....	25
	5.2.3 Suunnitteluvaihe.....	28
	5.3 Aineiston analysointi .....	29
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	32
	6.1 Määrittelyvaiheen tulokset .....	32
	6.2 Tutkimusvaiheen tulokset .....	34
	6.2.1 Asiakasprofiilit.....	34
	6.2.2 Hoitopolku.....	39
	6.2.3 Asiakkaiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.....	41
	6.2.4 Asiakkaiden kokemukset ohjauksesta .....	45
	6.3 Suunnitteluvaiheen tulokset.....	48
	6.3.1 Asiakkaiden kehittämisideat .....	49
	6.3.2 Paranneltu hoitopolku .....	50
7	POHDINTA.....	56
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelu .....	56
	7.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuus.....	61
	7.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyys .....	64

7.4	Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet.....	65
7.5	Tutkimus- ja kehittämistyöprosessin arviointi .....	65
LÄHTEET	.....	68
LIITTEET	.....	79

# 1 JOHDANTO

Suomalaisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin, etenkin sepelvaltimotauteihin, oli maailman suurimpia vielä 1960-luvulla. Nykyisin taudin kuolleisuusaste on vähentynyt merkittävästi ja lähe-  
nee Länsi-Euroopan keskitasoa. Hyvästä kehityssuunnasta huolimatta sepelvaltimotautikuollei-  
suus Suomessa on yhä noin kaksin-kolminkertainen esimerkiksi Välimeren maihin verrattuna.  
(Koskinen & Martelin 2013, 57.) Myös maailmanlaajuisesti akuuttiin, sydänperäiseen sairauskoh-  
taukseen kuolee vuosittain noin 17 miljoonaa ihmistä. (Srinivasan & Schilling 2018, 112). Sepelval-  
timotauti aiheutti vuonna 2015 joka viidennen kuoleman (Suomen virallinen tilasto SVT 2015, vii-  
tattu 8.12.2017).

Alueelliset sairastavuuserot ovat Suomessa edelleen varsin suuria. Sairastavuuserojen taustalla  
on useita syitä, mutta useimmat niistä liittyvät elintapoihin. Riskitekijöistä varsinkin alkoholin runsas  
käyttö, tupakointi ja lihavuus ovat usein alueellisten sairastavuuserojen taustalla. Kaksi kolmas-  
osaa sepelvaltimotautikuolemista tapahtuu ennen sairaalaan tuloa, ja jotta tätä voitaisiin oleellisesti  
vähentää, täytyisi tehostaa oireiden varhaista tunnistamista, ennaltaehkäisyä ja pikaista hoitoon  
pääsyä. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015, 21, 29;  
Repo, Tykkyläinen, Mustonen, Rissanen, Ketonen, Toivakka & Laatikainen 2018, viitattu  
21.12.2018.) Väestötasolla riskitekijöiden myönteinen kehitys selittää sepelvaltimotaudin ilmaantu-  
vuuden laskua ja siirtymistä vanhempiin ikäluokkiin. Taudin luonne onkin muuttunut kuolemaan  
johtavasta kroonisen, vakaan, tautimuodon suuntaan. (Laukkanen & Airaksinen 2016a, 310.)

Suomessa väestö ikääntyy ja palveluiden tarpeet muuttuvat. Tulevaisuudessa keskeistä on turvata  
asiakkaille laadukkaat palvelut niin, että ne perustuvat asiakkaiden tarpeisiin. Sosiaali- ja terveys-  
alan yksi kärkihankkeista on palvelujen asiakaslähtöinen kehittäminen. Hankkeen tavoitteena on,  
että asiakas saa paremmin tukea toimintakyvyn ylläpitämiseen ja omahoitoon sekä löytää sosiaali-  
ja terveyspalvelut helpommin. Hankkeen toimenpiteitä ovat muun muassa asiakkaiden ja asukkai-  
den kokemustiedon tuominen osaksi palvelujärjestelmää ja palvelukanavia lisäävä sähköisen oma-  
hoitopalvelujen kehittäminen. (STM 2018, viitattu 3.2.2018.) Sote- ja maakuntauudistus on yksi  
suurimpia toimintatapojen ja hallinnon uudistuksia, joita Suomessa on tehty. Uudistus tuo valtavasti  
kehittämisen tarpeita ja muutoksia, kun vastuu palveluiden järjestämisestä siirtyy 18 maakunnalle,  
jotka vastaavat kaikista alueidensa sosiaali- ja terveyspalveluista. Uudistuksen tavoitteena on  
muun muassa vähentää julkisen talouden kestävyysvajetta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja

ja saada palvelut ja hallinto toimivammaksi. (Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto osana tulevaisuuden maakuntaa 2017, 6.) Terveyspolitiikassa tärkeä kehityssuunta kustannusten hallinnassa on voimavarojen oikea kohdistaminen. Voimavarat tulisi suunnata sosiaali- ja terveyspalveluissa oikeisiin käyttötarkoituksiin. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa painottuvat tulevaisuudessa entistä enemmän polikliininen toiminta ja päiväkirurgia. Tämän myötä hoitoajat lyhenevät ja asiakkaalta odotetaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa (Kokko 2013, 245, 255; Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 71.)

Asiakas voi olla aktiivinen toimija hoidossansa, mutta hänen on saatava tietoa tarpeeksi ja oikea-aikaisesti. Asiakkaan saama ohjaus ja kuntoutus sydäntapahtuman jälkeen on ensiarvoisen tärkeää erityisesti sepelvaltimotaudin yhteydessä. Osallistuminen ja sitoutuminen jälkihoitoon on todettu vähentävän uusia sairaalajaksoja ja vähentävän sepelvaltimokohtauksen uusiutumiseriskiä. Kuntoutuksen positiivisista tuloksista huolimatta on tutkittu, että vain 1/3 sairastuneista jatkaa jälkihoitoa esimerkiksi elämäntapamuutosten osalta. (Smith, Sherwood, Mabe, Watkins, Hinderliter & Blumentahl 2017, 33.) Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että potilaalla on oikeus tietoon terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja pystyy hyödyntämään tietoa.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tarvitaan lisätietoa sepelvaltimotautia sairastavan hoitopolusta ja kokemuksia ohjauksesta, sekä siitä kuinka asiakkaat itse haluaisivat hoitoonsa kehitettävän. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden profiileja ja heidän kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta ja käyttämistään sosiaali- ja terveyspalveluista ennen ja jälkeen varjoainekuvauksen. Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ja ratkaisuehdotuksia sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden saaman ohjauksen parantamiseen ja hoitopolun kehittämiseen ja muodostaa asiakasprofiilit uutta, asiakasprofilointiin pohjautuvaa ohjausympäristöä varten. Kehittämistyö toteutettiin palvelumuotoilun menetelmien avulla Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella.

Palvelumuotoilu on asiakaslähtöinen palvelujen kehittämisen tapa. Palvelumuotoilun lähtökohtana on luoda tai muotoilla palveluita, joiden avulla voidaan vastata asiakkaan tarpeisiin ymmärtämällä hänen toiveitaan, tarpeitaan ja tavoitteitaan. Palvelumuotoilua toteutetaan yhdessä kehittämällä ja yhteiskehittämisen keinoin syntyä palveluja, joita on mietitty monesta eri näkökulmasta ja useiden



tarpeiden perusteella. Asiakasymmärrys on palvelumuotoilun ydintä. (Ahokas 2017, 36-37.) Sosiaali- ja terveysalalla palvelumuotoilua on hyödynnetty palvelujen kehittämisessä jonkin verran. Tiedonkeruun, asiakasymmärryksen rakentamisen ja ongelman tarkentamisen painottaminen on nähty toimivana elementtinä varsinkin, kun ongelma on luonteeltaan moni-ilmeinen ja kompleksinen (Ahola & Vainio 2016, 14.) Sepelvaltimotauti kroonisena sairautena, sairauden etenemiseen vaikuttavat tekijät ja erilaiset hoitomuodot tekevät asiakkaan hoidosta haastavan.

Tässä työssä käytetään asiakas -käsitettä puhuttaessa tutkittavista henkilöistä. Asiakas -käsitteen käyttäminen on perusteltua, sillä tätä tutkimuksellista kehittämistyötä tehtiin palvelumuotoilun menetelmin ja palvelumuotoilussa tutkittavasta kohteesta käytetään asiakas -käsitettä. Lisäksi tässä työssä perehdyttiin tutkittavien henkilöiden hoitopolkuaan paljon sairaalajaksoa laajemmin, joten väliä asiakas- ja potilas -käsitteen välillä on selkeä.

Kehittämistyössä kerättyä tietoa hyödynnetään sepelvaltimotautia sairastavan asiakkaan hoitopolun kehittämisessä ja asiakasprofilointiin pohjautuvassa asiakkaiden ohjausympäristössä. Tutkimuksellinen kehittämistyö on osa Sydämen asialla tutkimushanketta. Sydämen asialla on Tekesin rahoittama Oulun yliopiston, Helsingin yliopiston ja Oulun ammattikorkeakoulun yhteinen tutkimushanke. Hankkeeseen liittyy myös useita yritysten rinnakkaishankkeita.

## 2 SEPELVALTIMOTAUTI JA TAUTIA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN HOITO

### 2.1 Sepelvaltimotaudin riskitekijät ja oireet

Sepelvaltimotaudissa sydämen sepelvaltimot ovat vaurioituneet ja ahtautuneet, mikä aiheuttaa sydänlihaksessa hapenpuutetta ja mahdollista rintakipua. Sepelvaltimoverenkierron heikkenemisen yleisin syy on ateroskleroosi. (Jaatinen & Raudasoja 2017, 59.) Ateroskleroosia, eli valtimonseinämien kalkkeutumista, kehittyy iän myötä kaikille. Yksikin ahtauma sepelvaltimoissa voi aiheuttaa verenkierron häiriintymisen ja hapenpuutteen osassa sydänlihasta. Ateroskleroosin kehittyminen on yhteydessä riskitekijöihin, jotka useimmat liittyvät elämäntapoihin. Myös perinnöllinen alttius vaikuttaa ateroskleroosin syntyyn. Naisilla riski ateroskleroosin muodostumiseen on selvästi pienempi kuin miehillä ja on tutkittu, että samoilla riskitekijöillä naiset sairastuvat noin kymmenen vuotta myöhemmin kuin miehet. (Kovanen & Pentikäinen 2016, 284; Mustajoki 2018, viitattu 19.11.2018) Tupakointi, suurentunut LDL-kolesterolin määrä ja kohonnut verenpaine ovat kolme pääasiallista ateroskleroosin riskitekijää. Muita riskitekijöitä ovat sairastuminen aikuistyyppin diabetekseen (tyypin II diabetes) ja lihavuus. Ateroskleroosin vaara lisääntyy jyrkästi, jos samalla henkilöllä on useita riskitekijöitä. (Gaziano, Prabhakaran & Gaziano 2018, 8; Mustajoki 2018, viitattu 19.11.2018)

Iskemiasa, eli hapenpuutteesta johtuvaa verenkierron vajausta, aiheuttaa tavallisesti sepelvaltimoon muodostunut ateroskleroosi. Yleensä ateroskleroosista aiheutuneen ahtauman pitää tukkia vähintään puolet sepelvaltimosta, ennen kuin sydänlihakseen syntyy iskemia. Tällöinkin hapenpuute tulee merkittäväksi vasta rasituksen yhteydessä, jolloin sydänlihaksen hapentarve lisääntyy lepotilassa tarvittavaa suuremmaksi. Rintakiputuntemuksen syntyyn vaikuttavat myös hyvin monet muut tekijät, kuten tupakointi, lääkkeet, tunnetilat ja hengitysilman laatu. (Kettunen 2018, viitattu 19.11.2018.) Iskemian tyypillisiä oireita ovat laaja-alainen puristava tai polttava rintakipu, joka saattaa säteillä leukaan ja vasempaan käsivarteeseen, heikotus ja hengenahdistus. Lisäksi kiputuntemuksia voi olla ylävatsalla, jos iskemia on sydämen alaseinällä. (Vaara 2017, 15.) Sepelvaltimotaudin oireille on tyypillistä, että ne helpottavat levossa ja nitrolääkkeillä muutamassa minuutissa, mutta oire toistuu samanlaisena uuden rasituksen yhteydessä (Kettunen 2018, viitattu 19.11.2018).

## 2.2 Sepelvaltimotaudin diagnosointi

Sepelvaltimotaudin diagnostiikan tavoitteena on selvittää, onko henkilön kokemien oireiden syynä sepelvaltimotauti, arvioida taudin vaikeusastetta, ennustetta ja tarvittavaa hoitoa sekä hoidon tuloksia. Äkkikuolema, sydäninfarkti ja angina pectoris, eli rasisurintakipu, ovat sepelvaltimotaudin ilmenemismuodot. (Laukkanen & Airaksinen 2016a, 310 – 311.)

Diagnoosin tekemisessä voidaan käyttää invasiivista (kajoavaa) ja noninvasiivista (kajoamatonta) diagnostiikkaa. Esitiedot ja noninvasiiviset tutkimusmenetelmät riittävät valtaosalle asiakkaista, erityisesti iäkkäille. Tutkimusmenetelmien valintaan vaikuttavat henkilön oirekuva ja taudin ennakkotodennäköisyys. Usein vakaaoireisen sepelvaltimotaudin hoidon perustaksi riittää hyvä lääkitys. Asiakkaan ollessa optimaalisella lääkehoidolla vähäoireinen tai oireeton, ei pallolaajenuksesta tai ohitusleikkauksesta ole yleensä hyötyä. Jos asiakas optimaalisesta lääkehoidosta huolimatta kuitenkin oireilee, tai noninvasiivisissa tutkimuksissa todetaan ennustetta huonontavia löydöksiä, on sepelvaltimoiden invasiivinen varjoainekuvaus aiheellinen. (Porela, Romppanen & Juvonen 2016, 321.)

Diagnostisten tutkimusten saatavuus vaihtelee eri puolilla Suomea, mikä osaltaan vaikuttaa menetelmien valintaan. (Laukkanen & Airaksinen 2016b, 314.) Alla olevassa taulukossa (taulukko 1) on esitetty sepelvaltimotautia sairastavan tarkentavia kiireettömiä tutkimuksia. Perustutkimusmenetelmät ovat yleensä saatavilla avoterveydenhuollossa ja jatkotutkimukset pääosin erikoissairaanhoidossa.

*TAULUKKO 1. Sepelvaltimotaudin tarkentavia tutkimuksia (Rissanen, Laukkanen & Raatikainen 2016, 93.)*

<b>Sairaus</b>	<b>Perustutkimusmenetelmät</b>	<b>Jatkotutkimusmenetelmät</b>
<b>Sepelvaltimotauti</b>	EKG	Sepelvaltimoiden TT
	Kliininen rasisuskoe	Sepelvaltimoiden angiografia
	Sydämen kaikututkimus	Perfuusiokuvantaminen

Rintakipuun liittyvä perustutkimus on lepo-EKG, vaikka se on yleensä normaali vakaoireista sepelvaltimotautia sairastavalla asiakkaalla. Lepo-EKG:sta voi kuitenkin paljastua aiemmin sairastettuun sydäninfarktiin ja iskemiaan viittaavia muutoksia. Laboratoriokokeista perustutkimuksiin kuuluvat veren rasva-arvot, pieni verenkuvaa, kreatiniini sekä paastoverensokeri. Rasituskoe eli rasitus-EKG on tärkein sepelvaltimotaudin noninvasiivinen tutkimusmenetelmä. Rasitus-EKG:ssä ilmenee sekä vääriä positiivisia että vääriä negatiivisia löydöksiä, joten kokeen tulos täytyy aina suhteuttaa kliiniseen tilanteeseen. Tietokonetomografiaa (TT) on käytetty jo pitkään sepelvaltimotaudin seurantatutkimuksissa. TT:n laajamittaista käyttöä rajoittaa kuitenkin tutkimuksen saatavuus ja säde-rasitus. Isotooppiperfuusiotutkimus voidaan tehdä asiakkaille, joiden EKG ei ole rasituskokeessa iskemian suhteen tulkittavissa tai jotka eivät kykene polkemaan riittävästi rasituskokeessa. (Laukkanen & Airaksinen 2016b, 316 – 317.)

Sepelvaltimoiden varjoainokuvausten, eli koronaariangiografioiden määrä on kasvanut voimakkaasti viime vuosina. Yli puolet varjoainekuvauksista tehdään akuutin sepelvaltimo-oireyhtymän johdosta. Vakaoireisen ja hyväkuntoisen asiakkaan varjoainekuvauksia voidaan tehdä polikliinisesti. (Karjalainen & Romppanen 2016, 266 – 267.) Varjoainekuvauksissa nähtävien ahtaumien merkityksen ja pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen tarpeen arviointi tehdään joko noninvasiivisten tutkimusten tai invasiivisen painevaijeritutkimuksen perusteella, joka auttaa tunnistamaan hemodynaamisesti merkittävän ahtauman. (Porela, Romppanen & Juvonen 2016, 321.)

Pallolaajennus- tai ohitusleikkaushoitopäätöstä arvioitaessa on huomioitava toimenpideriskit, johon vaikuttavat useat asiakkaasta johtuvat asiat. Näitä ovat esimerkiksi aortan tilanne ja liitännäissairaudet, kuten diabetes ja keuhkosairaudet. Jos hoidoksi valitaan pallolaajennus, on arvioitava lisäksi asiakkaan verenvuotoriski. Selvissä tapauksissa hoidon valinta ei tuota ongelmia, mutta joskus asiakkaalle sopivimman hoitomuodon valintaa pitää miettiä tarkasti. Valittaessa pallolaajennuksen ja ohitusleikkauksen väliltä huomioon tulee ottaa sepelvaltimotaudin vaikeusaste ja sepelvaltimoiden anatomia, leikkauriski ja asiakkaan liitännäissairaudet. (Porela, Romppanen & Juvonen 2016, 321 – 322.)

### 2.3 Vakaaoireisen sepelvaltimotaudin konservatiivinen hoito

Stabiiliin, eli vakaaoireisen sepelvaltimotaudin käypä hoitosuosituksessa (2015, viitattu 1.6.2018) hoidon perustana ovat optimaalinen ennustetta parantava ja oireita lievittävä lääkehoito sekä riskitekijöiden minimointi. Konservatiivisesta hoidosta sepelvaltimotautia sairastavan kohdalla puhutaan silloin, kun hoito tapahtuu ilman leikkausta. Sepelvaltimotaudin lääkehoidon tavoitteena on parantaa asiakkaan ennustetta, lievittää oireita sekä parantaa elämänlaatua. Lääkehoidon lisäksi elämäntapaohjaus tulee aina liittää sepelvaltimotaudin hoitoon. (Ilveskoski & Airaksinen 2016, 324.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen elämäntapaohjaus pyrkii vaikuttamaan asiakkaan motivaatioon ja tietoisyyteen, tavoitteelliseen toimintaan (Absetz & Hankonen 2017, 1015). Elämäntapaohjauksen keskeisiä teemoja ovat ravitsemus, liikunta, uni sekä päihteiden, tupakoinnin ja stressin vaikutukset terveyteen. Asiakasta tulee kannustaa säännölliseen liikuntaan. Kestävyysliikunta kolmesti viikossa (vähintään 30 minuuttia kerralla) vaikuttaa myönteisesti sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin ja saattaa vähentää sepelvaltimotautitapahtumien vaaraa. Sepelvaltimotautia sairastavalle suositellaan runsaasti kuitua ja niukasti tyydyttyynyttä rasvaa sisältävää ruokavaliota, johon sisältyy vihanneksia, hedelmiä, kalaa, valkoista lihaa, oliiviöljyä ja pähkinöitä. Jos asiakas tupakoi, kannustetaan häntä lopettamiseen. Tupakoinnin lopetus parantaa ennustetta ja jo vuoden tupakoimattomuuden jälkeen sepelvaltimotautikuoleman riski puolittuu. Elämäntapaohjauksen ohella oireettomallekin asiakkaalle on hyvä antaa ohjeet menettelytavoista mahdollisen sepelvaltimotautikohtauksen varalle. (Ilveskoski & Airaksinen 2016, 324.)

Sepelvaltimotaudin lääkitykseen kuuluvat pysyvinä asetyylisalisyylihappo, statiini ja valikoidulla osalla asiakkaista ACE:n estäjät. Lisäksi voidaan käyttää oireita lievittäviä lääkkeitä kuten beetasalpaajia ja nitraatteja. Ennustetta parantava lääkehoito kuuluu jokaisen sepelvaltimotautia sairastavan lääkitykseen riippumatta taudin vaikeusasteesta. Oireisilla asiakkailla aloitetaan oireita lievittävä lääkitys vähintäänkin yhdellä lääkevalmisteella ja tarvittaessa hoitoon yhdistetään toinen tai kolmaskin lääke. (Ilveskoski & Airaksinen 2016, 324.)

Asetyylisalisyylihapollääkitys aloitetaan aina, ellei yliherkkyyttä ole jo tautia epäiltäessä. Myös statiini aloitetaan kaikille sepelvaltimotautia sairastaville. ACE:n estäjiä liitetään vakaaoireisen sepelvaltimotaudin hoitoon, kun asiakkaalla on sydämen systolinen vajaatoiminta tai vasemman kamion toimintahäiriö, verenpaine- tai diabetes. Lisäksi aloitusta harkitaan, jos asiakas on sairastanut sydäninfarktin. Sepelvaltimotaudin lääkehoito pyritään valitsemaan siten, että lääkkeellä on

edullinen vaikutus mahdollisiin muihin sairauksiin. Esimerkiksi diabeetikon sepelvaltimotaudin enuste on tavanomaista huonompi ja beetasalpaajahoito saattaa huonontaa diabeetikon sokeritasapainoa ja kätkeä hypoglykemiasta varoittavia oireita, mikä on huomioitava hoitoa suunniteltaessa. (Ilveskoski & Airaksinen 2016, 325, 331.)

## **2.4 Vakaaoireisen sepelvaltimotaudin invasiivinen hoito**

Invasiivinen, eli elimistön sisälle ulottuva kajoava toimenpide tai leikkaushoito tarkoittaa sepelvaltimotautia sairastavan kohdalla pallolaajennusta ja/tai ohitusleikkausta. Pallolaajennusta voi harkita ensisijaisena hoitomuotona kaikille vakaaoireista sepelvaltimotautia sairastaville asiakkaille, joilla on lääkehoidosta ja elämäntapamuutoksista huolimatta elämää haittaavia oireita sekä varjoainekuvauksessa nähtävä merkittävä sepelvaltimokaventuma. Pallolaajennustoimenpiteiden määrä on tasaisesti lisääntynyt viime vuosien aikana, ja nykyisin niitä suoritetaan enemmän kuin ohitusleikkauksia. Sepelvaltimoiden pallolaajennusasiakkaista noin 10%:lle on tehty aiemmin ohitusleikkaus. (Ylitalo, Laine & Niemelä 2016, 334.)

Pallolaajennuksessa sepelvaltimon ahtauma laajennetaan ja usein laajennuskohtaan asennetaan verkkoputki, eli stentti estämään suonien ahtautumista uudelleen. Useita ahtaumia voidaan laajentaa samassa toimenpiteessä. Toimenpiteen jälkeen asiakas siirretään seurantaan valvontatilaan ja käytetyn lääkityksen ja välineistön mukaan asiakas pääsee jalkeille 2 – 6 tunnin kuluttua toimenpiteestä. (Kivelä 2011a, 287 – 288, 290.)

Pallolaajennus onnistuu yli 95 %:ssa toimenpiteistä ilman merkittäviä komplikaatioita. Merkittävimpiä komplikaatoriskejä ovat aivoverenkiertohäiriöt, sydäninfarkti, vuoto punktiokohdasta ja kuolema. Pallolaajennushoidon pitkäaikaistuloksiin vaikuttavat monet kliiniset ja tekniset tekijät. Sekä pallolaajennuksella että ohitusleikkauksella voidaan pelkkään lääkehoitoon verrattuna merkittävästi vähentää sepelvaltimotautia sairastavan oireilua. (Ylitalo, Laine & Niemelä 2016, 353 – 354.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa siirresuoni yhdistetään ahtauma- ja/tai tukosalueiden kohdesuoneen ja näin pyritään palauttamaan normaalit verenkierto-ominaisuudet sydänlihakseen. Ohitusleikkauksriskiä tulee arvioida laajasti ja muodostaa kokonaiskäsitys siitä, kuinka suuri riski leikkaukseen liittyy ja minkä tyyppisiä ja kuinka laajoja kirurgisia toimenpiteitä asiakkaalle voidaan

tehdä ja realistisesti olettaa hänen näistä toipuvan. Leikkausriski voi olla suurentunut lukuisista erisyistä ja usein niiden yhteisvaikutuksista. (Ihlberg 2016, 358.)

Ohitusleikkauksen jälkeinen välitön hoito tapahtuu teho-osastolla, joka on erikoistunut sydänsairauksien hoitoon. Asiakkaat siirtyvät edelleen nukutettuina leikkaussalista ja ensimmäisten tuntien aikana keskitytään hemodynamiikan monitorointiin sekä optimointiin. Tavallinen ohitusleikkauksipotilas on teho-osastolla leikkauksen jälkeiseen aamuun ja tämän jälkeen sairaalahoito kestää 4-7 vuorokautta, mikäli komplikaatioita ei ilmene. Kotiutusvaiheessa asiakasta opastetaan asteittaisen rasituksen lisäämiseen. Yleensä asiakas voi palata työelämään 2 –3 kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Ihlberg 2016, 368 – 369.)

Viime vuosina on saatu merkittävästi uutta tietoa sepelvaltimotaudin riskitekijöistä ja niiden hoidosta. Invasiivisten hoitojen, kuten pallolaajennuksen kehittyminen ovat parantaneet hoitotuloksia ja hoitoajat ovat lyhentyneet. (Mäkijärvi 2011, 7.) Pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen elämäntapaohjauksen ja lääkehoidon tulee jatkua entistä tehokkaammin ja erityisen tärkeää on kolesterolin, sokeritason ja verenpaineen hallinta. Noin puolet pallolaajennuksella hoidetuista asiakkaista on akuutisti sairastuneita. Heistä merkittävä osa on aikaisemmin ollut "terveen kirjoissa" ja vakava sairastuminen on yllättävä tilanne. Tilanteeseen sopeutumiseen ei nykyajan tehokkaassa sairaalahoitossa ole juuri aikaa, eikä asiakas ei ehdi omaksua riittävästi tietoa sairautensa luonteesta, ennusteesta, jatkohoidosta ja vaaratekijöistä. Asiakas onkin usein hämmentynyt kotiututtuaan reseptien, lääkkeiden, elintapaohjeiden ja verenpainekortin kanssa. (Kivelä 2011b, 299.)

### 3 SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN OHJAUS JA HOITOPOLKU

Sekä kansainvälinen että kansallinen terveystoiminta korostaa asiakkaan elämänhallintaa tukevaa terveydenhuoltoa (Leppo 2013, 95). Elämänhallinnan saavuttaakseen asiakas tarvitsee ajankoh- taista ja oikeaa tietoa. Ohjaustyö on merkittävä osa hoitopolkua, jossa asiakkaan rooli aktiivisena toimijana sairautensa hoitajana korostuu. Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas tietää ter- veyteensä ja hoitoonsa liittyviä asioita, ymmärtää tiedon ja kykenee toimimaan sen avulla. (Eloranta ym. 2014, 64.)

#### 3.1 Sepelvaltimotautia sairastavan ohjaus osana hoitoa

Terveydenhuollon toimintana ohjaus on osa asiakkaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Ohjauksella tuetaan asiakkaan omia voimavaroja, jotta hän selviytyisi hoitoonsa liittyvistä tilanteista ja pystyisi kantamaan vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Pekka- rinen 2007, viitattu 21.8.2018; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 12.) Kääriäinen (2007, 116–117) on väitöskirjassaan määritellyt ohjauksen laadun hypoteettisen mallin mukaan. Mallin mukaan ohjauksen laadulla tarkoitetaan sitä, että ”ohjaus on terveydenhuollon henkilöstön amma- tilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuoro- vaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurs- sein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa”.

Koska sepelvaltimotaudin kehittyminen ja vaaratekijät ovat monisyisiä, tulee ohjauksen olla koko- naisvaltaista ja huomioida myös psykososiaaliset tekijät (Käypä hoito -suositus 2014, viitattu 21.8.2018). Sepelvaltimotauti on myös pitkäaikaissairaus, joka on osa asiakkaan jokapäiväistä elä- mää ja sairauden luonteen huomioiminen ohjaustyössä on tärkeää. Laadukas ohjaus tukee asiak- kaan terveyttä ja hyvinvointia, ja mahdollistaa asiakkaan sitoutumisen omahoitoon sekä muutokset terveystyöskäytymisessä. Sepelvaltimotautiin sairastuttuaan asiakkaan tulisi kiinnittää huomiota ruokavalioonsa, fyysiseen aktiivisuutensa, alkoholi- ja tupakointitottumuksiin sekä sitoutua lääke- hoitoon ja tämä kokonaisuus vaatii asiakkaalta usein isoja, loppuelämän muutoksia. (Kaakinen 2013, 55-57; Zullig, Ramos & Bosworth 2017, viitattu 13.1.2019.) Psykososiaalisen tuen ja ohjauk- sen merkitys on tutkimuksissa korostunut erityisesti akuuttivaiheen jälkeen, kun asiakas on siirtynyt



jatkohoitoon. Tässä vaiheessa asiakkaan ohjaukseen olisi hyvä sisältyä tietoa stressin vaikutuksesta ja keinoja sen vähentämiseen, sekä ohjausta erilaisista selviytymisstrategioista ahdistukseen ja masennukseen liittyen. Positiivisen psykologian merkitys on noussut isompaan rooliin myös sydänsairauksien hoidossa ja kansainvälisissä tutkimuksissa nostetaan asiakkaan psyykkisen puolen huomioiminen tärkeänä elementtinä osana kokonaisvaltaista hoitoa ja ohjausta. (Chauvet-Gelinier & Bonin 2017, 10-11.)

Eloranta ym. (2014, 69-70) käsitelivät tutkimuksessaan hoitotyöntekijöiden toteuttamaa asiakaslähtöistä ohjausta ja tarkastelivat siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Tuloksissa todettiin myönteistä kehitystä ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa. Kuitenkin sairaalahoitajaksojen lyhentyessä ja polikliinisen hoidon lisääntyessä on tärkeää pohtia ja kuvata minkälaista ohjausta asiakas missäkin sairauden ja hoitoprosessin vaiheessa saa. On todettu, että heti sairastumisen jälkeen motivaatio elämäntapamuutoksiin on korkealla ja sen ylläpitämiseksi hoidon jatkuvuus on tärkeää turvata. (Evans, Probert & Shuldham 2009, 223.) Kähkönen, Kankkonen & Saaranen (2012, 201) ovat tarkastelleet kirjallisuuskatsauksessaan sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden ohjausmenetelmiä, ohjauksen sisältöä ja kehittämistarpeita. Tulosten mukaan sepelvaltimotautia sairastavien ohjausmenetelmiä olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus sekä näiden yhdistelmät. Katsauksesta ilmeni, että ohjauksen toteutus oli osittain tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista. Lisäksi sairaalahoidon päätyttyä ohjaus koettiin riittämättömänä. Positiivisia tuloksia on saatu hoitajan toteuttamista ohjausryhmistä, mutta haasteena on niiden asiakkaiden mukaan saaminen, jotka hyötyisivät ohjauksesta eniten. Coster, Watkins & Norman (2018, 76) ovat tarkastelleet katsauksessaan sairaanhoitajien ohjaustyön osaamisen vaikutusta asiakastyytyvyyteen. Hoitajien ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde voi lisätä ymmärrystä sairaudesta sekä motivaatiota sairauden hallintaan erityisesti pitkäaikaisairauksien kohdalla. Tulokset osoittivat myös, että laadukas, hoitaja-lähtöinen ohjaustyö perusterveydenhuollossa on vaikuttavaa, kustannustehokasta ja lisää asiakastyytyvyyttä.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu positiivisia tuloksia digitaalisista ohjausympäristöissä sydänsairauksien kohdalla. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin kasvotusten tapahtuvan ohjauksen ja digiympäristön kautta tapahtunutta seitsemän kerran ohjausta. Molemmissa ryhmissä elämäntapa- ja lääkehoitoon liittyen saatiin positiivisia ja pysyviä muutoksia ihmisten terveyskäyttäytymiseen muun muassa tupakoinnin keskeyttämisen, verenpainearvojen ja painon putoamisen osalta. Molemmat ohjaustavat todettiin vaikuttavaksi ja digiympäristössä tapahtuva ohjaus kustannustehokkaaksi. (Keyserling ym. 2014, viitattu 13.1.2019.)

Sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden pitkäaikainen hoito ja seuranta toteutuvat pääasiassa perusterveydenhuollossa. Etenkin terveyskeskuksissa lääkärien nopea vaihtuminen ja riittämättömyys on johtanut tilanteeseen, jossa sairaanhoitajat ovat usein päävastuussa asiakkaiden jatkohoidosta. Lisäksi on havaittu, että eräät asiakasryhmät, kuten psykiatrissa hoitoa tarvitsevat, eivät saa asianmukaista hoitoa sydän- ja verisuonitautien ilmaantuessa. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä 2015, 34.) Jotta resurssit tulevaisuudessa riittävät ja jakautuvat väestölle tasaisesti, on tärkeää kohdentaa taloudelliset varat ja työ oikein ja oikeisiin kohteisiin. Palvelut tulee tuottaa niin, että niistä on todellista hyötyä asiakkaalle, tuottajalle ja tarjoavalle taholle. (Ahonen 2017, 14.) Sepelvaltimotautia sairastavan ohjauksen suunnittelussa ja uudistamisessa olisi tärkeää kiinnittää huomiota toimivien palvelujen aikaansaamiseen. Tavoitteena on asiakkaan kannalta parempaa laatua, toimivuutta, saatavuutta ja kokemuksia. Palvelun toimivuus määräytyy eri tavoin sairaalan johdon ja työntekijöiden kannalta kuin asiakkaan kannalta katsottuna. (ks. Ahonen 2017, 15.)

### **3.2 Hoitopolku**

Diagnoosikohtainen hoitopolku on kirjallinen suunnitelma asiakkaan hoidosta, ja se on tarkoitettu tukemaan hoidon porrastusta sairaanhoitopiirien sisällä. Hoitopolkujen tulisi perustua valtakunnallisiin hoitosuositukseen. Keskeistä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen hyödyntäminen siten, että yhteinen asiakas hoidetaan näyttöön perustuvien menetelmin oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Keskeisenä haasteena toimivissa hoitopoluissa on ajantasaisen tiedon siirtyminen eri hoitoportaiden välillä. (Nuutinen 2000, 1821, 1827.)

Sepelvaltimotautia sairastavan hoitopolku jakautuu erilaisten palvelusektorien välille. Julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, yksityiset palveluntarjoajat ja kolmas sektori, esimerkiksi vertaistukitoiminnan muodossa, voivat liittyä asiakkaan kuljettuun hoitopolkuun. Avohoidossa (ennen ja jälkeen erikoissairaanhoidon) erityistehtäviksi luetaan yleensä yleislääketieteellisen sairaanhoidon lisäksi myös terveyden edistäminen (informaation välittäminen, ohjaus) sekä ennalta ehkäisevä toiminta. Erikoissairaanhoidossa keskitytään jo kehittyneen taudin ja oireen hoitoon. Palvelun näkökulmasta erikoissairaanhoidon palvelut ovat avohoidon palveluita helpommin määriteltäviä ja aina yhteydessä asiakaskäyntiin tai hoitoprosessiin (esimerkiksi angiografiakäynti). (ks. Seppälä, Linna & Elonheimo 2014, 1.)

## 4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden profiileja, ja heidän kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta ja käyttämisestä sosiaali- ja terveystalviteista ennen ja jälkeen varjoainekuvauksen.

Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ja ratkaisuehdotuksia sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden saaman ohjauksen parantamiseen ja hoitopolun kehittämiseen ja muodostaa asiakasprofiilit uutta, asiakasprofilointiin pohjautuvaa ohjausympäristöä varten. Kehittämistyö toteutettiin palvelumuotoilun menetelmien avulla, palvelumuotoiluprosessin mukaisesti Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Prosessin eri vaiheiden tarkoitukset, tavoitteet ja tehtävät on esitetty alla.

### **Määrittelyvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät**

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön määrittelyvaiheen tarkoituksena oli kuvata toimeksiantajan, Sydämen asialla hankkeen, kehittämistyöhön liittyvät tarpeet ja tavoitteet sekä kuvata sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden asiakkaiden nykyinen sairaanhoitopiirin ohjeen mukainen hoitopolku. Määrittelyvaiheen tavoitteena oli lisätä kehittämistyöntekijöiden ymmärrystä sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden hoitopolusta. Lisäksi määrittelyvaiheen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä palvelumuotoilusta ja sen hyödyntämisestä sosiaali- ja terveysalalla.

### **Määrittelyvaiheen tehtävät**

1. Kuvata toimeksiantajan, Sydämen asialla –hankkeen, tarpeet ja tavoitteet kehittämistyölle.
2. Kuvata nykyinen sairaanhoitopiirin ohjeen mukainen hoitopolku.
3. Kuvata palvelumuotoilun menetelmiä ja työkaluja.

## **Tutkimusvaiheen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät**

Kehittämistyön tutkimusvaiheen tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden asiakasprofieileja, hoitopolkuja ja heidän kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta ja käyttämistään sosiaali- ja terveystalvuluista. Tavoitteena oli asiakasymmärryksen lisääminen sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa käyneistä asiakkaista, joilla on todettu sepelvaltimotauti.

### Tutkimusvaiheen tehtävät

4. Millaisia ovat sellaisten sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden profiilit, jotka ovat käyneet sydämen varjoainekuvauksessa?
5. Millaisia hoitopolkuja sydämen varjoainekuvauksessa käyneillä sepelvaltimotautia sairastavilla asiakkailla on?
6. Millaisia kokemuksia sydämen varjoainekuvauksessa käyneillä sepelvaltimotautia sairastavilla asiakkailla on saamastaan ohjauksesta ennen varjoainekuvauksia ja sen jälkeen?
7. Millaisia kokemuksia sydämen varjoainekuvauksessa käyneillä sepelvaltimotautia sairastavilla asiakkailla on saamistaan sosiaali- ja terveystalvuluista ennen varjoainekuvauksia ja sen jälkeen?

## **Suunnitteluvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät**

Suunnittelu- eli ideointivaiheen tarkoituksena oli kuvailla sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden ratkaisu- ja kehittämisehdotuksia palveluiden ja ohjauksen kehittämiseen. Lisäksi tarkoituksena oli mallintaa sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa käyneiden asiakkaiden uudistettu hoitopolku. Suunnitteluvaiheen tavoitteena oli tuottaa tietoa, ratkaisuehdotuksia ja ratkaisuehdotuksia asiakkaiden ohjauksen parantamista ja hoitopolun kehittämistä varten.

### Suunnitteluvaiheen tehtävät

8. Miten palveluja ja ohjausta tulee kehittää sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden näkökulmasta?

9. Millainen on sydämen varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien asiakkaiden uudistettu hoitopolku?

## 5 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkimuksellinen kehittämissyö toteutettiin palvelumuotoilun lähestymistavalla. Palvelumuotoilu on käytännönläheistä kehittämistä, jolla pyritään löytämään asiakkaan ongelmaan ja tarpeeseen ratkaisu. Palvelumuotoilun ydintä ovat asiakaskokemuksen tutkiminen, luovat menetelmät ja visuaalisuus. Asiakkaat haastetaan keräämään tietoa itse ja kertomaan palvelukokemuksistaan. Palvelumuotoilu mahdollistaa tutkimukseen empaattisen ja innovatiivisen lähestymistavan, jossa asiakkaat ovat keskiössä ja heidän kokemuksensa, tunteensa, tarpeensa ja toiveensa pyritään nostamaan esiin luovien menetelmien avulla. Palvelumuotoilulla yhdistetään asiakkaiden tarpeet ja odotukset sekä palveluntuottajan liiketoiminnalliset tavoitteet toimiviksi palveluiksi. Palvelumuotoilun avulla löydetyn ratkaisun tulisi tuottaa asiakkaalle arvoa. (Mattelmäki, Vaajakallio & Koskinen 2014, 67; Miettinen 2016, 21, 43; Stickdorn & Schneider 2011, 34, 36-43; Tuulaniemi 2013, 25.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämissyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on tavoittaa ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudesta, tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessakin teorian merkitys on kuitenkin ilmeinen, joten tutkimuksen viitekehys eli teoreettinen osuus on välttämätön. Laadullisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin kuuluu kokonaisvaltainen tiedonhankinta, jossa induktiivinen päättely ohjaa aineiston tarkastelua. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja käytetään tutkimusmetodeja, joilla saadaan esille tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden näkökulmat. On tärkeää, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on omakohtaista kokemusta tutkitavasta asiasta. Tämän vuoksi tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta asiantuntemuksen ja kokemuksen perusteella on mielekästä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 164; Holloway & Galvin 2017, 3-5; Tuomi & Sarajärvi 2013, 18, 85.)

Tämän kehittämissyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät muodostettiin Sydämen asialla hankkeen tarpeen pohjalta. Kehittämissyö aloitettiin syksyllä 2017. Tutkimussuunnitelman kirjoittaminen ajoittui marraskuusta 2017 helmikuuhun 2018. Tutkimuslupa oli koko hankkeelle haettu jo aiemmin. Kehittämissyön aineisto kerättiin kesäkuussa ja elokuussa 2018. Kehittämissyön raportin kirjoittaminen ajoittui kesäkuusta 2018 – tammikuulle 2019.

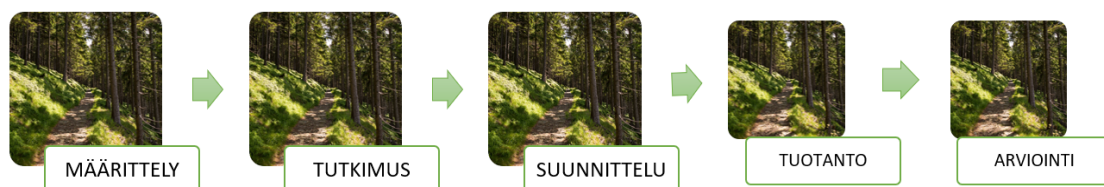
## 5.1 Kehittämistyöhön osallistujat

Tähän kehittämistyöhön osallistuivat asiakkaat, kehittämistyöntekijät, kehittämistyön ohjaavat opettajat, hankehenkilöstö ja sydänsairauksien asiantuntijoita. Asiakkaat olivat sydämen varjoainekuvauksessa käyneitä sepelvaltimotautia sairastavia henkilöitä. Tutkimukseen osallistuvat asiakkaat hankittiin paikallisten sydänyhdistysten kautta. Sydänyhdistysten yhdyshenkilöt lähettivät jäsenilleen kutsukirjeen ja tiedon työpajoista sähköpostitse. Viesti sisälsi ilmoittautumislinkin tilaisuuteen, jota kautta sydänyhdistysten jäsenet ilmoittautuivat työpajaan osallistujiksi.

Ohjaavina opettajina toimivat TtT, yliopettaja Anja Henner, TtT, yliopettaja Kirsi Koivunen ja TtT, Sydämen asialla hankkeen tutkija Outi Kajula. Asiantuntijoina toimi Oulun kaupungin sydänhoitaja.

## 5.2 Palvelumuotoiluprosessi kehittämistyössä

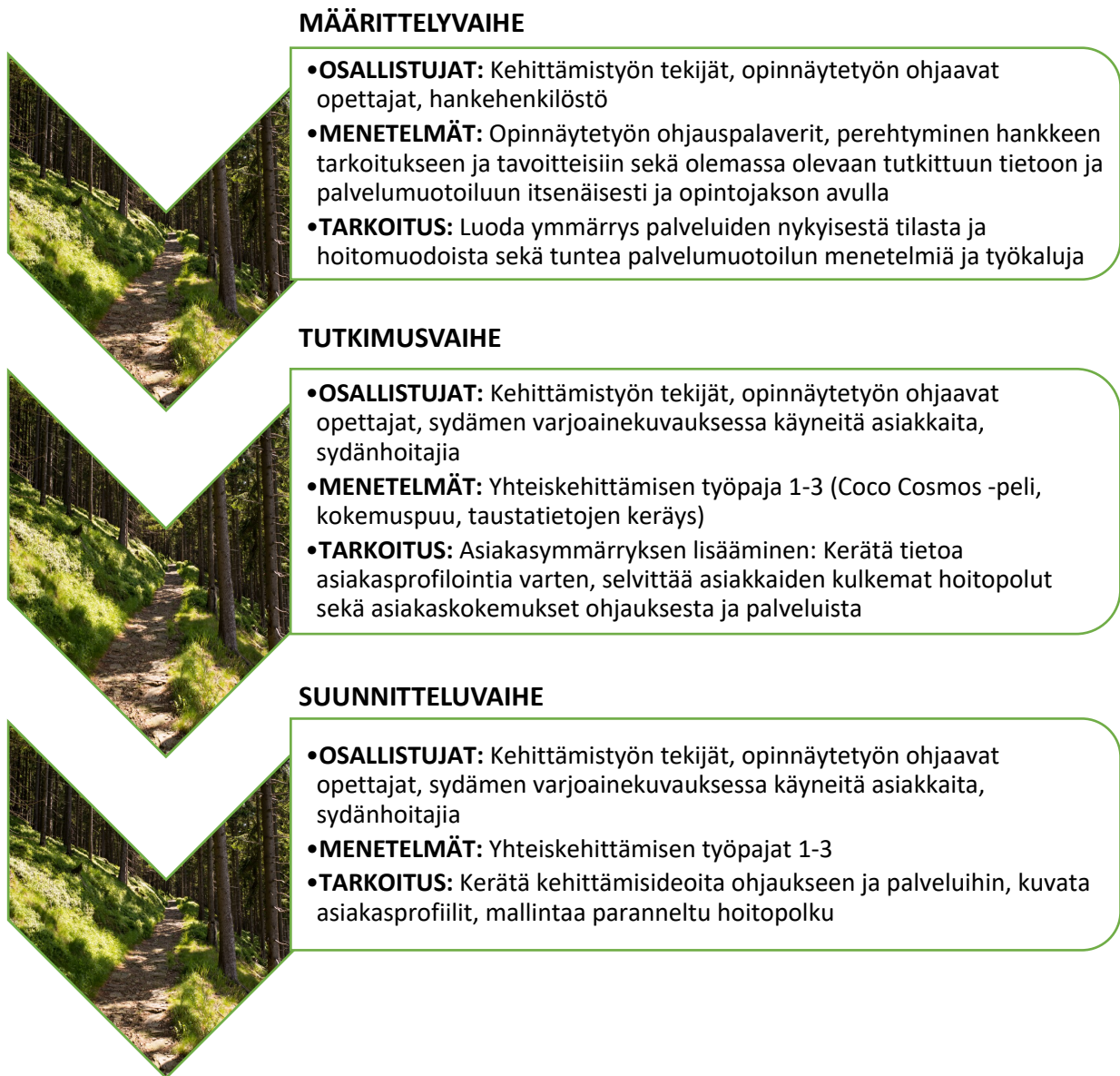
Tässä työssä palvelumuotoilun menetelmillä haluttiin syventää asiakasymmärrystä sydänoireista kärsivistä asiakkaista, joilta on löydetty sepelvaltimotauti varjoainekuvauksessa. Lisäksi haluttiin nostaa esiin heidän tiedostettuja ja tiedostamattomia palvelutarpeita palvelu- ja ohjauskokemuksiin liittyen.



KUVIO 1. Palvelumuotoiluprosessi

Palvelumuotoiluprosessi noudattaa luovan ongelmanratkaisun periaatteita. Palvelumuotoiluprosessin määrittäminen ja kuvaaminen täysin yhdenmukaiseksi ja tiettyyn sabluunaan meneväksi prosessiksi on mahdotonta. Pääpiirteet ovat kuitenkin samanlaiset kaikkien eri palvelumuotoilun toimijoiden esittämissä eri toteutusmalleissa. (Miettinen 2016, 31; Tuulaniemi 2013, 126.) Palvelumuotoiluprosessiin sisältyy Tuulaniemen (2013) mukaan viisi vaihetta, määrittely-, tutkimus-, suunnittelu-, palvelutuotanto- ja arviointivaiheet (Kuvio 1). Tässä kehittämistyössä toteutettiin näistä vai-

heista kolme ensimmäistä, määrittely-, tutkimus- ja suunnitteluvaiheet. Alla olevassa kuviossa kuvataan nämä kolme vaihetta, sisältäen vaiheisiin osallistujat, käytettävät menetelmät ja saavutettavat tavoitteet (Kuvio 2).



KUVIO 2. Kehittämistyön vaiheet.

### 5.2.1 Määrittelyvaihe

Tuulaniemen (2013, 128) kuvaama palvelumuotoiluprosessi käynnistyy määrittelyvaiheesta. Määrittelyvaiheessa tavoitteena on luoda ymmärrys palvelun tuottavasta organisaatiosta ja sen tavoitteista. Määrittelyvaiheessa selvitetään palvelua tuottavan organisaation nykytila.



Ensimmäisen määrittelyvaiheen tehtävän mukaisesti tämän tutkimuksellisen kehittämistyön määrittelyvaiheessa perehdyttiin ja kuvattiin toimeksiantajan kehittämistyöhön liittyvät tarpeet ja tavoitteet, hankittiin tietoa nykyisestä hoitopolusta perehtymällä sairaanhoitopiiriin kirjalliseen hoitopolkukuvaukseen ja Käypä hoito –suositukseen. Ymmärrystä palvelumuotoilusta lisättiin kirjallisuuden ja muun teoretiedon sekä Palvelumuotoilu -opintojakson avulla. Tarkemmin määrittelyvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät on kuvattu kappaleessa 3. Tähän määrittelyvaiheeseen osallistuivat kehittämistyöntekijöiden lisäksi opinnäytetyötä ohjanneet opettajat Anja Henner ja Kirsi Koivunen.

Palvelumuotoilussa käytetään termiä palvelupolku, kun puhutaan asiakkaan kokemasta palvelusta. Palvelupolku on palvelukokonaisuuden kuvaus. Palvelupolku kuvaa miten asiakas kulkee ja kokee palvelun aika-akselilla. Palvelupolku sisältää paljon yksittäisiä palvelutuokioita, jotka sisältävät useita palvelun kontaktipisteitä. Kontaktipisteitä ovat ihmiset, ympäristöt, esineet ja toimintatavat. Näissä pisteissä tapahtuu palveluntuotanto ja asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen vuorovaikutus. (Koivisto 2016, 49; Tuulaniemi 2013, 78-80.) Tässä kehittämistyössä käytetään palvelupolusta nimitystä hoitopolku.

Määrittelyvaiheen toisen tehtävän mukaisesti määrittelyvaiheessa perehdyttiin palvelumuotoilun menetelmiin ja työkaluihin syksyn 2017 ja alkuvuoden 2018 aikana palvelumuotoilukurssin ja siihen liittyvien tehtävien avulla sekä itsenäisesti palvelumuotoilusta löytyvään teoretietoon perehtymällä.

## **5.2.2 Tutkimusvaihe**

Määrittelyvaiheen jälkeen palvelumuotoiluprosessissa tulee Tuulaniemen (2013) mukaan tutkimusvaihe. Tutkimusvaiheessa kasvatetaan asiakasymmärrystä eli keskitytään keräämään ja analysoidaan asiakastietoa. Tiedonhankintaa tehdään tarkoituksenmukaisesti eli hankitaan sellaista tietoa, jota voidaan suoraan hyödyntää suunnitteluvaiheessa. Tämä ohjaa tutkimustehtävien ja –menetelmien valintaa. Asiakasymmärryksen lisääminen on tutkimusvaiheen tärkein ja koko palvelumuotoiluprosessin kriittisin osuus. Palvelut suunnitellaan vastaamaan käyttäjien tarpeita ja toiveita, joten käyttäjien todelliset tarpeet ja motiivit on erittäin tärkeää havaita ja tunnistaa. (Tuulaniemi 2013, 142-143.)

Asiakasymmärrystä lisättiin pitämällä kolme yhteiskehittämisen työpajaa. Työpajat pidettiin eri ajankohtina, kesäkuussa ja elokuussa. Asiakkaat kutsuttiin työpajoihin sydänyhdistysten kautta.

Työpajoihin kutsuttiin niiden kuntien sydänyhdistysten jäseniä, jotka lupautuivat yhteistyöhön. Yhteistyöhön lupautuneet sydänyhdistykset lähettivät sähköpostitse jäsenilleen kutsun/tiedotteen. Asiakkaat ilmoittautuivat mukaan työpajaan Webropolin kautta. Kehittämistyöntekijöiden toive osallistujamäärälle oli noin 10 henkilöä/työpaja, mutta määrää ei oltu rajattu mitenkään eikä ilmoitettu tiedotteessa. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen kerättiin työpajan alussa (Liite 1). Asiakkaiden lisäksi työpajoihin kutsuttiin osallistumaan sydänsairauksien asiantuntijoita (perusterveydenhuollon sydänhoitajia). Jokaisessa työpajassa oli molemmat kehittämistyöntekijät paikalla.

### Työpajaryhmät 1-3

Työpajassa käytetään useita eri menetelmiä, joiden avulla tietoa saadaan eri näkökulmista. Kehittämistyöntekijöiden tulee suunnitella työpaja niin, että se on tarpeeksi haastava ja herättää osallistujien mielenkiinnon. (Kuure, Miettinen & Alhosuo 2014, 475.) Työpajan ympäristönä tulee olla turvallinen ja kannustaa osallistujia tuomaan esiin ajatuksiaan vapaasti, ilman että heidän tarvitsee pelätä negatiivista ilmapiiriä. Työpaja-työskentely on ensisijaisesti yhteistyötä ihmisten kesken. Kaikkien osallistujien tulee olla tietoisia tapaamisen tarkoituksesta, sen tavoitteista ja työskentelyn periaatteista. (Bradwell & Marr 2017, 16–19.)



KUVA 1. Yleisnäkymää työpajoista.

Ensimmäisessä ja toisessa työpajaryhmässä oli seitsemän ja kolmannessa viisi osallistujaa. Kahdessa ensimmäisessä työpajassa oli mukana kaksi sydänhoitajaa, molemmat eri työpajoissa. Työ-

pajat alkoivat kahvitarjoilulla, kehittämistyöntekijöiden, kehittämistyön ja työpajan ohjelman esitte-  
lyllä sekä suostumusten keräämisellä. Asiakasymmärrystä lisäävät työpajat sisälsivät taustatieto-  
jen keräämisen **taustatietolomakkeella** (Liite 2), asiakkaiden hoitopolun kuvaamisen ja kehittä-  
miseideiden keräämisen **Coco Cosmos -pelin** avulla sekä kokemusten keräämisen **Kokemus-  
puun** avulla. Työpajojen aluksi selvitettiin asiakasprofilointia varten taustatietolomakkeella asiak-  
kaiden taustatietoja, kuten ikä, sukupuoli, koulutustaso sekä elämänasennetta kuvaava motto. Coco Cosmos -pelin pelaaminen videoitiin keskustelun ja pelin etenemisen tallentamiseksi. Työpa-  
joiden lopuksi asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja käyttämistään sosiaali- ja ter-  
veyspalveluista kerättiin muistilapuilla Kokemuspuuhun.



KUVA 2. Coco Cosmos -peli.

Coco Cosmos-peli on visuaalinen, vuorovaikutteinen työkalu, jolla syvennetään tietämystä käsitel-  
tävästä asiasta. Yleensä esille nousee tiedostettuja ja tiedostamattomia tarpeita ja toiveita. Pelissä  
jokainen osallistuu, keskustelelee ja neuvottelee, tuo esille oman näkemyksensä. Peli on alun perin  
suunnattu palveluliiketoiminnan yrityksille, mutta on nykyisin laajasti käytössä erilaisissa organi-  
saatioissa, järjestöissä ja yksityisillä ihmisillä. (Kinnunen 2015, 8; Tiede 2017, viitattu 1.6.2018.)  
Coco Cosmos -pelillä havainnollistetun hoitopolun avulla voidaan dokumentoida ja visualisoida asi-  
akkaan kokemuksia ja reaktioita hoitopolustaan. Näin saadaan esiin käyttäjän näkemys ja toimin-  
taa on mahdollista kehittää. Hoitopolku jaotellaan eri vaiheisiin, jolloin kuljettua polkua voidaan  
analysoida kohta kohdalta ja huomataa muutosta ja muotoilua vaativat kohdat. (ks. Service De-  
sign Tools 2009, viitattu 23.1.2018.)

Pienryhmissä työskennellen asiakkaat muodostivat omat hoitopolkunsaa Coco Cosmos -pelilaudalle  
yhteistyöllä, keskustelemalla ja tuomalla omat näkemykset esille. Hoitopolku koostui kolmesta vai-  
heesta; ennen, aikana ja jälkeen varjoainekuvauksen. Ensimmäiseksi kontaktpisteeksi määriteltiin

sydänperäinen oireilu, jonka vuoksi henkilö hakeutui terveydenhuollon palveluihin. Keskimmäiseksi kontaktipisteeksi määriteltiin varjoainekuvauks ja viimeiseksi asiakkaan saama jatkohoito ja sydän-kuntoutus. Kuljetun hoitopolun muotoutumisen jälkeen hoitopolusta nostettiin esille toimivat eli energiaa tuottavat kohdat ja hidasteet tai esteet, jotka olivat matkalla ongelma-kohtia. Tämän jälkeen asiakkailta kerättiin kehittämissideat pelilaudalle ja erilliselle paperille.



*KUVA 3. Kokemuspuu.*

Asiakkaiden kokemuksia ohjauksesta ja palveluista kerättiin kokemuspuuhun. Työpajassa Coco Cosmoksen pelaamisen aikana asiakkailta nousi esiin muistoja kokemuksistaan hoitopolun varrelta. Pelaamisen jälkeen he saivat kirjata kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta ja käyttämistään sosiaali- ja terveyspalveluista ennen ja jälkeen varjoainekuvauksen. Ajatukset koottiin seinälle rakennettuun kokemuspuuhun, joka visualisoi kokemuksia. Työpajojen jälkeen asiakkailta kerättiin palautetta tilaisuudesta Webropol -kyselyn avulla nimettömästi. Lisäksi asiakkailta oli mahdollisuus antaa kirjallinen palaute heti työpajan päätteeksi paikan päällä.

### **5.2.3 Suunnitteluvaihe**

Suunnitteluvaihe, joka sisältää ns. ideointivaiheen, toteutui osittain samoissa työpajoissa, kuin tutkimusvaihekin. Suunnitteluvaiheessa pyritään kehittämään mahdollisimman paljon ideoita tutkimuksessa nousseisiin ongelma-kohtiin. Tuulaniemen (2013) mukaan suunnittelu- ja ideointivaiheessa luovuutta saa käyttää, mahdottomiltakin tuntuvat ideat hyväksytään. Suuresta määrästä ideoita löydetään todennäköisesti käyttöön sopivimmat kehittämissideat palvelun parantamiseksi.

Ideat kerätään asiakkailta, sillä parhaat asiantuntijat palvelun kehittämiseen ovat palveluja käyttävät asiakkaat sekä henkilökunta. Ideoita ei kannata tehdä liian valmiiksi ennen niiden arviointia, eikä ideoita tarvitse puolustaa kritiikkiä vastaan. Huomioista on tarkoitus oppia ja tehdä muutoksia paranneltua hoitopolkua varten. (Design Research 2013, viitattu 5.2.2018.)

Tässä kehittämistyössä tutkimusvaiheen lisäksi tämä suunnitteluvaihe kasvatti asiakasymmärrystä. Asiakkailta kerättiin työpajoissa ratkaisu- ja kehittämisehdotuksia palveluiden ja ohjauksen kehittämiseen Coco Cosmos -pelin avulla. Näiden tietojen ja muun kerätyn aineiston avulla muodostettiin suunnitteluvaiheessa sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa käyneiden asiakkaiden paranneltu hoitopolku.

### **5.3 Aineiston analysointi**

Tässä kehittämistyössä aineiston analysointi tehtiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivinen sisällönanalyysi voidaan määritellä menettelytavaksi, jossa aineistoa analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä teoriaa rakennetaan aineisto lähtökohdaksi. (Margolis & Zunjarwad 2018, 620; Polit & Beck 2004, 580.) Sisällönanalyysin avulla voidaan muodostaa tutkivaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, esimerkiksi käsittekarttoja, joiden avulla voidaan esittää käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa (Kyngäs ym. 2011 139).

Induktiivinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta; valmistelun, organisoinnin ja tulosten raportoinnin. Aineisto luetaan huolellisesti, erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, pelkistetään, ryhmitellään ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Induktiivinen sisällönanalyysi käynnistyy aina aineiston ehdoilla ja analysointiprosessia ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät. (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs 2014, viitattu 1.1. 2019; Polit & Beck 2018, 277-279.) Tutkimustilanteissa syntynyt aineisto voidaan siirtää tekstimuotoon litteroimalla tallenteet. Litterointi lisää tutkijan vuoropuhelua tutkimusaineistonsa kanssa ja siitä on hyötyä tutkijan määritellessä riittävää aineistoa tutkimusongelman kannalta (Elo ym. 2014, viitattu 1.1.2019). Tutkimuksen analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen analysoinnin aluksi kehitellään menetelmiä aineiston luokitteluun. Menetelmien kehittelyn jälkeen alkaa varsinainen aineiston analysointi yhteisten piirteiden ja luonnollisten eroavaisuuksien etsimisellä. Aineisto luokitellaan ja nimitetään luokkien vastaavuuden mukaan ammatilliset käsitteet huomioiden. Aineistoa kuvaavat luokat

muodostetaan aina aineistosta itsestään. (Elo ym. 2014, viitattu 1.1.2019; Krippendorff 2004, 84-87; Polit & Beck 2018, 278-279, 292; Sandelin 2017, 6-7; Tuomi & Sarajärvi 2013, 95, 108-110.)

Kehittämistyössä kerättiin työpajoissa aineistoa visuaalisesti pelilaudalle ja kokemuspuuhun. Työpajojen jälkeen visuaalisesti kerätty materiaali valokuvattiin ja tarvittavat tekstit niistä ja taustatietolomakkeista kirjoitettiin sähköiseen muotoon. Työpajat videoitiin Coco cosmos -pelin osalta. Videokamera kuvasi pelilautaa ja siihen muodostuvia hoitopolkua. Videokuvatut aineistot purettiin tietokoneelle ja litteroitiin kokonaisuudessaan tekstimuotoon. Työpajaan osallistuvia henkilöitä ei videokuvattu eikä ilmeitä, eleitä ja äänenpainoja otettu litteroinnissa huomioon. Litteroitua tekstiä oli 42 sivua. Litteroitu aineisto luettiin kokonaisuudessaan ja päätettiin, miten aineistosta lähdetään etsimään tutkimuksen kannalta oleellisia asioita. Aineisto tiivistettiin tutkimuskysymysten avulla. Tämän jälkeen aloitettiin aineiston pelkistäminen. Pelkistämässä aineisto pienennettiin ja järjestettiin tiiviiseen, selkään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Pelkistettyjä ilmauksia aineistosta muodostui 161.

Aineiston ollessa tiiviissä muodossa aloitettiin aineiston analysointi. Käsitelty aineisto luettiin huolellisesti ja luokiteltiin tekstinkäsittelyohjelmalla kategorioihin. Kokemukset ohjauksesta ja kokemukset palveluista käsiteltiin omina kokonaisuuksinaan. Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin alakategorioiksi ja alakategoriat nimettiin. Alakategorioista saman sisältöiset yhdistettiin toisiinsa ja muodostettiin näin yläkategoriat, jotka myös nimettiin. Yläkategoriat yhdistyivät kahdeksi kaikkia kuvaaviksi pääkategorioiksi ja nämä lopulta yhdeksi yhdistäväksi kategoriaksi. Aineiston luokittelun jälkeen kirjoitettiin tutkimustulokset ja johtopäätökset. Kehittämissideat ryhmiteltiin omaksi ryhmäkseen paranneltujen hoitopolkujen muodostamista varten. Asiakasprofiilit muodostuivat lopuksi kerätyn aineiston pohjalta. Aineiston analysoinnissa saimme tiivistä ohjausta tutkija Outi Kajulalta.

### **Asiakasprofiilit**

Asiakasprofiilit ovat keskeinen asiakastutkimuksissa saadun asiakastiedon kiteyttämisen ja esittämisen menetelmä, jossa kerätty laadullinen aineisto muutetaan kuvauksiksi palvelun mahdollisista asiakkaista. Asiakasprofiilit ovat arkkityyppejä palvelun tietyistä käyttäjäryhmistä. Profiilit kiteyttävät käyttäjien roolin, tarpeet, tavoitteet, motivaation ja käyttäytymismallin tietyssä palvelun käyttötilanteessa tai kontekstissa. Asiakasprofiileja voi olla useita samaa palvelua käyttävien asiakkaiden keskuudessa. (Stickdorn & Schneider 2011, 178.)

Asiakasprofilointimenetelmässä asiakasprofiilit muodostuvat kerätystä aineistosta, niitä ei keksitä itse. Asiakasymmärrykseen perustuvat asiakasprofiilit luovat keinoja palvelujen ja palveluprosessien kehittämiseen. Ne auttavat pitämään asiakkaan tarpeet päällimmäisenä ja huomioimaan erilaisten käyttäjien tarpeet palveluja kehitettäessä ja suunniteltaessa. (Stickdorn & Schneider 2011, 178; Tuulaniemi 2013, 154.) Tässä kehittämistyössä asiakasprofiilit muodostettiin asiakkaiden taustatietojen ja Coco Cosmos -pelissä saatujen tietojen perusteella.

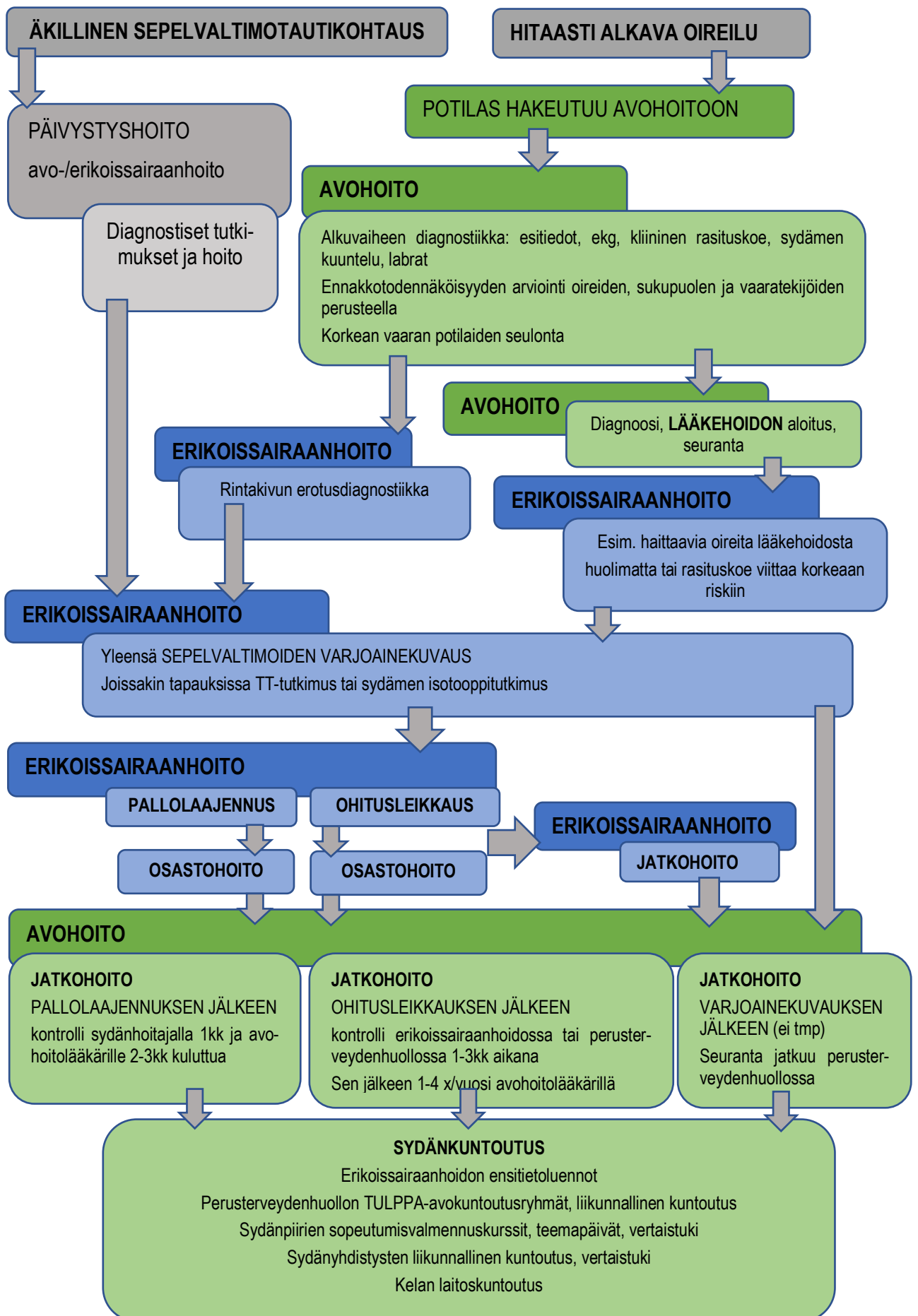
## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Määrittelyvaiheen tulokset

Määrittelyvaiheen tuloksena muodostuivat opinnäytetyön tavoitteet toimeksiantajan tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti, sairaanhoitopiirin ja Käypä hoito -suosituksen mukainen hoitopolku (Kuvio 3) ja valikoituivat tässä kehittämistyössä käytetyt palvelumuotoilun menetelmät ja työkalut.

Käypä hoito -suosituksen mukaan asiakkaan hoitopolku voi alkaa äkillisellä sepelvaltimotautikohtauksella tai hitaasti alkavalla oireilulla. Alla olevassa kuviossa (kuvio 3) kuvataan Käypä hoito -suosituksen ja sairaanhoitopiirin ohjeen mukainen varjoainekuvauksessa käyvien sepelvaltimotautia sairastavien hoitopolku. Äkillisen kohtauksen saatuaan asiakas ohjautuu päivystyshoitoon avo- tai erikoissairaanhoidon. Diagnostisten tutkimusten ja hoidon aloituksen jälkeen asiakkaan polku kulkee erikoissairaanhoidon sepelvaltimokuvaukseen ja toimenpiteeseen eli pallolaajennukseen tai ohitusleikkaukseen. Polku etenee nopeasti. Hitaasti alkavasta oireilusta kärsivän asiakkaan polku etenee hitaammin. Polku kulkee avohoidon kautta erikoissairaanhoidon sydämen kuvaukseen esimerkiksi silloin kun asiakkaalla on haittaavia oireita lääkähoidosta huolimatta tai rasisuskoe viittaa korkeaan riskiin. Varjoainekuvauksesta asiakkaan polku kulkee mahdolliseen toimenpiteeseen tai suoraan jatkohoitoon, jos toimenpidettä ei tarvita. Osastolta kotiutumisen jälkeen asiakkaan jatkohoidosta huolehditaan pääasiassa avohoidossa, mutta joissakin tapauksissa myös erikoissairaanhoidossa. Sepelvaltimotautia sairastaville kuntoutusta järjestävät erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuolto, sydänpiirit, sydänyhdistykset sekä Kela.





*KUVIO 3. Kuvaus varjoainekuvauksessa käyneiden sepelvaltimotautia sairastavien hoitopolusta Käypä hoito -suosituksen pohjalta.*

## 6.2 Tutkimusvaiheen tulokset

Tutkimusvaiheen tuloksena muodostuivat asiakasprofiilit, asiakkaiden kulkemat hoitopolut ja asiakkaiden kokemukset ohjauksesta ja sosiaali- ja terveystalviteista.

### 6.2.1 Asiakasprofiilit

Jokaiseen asiakasprofiiliin on määritelty perustiedot, kuljettu hoitopolku, kokemukset palveluista ja uudistettu hoitopolku. Erilaisia asiakasprofiileja syntyi neljä kappaletta tutkimusaineistoon perustuen. Asiakasprofiilien muodostumiseen vaikuttivat kuljetun hoitopolun alun kiireellisyys/kiireettömyys, polun etenemissuunta (avohoito/erikoissairaanhoido), hoitomuoto, jatkohoidon järjestymisen, sydänkuntoutukseen ohjautuminen, asiakkaan sitoutuminen hoitoonsa sekä asiakkaiden taustatiedot ja kokemukset palveluista ja ohjauksesta.



### Lääkehoidolla pärjäävä **Sirkka**

Sirkka on 67-vuotias eläkeläinen. Sirkka asuu puolisonsa kanssa Oulussa, keskustan tuntumassa. Aikuiset lapset ja lapsenlapset ovat Sirkalle läheisiä. Sirkkan elämäntavat ovat terveelliset ja hän pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan. Hän osaa hakea itse tietoa ja sepelvaltimotautiin sairastuttuaan onkin aktiivisesti hakenut tietoa sairaudestaan ja sen omahoidosta. Hän huolehtii jatkohoidonsa toteutumisesta varaamalla aikoja itse.

### **Kuljettu hoitopolku**

Sirkan oireet alkoivat hiljalleen vuoden 2016 aikana. Puristava tunne rinnassa lenkin aikana herätti huolen ja Sirkka hakeutui terveyskeskuksen tutkimuksiin. Sirkka sai alkuvaiheen diagnosoinnin jälkeen terveyskeskuksesta lähetteen varjoainekuvaukseen ja pitkältä tuntuneen odotusajan ja kuvauksen jälkeen diagnoosi sepelvaltimotaudista varmistui. Hoitomuodoksi valikoitui lääkehoito. Sirkka sai lääkitykseen ja sairauteen liittyvää elämäntapaohjausta omasta terveyskeskuksesta. Sirkka haki aktiivisesti tietoa itse ja hakeutui nopeasti myös vertaistukitoimintaan mukaan. Sirkka käyttää digipalveluita muun muassa varaamalla tarvittavia aikoja Oulun omahoito -sivujen kautta.

### **Kokemus palveluista**

Sirkan kokemukset palveluista ovat positiivisia. Hän on käyttänyt julkista terveydenhuoltoa ja on tyytyväinen hoitopolun eri vaiheisiin. Varjoainekuvauksen ja diagnoosin varmistumisen jälkeen Sirkka on itse hakeutunut jatkohoitoon terveyskeskuksen sydänhoitajalle, jonka jälkeen myös jatkohoito on ollut sujuvaa ja ohjaus yksilöllistä. Sirkka on aktiivi vertaistukitoiminnassa ja olisi valmis kokeilemaan myös uusia ohjausmenetelmiä digiympäristöissä.

### **Palveluiden kehittämiskohdat**

Sirkka toivoo huomion kiinnittämistä myös sairastuneen psyykkisen puolen ja omaisten huomioimiseen. Akuutissa sairastumisenvaiheessa Sirkka olisi toivoinut esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamista, jonka kanssa käsitellä sairauden puhkeamista yhdessä puolison kanssa. Sirkka toivoisi myös digitaalisia palveluita, joista saisi juuri itseään koskevaa tietoa, sillä hän tuntee vertaistukitoiminnan kautta useita ihmisiä, joille luotettavan tiedon etsiminen netistä ei ole luontevaa ja löydetyistä tiedosta heidän on haastavaa poimia itseään koskevat asiat.



### **Pallolaajennuksen läpikäynyt Pekka**

Työelämässä tiivisti mukana oleva 55-vuotias Pekka asuu Oulun kehyskunnassa. Pekka on eronnut ja hänellä on aikuisia lapsia, jotka asuvat isänsä lähellä. Pekka harrastaa metsästystä ja nauttii ruuanlaitosta. Työ on Pekalle tärkeää ja hän toimii aktiivisesti mukana eri järjestöissä sekä harrasteporukoissa.

### **Kuljettu hoitopolku**

Keväällä 2014 Pekan oireet alkoivat äkillisesti työpaikalla, josta hänelle hälytettiin apua. Ambulanssi kuljetti Pekan OYS:iin, josta hän siirtyi päivystyksen kautta kiireellisenä toimenpiteeseen. Pekalle tehtiin pallolaajennus kahteen suoneen ja hän pääsi kotiutumaan seuraavana päivänä. Jatkoahoito järjestyi työterveyshuollon kautta. Työterveyslääkärin suosituksesta Pekka hakeutui myöhemmin sydäntuntoutukseen sopeutumisvalmennuskurssille.

### **Kokemus palveluista**

Pekan oireet alkoivat äkillisesti ja hoitopolku työpaikalta toimenpiteen kautta vuodeosastolle toipumaan tapahtui saman vuorokauden aikana. Pekka onkin todella tyytyväinen ja kiitollinen nopeasta hoidosta, joka pelasti hänen henkensä. Jatkoahoito järjestyi lyhyen sairausloman jälkeen omasta työterveyshuollosta ja tähän Pekka on tyytyväinen. Esimerkiksi laboratoriotestien ottamisen Pekka kokee hyvin sujuvana. Ymmärrys sairauden vakavuudesta ja elinikäisestä lääkityksestä sisäistyi Pekalle hiljalleen. Pekka hoksasi, että erikoissairaanhoidossa saadusta ohjauksesta ja paperiesitteistä ei jäänyt paljoakaan mieleen. Muutamia kuukausia sairastumisensa jälkeen Pekka osallistui sopeutumisvalmennuskurssille, jonka koki erittäin hyvänä ja tärkeänä omahoidon kannalta.

### **Palveluiden kehittämiskohdat**

Pekka toivoo oikea-aikaisempaa ohjausta akuutin sairastumisvaiheen jälkeen. Nopea toimenpide ja lyhyt sairaalassaolo mahdollistivat nopean kotiutumisen, mutta Pekka kokee, että ei ehtinyt sisäistää, että mitä itseasiassa edes tapahtui. Hän toivoo, että kotiuttavalta osastolta saisi tietoa tapahtuneesta ja asianmukaista ohjausta jonkin aikaa kotiutumisen jälkeen.



### **Ohitusleikattu Reijo**

70-vuotias eläkeläinen Reijo on entinen metsuri ja tottunut fyysiseen työhön. Poikamiehenä viihtyvä Reijo asuu Oulussa, noin 10 kilometriä keskustasta. Eläkkeelle jäätyään Reijo on viihtynyt mökillään, jossa on saanut

jatkaa hänelle rakkaan metsätyön parissa. Syksyisin Reijo harrastaa metsästystä ja hirvimiesten porukka on hänelle tärkeä yhteisö. Reijo nauttii nuotiolla istumisesta ja retkieväiden nauttimisesta metsästysporukan kanssa. Reijon lähisuvussa esiintyy runsaasti sydän- ja verisuonisairauksia.

### **Kuljettu hoitopolku**

Jo työuransa aikana Reijo on kärsinyt erilaisista fyysistä oireista, mutta ei ole halunnut hakeutua tarkempiin tutkimuksiin. Reijo ei viihdy sairaalaympäristöissä eikä hae itse tietoa sairaudestaan. Pian vuonna 2005 eläkkeelle jäätyään Reijon vointi huononi merkittävästi ja hän hakeutui itse yhteispäivystykseen. Yhteispäivystyksessäkin Reijo koki, että oli tullut paikalle turhaan ja vähätteli oireitaan. Tutkimusten jälkeen hänet vietiin kuitenkin nopeasti leikkaussaliin, jonka jälkeen Reijo heräsi teho-osastolta. Reijolle oli tehty kiireellisenä ohitusleikkaus. Reijo kotiutui lopulta yli viikon vuodeosastojakson jälkeen mukanaan paperinippu ja kassillinen lääkkeitä.

### **Kokemus palveluista**

Reijon kokemus palveluista on negatiivinen. Hän on tyytyväinen, että hänen henkensä pelastui leikkauksen myötä, mutta kokee ettei ole saanut jatkohoitoa tai sydänkuntoutusta ollenkaan. Reijo kokee, ettei häntä ohjattu jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta kotiutuessaan vaan hän jäi yksin. Hän ei itse tiedä keneen pitäisi ottaa yhteyttä, jotta jatkohoito järjestyisi. Reijo kertoo, että hänellä on halu muuttaa elämäntapojaan, ettei enää joudu sairaalaan, mutta kokee, että ei itse osaa hakeutua palveluiden pariin.

### **Palveluiden kehittämiskohdat**

Reijo kaipaa apua muuttaakseen elämäntapojaan. Hänen mielestään sydänkuntoutuksesta hyötyisi pitkänkin ajan päästä, jos on jäänyt vaille sydänkuntoutusta heti sydäntapahtuman jälkeen. Hänestä elämäntapojen muuttaminen yksin on niin hankalaa.



## Useita palveluita käyttänyt **Lissu**

78-vuotias Lissu on eläkkeellä oleva kansakoulun käynyt kotitalousapulainen. Hän asuu keskustassa lähellä palveluita. Hän on toiminut miehensä omaishoitajana vuosia. Miehen kuoleman jälkeen hän jäi yksin. Miehensä kuoleman jälkeen Lissua on vaivannut kuoleman pelko. Aiemmin Lissu

matkusteli miehensä kanssa paljon. Hän haluaisi edelleen matkustella, muttei uskalla poistua kauas lääkäripalveluista. Lissu ei harrasta liikuntaa, koska kokee, ettei nykyisin vaivoiltaan pysty. Hän ei käytä sähköisiä- ja digitaalisia palveluja, ne ovat hänelle kauhistus.

### **Kuljettu hoitopolku**

Vuosien varrella Lissu on kärsinyt monenlaisista vaivoista, joiden vuoksi hän on käynyt useiden eri lääkäreiden vastaanotoilla sekä julkisella että yksityisellä puolella hakiessaan oireilleen syytä. Myös erikoissairaanhoido on tullut hänelle tutuksi, etenkin yhteyspäivystyksen osalta. Hän sairastaa reumaa ja kärsii tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Lissulla oli 90-luvulla sairauskohtaus, jossa käsi tuli todella kipeäksi. Hän hakeutui terveyskeskukseen, josta hänet laitettiin kiireellisesti ambulanssilla erikoissairaanhoidon. Lissu ei muista tarkasti mitä hänelle silloin tehtiin, mutta kiireen hän muistaa ja jotain lääkkeitä saaneensa. Siitä asti hän on syönyt silloin aloitettuja lääkkeitä, eihän niitä lopetakaan uskalla. Reuman vuoksi hän on käynyt säännöllisesti vastaanotolla terveyskeskuksessa, jossa on otettu myös verikokeita. Syksyllä 2013 hän koki olevansa jatkuvasti väsynyt, ja oli siitä huolissaan. Hän kävi sekä terveyskeskuslääkärillä että yksityislääkärillä, väsymys laitettiin reuman syyksi. Lopulta useiden lääkärikäyntien jälkeen hän pääsi kardiologille ja hänelle tehtiin rasisus-EKG. Lissu sai lähetteen varjoainekuvaukseen, johon hän odotti aikaa useita kuukausia. Varjoainekuvauksessa todettiin usean suonon olevan lähes tukossa, ja hänelle tehtiin ohitusleikkaus. Ohitusleikkauksen jälkeen Lissu on käynyt pari kertaa vuodessa kontrollissa terveyskeskuksessa, mutta hänen mukaansa siellä jutellaan vain reuman hoidosta.

### **Kokemus palveluista**

Lissun kokemukset palveluista ja ohjauksesta ovat pääosin negatiivisia. Kukaan ei ole ottanut hänen hoidostaan kokonaisvaltaista vastuuta. Epävarmuuden tunne hoitohenkilökunnan ammattitaidon suhteen on lisääntynyt väärällä diagnoosilla hoitamisen myötä. Hän kokee kuoleman pelon

olevan läsnä jatkuvasti eikä koe saaneensa siihen minkäänlaista apua. Lissun kokemuksen mukaan tiedonsaanti eikä ohjaus ole ollut riittävää missään vaiheessa hoitopolkua. Hänen mielestään toista oli ennen, kun oli tuttu terveyskeskuksen oma lääkäri, jolle sai soittaa vaikka keskellä yötä! Sydänkuntoutuksesta hän ei koe koskaan kuulleensakaan, joten ei ole osannut niihin hakeutua. Sähköisten palveluiden lisääntyessä hän pelkää saavansa jatkossa entistä vähemmän apua.

#### **Palveluiden kehittämiskohdat**

Lissu kaipaa enemmän ohjausta ja tietoa. Tällöin pelotkin vähenisivät. Hänen mielestään ison sydäntoimenpiteen jälkeen kaikkien pitäisi saada säännöllistä jatkoseurantaa ja halutessaan myös keskusteluapua. Hänestä olisi hyvä, jos olisi oma hoitaja tai lääkäri, joka hoitaisi hänet kokonaisvaltaisesti ja hänelle saisi helposti varattua aikoja.

### **6.2.2 Hoitopolku**

Asiakkaiden hoitopolut muodostuivat Coco Cosmos-pelilaudalle. Kolmessa eri työpajassa pelilaudoille muodostuneet hoitopolut olivat visuaalisesti erilaisia, mutta asiakkaiden tuottama sisältö pelilaidoille oli hyvin samankaltaista joka työpajassa. Hoitopolut jaoteltiin ”ennen”, ”aikana” ja ”jälkeen” lohkoihin pelilaudoille, jossa ”aikana”, kuvasi hoitoa erikoissairaanhoidossa (kuvio 4 alla). Sepelvaltimotautiin sairastunut asiakas käytti useita eri palveluita hoitopolkunsa aikana. Hoitopolku saattoi risteillä julkisen ja yksityisen hoidon välillä, kun asiakas yritti selvittää oireiluidensa syytä tai hakea itselleen sopivaa jatkohoitoa. Hoitopolut saattoivat olla hyvinkin erilaisia myös erikoissairaanhoidossa. Osalla asiakkaista hoitopolku oli kokemuksena selkeä ja sujuva aina päivystyksestä kotiutumiseen. Osa asiakkaista kävi myös erikoissairaanhoidossa useampia kertoja ennen kuin varmistuivat diagnoosista. Asiakasprofiilien mukaiset hoitopolut kuvataan tulososiossa kuvioina.

ENNEN	AIKANA	JÄLKEEN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveyskeskus <ul style="list-style-type: none"> <li>• vastaanotto</li> <li>• päivystys</li> <li>• laboratoriapalvelut</li> <li>• räsitus-EKG</li> </ul> </li> <li>• Yksityinen lääkärikeskus ja työterveyshuolto <ul style="list-style-type: none"> <li>• vastaanotto</li> <li>• laboratoriapalvelut</li> <li>• räsitus-EKG</li> </ul> </li> <li>• Ambulanssi</li> <li>• Yhteispäivystys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteispäivystys</li> <li>• Räsitus-EKG</li> <li>• Angiografia</li> <li>• Leikkaussali, toimenpide</li> <li>• Teho-osasto</li> <li>• Vuode-osasto</li> <li>• Fysioterapia</li> <li>• Ravitsemusterapia</li> <li>• Vertaistuki-info</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveyskeskus</li> <li>• Yksityinen lääkärikeskus</li> <li>• Työterveyshuolto</li> <li>• Apteekki</li> <li>• Laboratoriapalvelut</li> <li>• Sydänyhdistykset</li> <li>• Sopeutumisvalmennus-kurssit</li> </ul>

KUVIO 4. Esimerkkejä asiakkaiden hoitopolun vaiheista ennen, aikana ja jälkeen varjoainekuvauksen. Vaiheet sisältävät useita palveluita ja niiden kontaktipisteitä.

Asiakkaiden kokemusten mukaan selvästi suurimmat haasteet hoitopolussa olivat erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirryttäessä. Asiakkaat kokivat hoitopolun päättyvän erikoissairaanhoidosta kotiutumiseen. Mikäli asiakkaalla oli lieviä oireita ja diagnosointi oli epävarmaa tai epäselvää, kokivat asiakkaat hoitopolun haastavaksi myös sen alkuvaiheessa. Ennen varjoainekuvaukseen ja toimenpiteeseen pääsemistä asiakkaat kokivat odottamisen epämiellyttävänä, etenkin jos oireita sellistä ei vielä ollut löytynyt. Hoitopolun haasteeksi asiakkaat kokivat myös psyykkisen jaksamisen sairauden ilmetyä ja hoidon aikana. Varsinkin asiakkaat, joiden hoitopolku eteni nopeasti toimenpiteeseen ja sieltä kotiin, olisivat kaivanneet psyykkistä tukea ja hyvää seurantaa kotiutumisen jälkeen. Asiakkaat nostivat esiin kokemuksen, että hoito erikoissairaanhoidossa tapahtui niin nopeasti, että he eivät ehtineet käsitellä saatikka sisäistää sairastumistaan. Tämä vaikutti merkittävästi muun muassa asiakkaan kokemukseen saamastaan ohjauksesta, koska asiakkaat kokivat, että eivät vielä erikoissairaanhoidossa kyenneet ottamaan vastaan kaikkea ohjausta ja tietoa, joita saivat. Osittain nämä kokemukset johtuivat liian vähäisestä tai liian aikaisesta tiedonsaannista. Lisäksi asiakkaat kokivat hoitopolun haasteeksi sen, että terveyskeskukseen oli vaikea saada aikoja.



## 6.2.3 Asiakkaiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista

### KOKEMUKSET PALVELUISTA

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
1) ”Sanotaan että tää on lievä, mutta mikä on lievä”	1) Epätietoisuus sairauden vakavuudesta	1) Hoitoon liittyvä epävarmuus	1) Tyytymättömyys hoitoon	1) Palvelun toteutus
2) ”Se päivystyksessä odottaminen, se oli kyllä karmeaa”	2) Päivystyksessä odottaminen	2) Pitkä odotusaika päivystyksessä hoitopolun alussa	2) Odotusaika	2) Palvelun saatavuus

KUVIO 5. Kokemukset palveluista -yhdistävän kategorian muodostuminen.

Asiakkaiden palveluihin liittyvistä kokemuksista muodostui aineiston analyysin tuloksena kaksi pääkategoriaa, palvelun toteutus ja palveluiden saatavuus. Aineiston perusteella palvelun toteutuksesta ja saatavuudesta on sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia palvelun eri vaiheissa. Kuten asiakasprofiilien määrittelyssä tuli esiin, usein sepelvaltimotaudin oireita oli saattanut olla asiakkailla jo pitkään ennen hoitoon hakeutumista. Lievemmästä oireiluista kärsineet asiakkaat olivat hakeutuneet vaihtelevasti julkiseen perusterveydenhuoltoon, yksityiselle lääkäriasemalle tai työterveyshuoltoon oireiden syytä selvittääkseen. Kokemukset vaihtelivat, mutta yhteistä asiakkaille oli pitkä odotusaika tutkimuksiin hoitopolun alussa. Pitkä odotusaika varjoainekuvaukseen erikoissairaanhoidon puolelle lisäsi tyytymättömyyttä palveluihin.

*”Se oli aika heikkoa ku lähes puoli vuotta odotin sitä varjoainekuvausta”*

Hoidon aloitus tapahtui erityisesti akuuteissa sepelvaltimotautikohtauksissa asiakkaiden mukaan sujuvasti, ja tämä lisäsi tyytyväisyyttä hoitoon. Mikäli hoitopolku oli kulkenut yhteispäivystyksen kautta, korostui kokemuksissa tyytymättömyys yhteispäivystykseen nimenomaan pitkään odotukseen liittyen.

*”Mulla ei ollut muuta huonoa kokemusta kuin se, että meni kauan aikaa päivystyksessä, ennen kuin pääsin tarkkailuosastolle”*

*”Terveyskeskuksessa nopea hoito helpotti kipua, samoin Oysissa”*

Erikoissairaanhoidossa korostuivat asiakkaiden positiiviset kokemukset perusteellisista tutkimuksista ja hyvästä palvelusta. Hyvään hoitokokemukseen liittyi usein tunne tehokkuudesta, ammattitaitoisesta henkilökunnasta ja henkilökohtaisesta kohtaamisesta. Asiakkaiden tarpeiden huomioinen oli merkittävä tekijä hoidon tyytyväisyyteen liittyen. Asiakkaat kaipasivat tarkkaa, yksilöityä tietoa omasta tilanteestaan. Kokemus siitä, että asiakas itse voi vaikuttaa hoitonsa kulkuun ja että häneltä kysytään mielipidettä esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin liittyen, oli merkittävä tyytyväisyyden lisääjä. Tyytyväisyys henkilökunnan ammattitaitoon nousi esiin sekä erikoissairaanhoidossa että avohoidossa. Positiivinen kokemus henkilökunnan ammattitaidosta henkilöityi yleensä yksittäiseen lääkäriin tai hoitajaan, jolta asiakas on kokenut saavansa tietoa, tukea ja ohjausta kokonaisvaltaisesti. Kokemuksissa nousi esiin oireiden todesta ottamisen merkitys. Asiakkaat olivat aktiivisesti itse etsineet apua niin julkiselta kuin yksityiseltä puolelta ja kokeneet, että heitä ei ole otettu tosissaan.

*”Mulle sattui semmoinen lääkäri, joka teki semmoisen hoitosuunnitelman. Se teki semmoisen polun mitä tapahtui. Näkyi varjoainekuvaukset ja kaikki. Edettiin sen mukaan ja etsittiin syytä kunnolla”*

*”Ihan tämmöinen pienen tiedonmurun antaminen, kun se ottaa todesta ja vastaa minun tarpeeseen. Siihen mitä minä pelkään, tai mitä se nyt milloinkin on”*

*”Tuntui siihen asti, että kun mää olin käynyt yksityisestikin, että jäi semmoinen maku suuhun, ettei mua oteta tosissaan”*

Tyytymättömyys hoitoon hoitopolun alkupäässä liittyi hoitoon liittyvään epävarmuuteen, riittämättömiin henkilöstöresursseihin ja liian vähäisen tuen määrään. Epävarmuus diagnoosista ja omaan hoitoon liittyvä epätietoisuus lisäsi pelkoa ja ahdistusta asiakkaissa. Asiakkailla oli kokemus, että heitä oli hoidettu väärän diagnoosin pohjalta. Lisäksi huolta lisäsi epätietoisuus sairauden vakavuudesta.

*”Sanotaan, että tää on lievä, mutta mikä on lievä?”*

*”Sitä määh ihmettelin, että kun määh kävin kolmella eri lääkäriellä terveystakesuksessa, Oysissa ja yksityislääkäriellä ja kaikilla oli sama väärä diagnoosi”*

Asiakkaiden kokemuksissa korostuu monilta osin toimiva erikoissairaanhoido. Osalla asiakkaista oli kokemus sekä pallolaajennuksesta että ohitusleikkauksesta. Asiakkaat kokivat toimenpiteet hyvin erilaisina. Pallolaajennus koettiin helppona ja nopeana toimenpiteenä ja asiakkailla saattoi olla käsitys, että pallolaajennuksessa voisi käydä useamman kerran vuodessa oireita helpottaakseen. Ohitusleikkaus hoitomuotona koettiin paljon haastavampana ja selkeästi merkittävämpänä oman terveyden näkökulmasta.

*”Tuo pallolaajennus tehtiin kaksi kertaa, mutta määh en pitänyt sitä oikein minään. Mutta tätä ohitusleikkausta määh pidin melko juttuna”*

*”Määh kans koin pallolaajennuksen helppona, näitä (ohitusleikkausta) ei voi verratakkaan”*

Selkeästi haasteellinen kohta hoitopolussa ja palveluissa nousee esiin erikoissairaanhoidosta jatko-hoitoon siirryttäessä. Asiakkaat kuvaavat, että heillä on ollut vaikeuksia saada jatkohoitoo. Vaikeus jatkohoidon saamiseen liittyi usein asiakkaan kokemukseen saadusta ohjauksesta, jota avaamme tarkemmin vielä alla olevassa kappaleessa. Lisäksi haasteita oli yleisesti hoidon saamisessa ja hoitoon ohjautumisessa. Asiakkaat kuvasivat tilanteita, joissa olivat yrittäneet saada palveluita jatkohoidon suhteen, mutta eivät yrityksestä huolimatta olleet saaneet jatkohoitoo tai kokivat sen riittämättömäksi. Asiakkaat olivat esimerkiksi saaneet erikoissairaanhoidosta tiedon, että perusterveydenhuollossa toimii sydänhoitajia, joita asiakkaan on mahdollista tavata. Kuitenkin vain osalla asiakkaista oli kokemus, että oli tavannut sydänhoitajaa erikoissairaanhoidon jälkeen. Asiakkaiden kommenteissa nousi esiin tyytymättömyys julkisen puolen perusterveydenhuoltoon ja moni asiakkaista oli järjestänyt jatkohoidon itse yksityisellä lääkärikeskuksella. Asiakkailla saattoi olla muita perussairauksia, kuten reuma tai diabetes, jota seurattiin tiiviimmin perusterveydenhuollossa. Nämä asiakkaat kokivat, että sepelvaltimotautia hoidettiin muiden sairauksien ohella. Asiakkaat kokivat yllättävänä, että palveluista, ja erityisesti jatkohoidosta huolehtiminen oli asiakkaan omalla vastuulla. Asiakkaat olivat olettaneet, että heihin otetaan yhteyttä, eivätkä he olleet osanneet pyytää palveluita.

*”Se on niin monimutkaista. En määh tienny ees, että siellä on joku sydänhoitaja”*

*”Käskettiin ottaa sydänhoitajaan yhteyttä ja terveystakeskukseen. Eihän semmoisia sydänhoitajia löytynyt. Siihen se polku sitten loppuikin”*

*”Kävin terveystakeskuksen labrassa, ensimmäisen tunnin istuin ja toisenkin tunnin istuin. Sanoin, että ei tämä voi olla tämmöistä palvelua, ei tätä voi palveluksi sanoakaan”*

*”Enkä oo käynyt missään jälkitarkastuksessa. Vaikka sanottiin, että vuoden jälkeen tulee jälkitarkastus, ei oo mitään kuulunut”*

*”Rintakipu oli paljon, pallolaajennuskin oli tehty silloin, mutta siitä oli hetken aikaa vain apua. Se mitä ihan kokonaisuutena oon kaivannut juuri sitä terveystakeskuksen henkilökohtaista tukea”*

Ne asiakkaista, jotka kokivat saaneensa perusterveydenhuollosta sujuvasti jatkohoittoa, olivat palveluihin pääosin tyytyväisiä. Tyytyväisyyttä lisäsi mahdollinen omahoitaja tai –lääkäri, mahdollisuus saada apua soittamalla tai sähköisten järjestelmien kautta sekä hoidon säännöllisyys.

*”Vuosihooltoihin tai –tarkastuksiin tulee aika ja jos on tarvetta, otan yhteyttä”*

*”Mulla on ollut terveystakeskuksessa sydänhoitajan kontrolli pari kertaa vuodessa. Mielestäni asi-  
antuntevaa palvelua”*

*”Se OmaKantahan on hirveän kätevä. Voi uusia reseptit ja kaikki. Ei tarvi kiikuttaa lääkärille”*

Työterveyshuolto koettiin pääosin positiivisena erityisesti jatkohoidon järjestymisen kannalta. Asiakkaat kokivat työterveyshuollon palvelut selkeämpänä kuin esimerkiksi julkiset palvelut.

*”Kyllä se työterveyshuolto on yksinkertaisempaa käyttää mitä julkisia palveluita”*

Sydänkuntoutuksen ja vertaistukitoiminnan merkitys korostui jatkohoidon yhteydessä. Erityisesti paikallisten sydänyhdistysten toiminta ja siihen mukaan lähteminen nähtiin hyvin positiivisena ja merkityksellisenä. Erikoissairaanhoidon kautta järjestetyt valmennuskurssit olivat olleet tärkeitä tiedonlisääjiä ja vertaistuen mahdollistajia. Osa asiakkaista oli käynyt kolmen päivän valmennuskurssin ja osa nykyisen mallin mukaisen, noin puoli päivää kestävä kurssin. Osa asiakkaista oli käynyt sopeutusvalmennuskurssin, joihin haetaan omatoimisesti. Asiakkaat kokivat, että Oulun alueella

sydänyhdistys tekee tiivistä yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa ja tätä pidettiin merkittävänä. Asiakkaat toivoivat sydäntutukselta konkreettista tietoa sairaudestaan ja kaipasivat lisää elämäntapaohjausta.

*”Kyllä se oli avartava kokemus, kun kuunteli sitä ravitsemusluentoa”*

*”Sitten siellä oli se hyvä kardiologi, kun lääkkeitä puhuttiin (valmennuskurssilla). Se herätti paljon keskustelua”*

*”Se oli todella hyvä sydänyhdistyksen puolesta. Siihen aikaan oli vielä kolme päivää tämä kurssi”*

*”Haluan nostaa esiin tuon sydänyhdistyksen. Mää en olisi tässä muuten porisemassa”*

#### 6.2.4 Asiakkaiden kokemukset ohjauksesta

### KOKEMUKSET OHJAUKSESTA

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
1) ”Henkilökunnalla on niin kiire että ei ehdi antaa ohjausta, toimenpiteen jälkeen jää oman onnen nojaan”.	1) Henkilökunnan riittämättömyys ja kiire.	1) Liian vähäinen henkilöstön määrä	1) Henkilöstöresurssi	1) Resurssi
2) ”Kaikki ohje ei jää heti mieleen, tarvis hetken päästä ohjeita”.	2) Kokemus, että ohjaus ei ollut oikea-aikaista	2) Oikea-aikaisen ohjauksen puute	2) Riittämätön ohjaus	2) Asiakaslähtöisyys

KUVIO 6. Kokemukset ohjauksesta -yhdistävän kategorian muodostuminen.

Asiakkaiden ohjaukseen liittyvistä kokemuksista muodostui aineiston analyysin tuloksena kaksi pääkategoriaa, asiakaslähtöisyys ja resurssit. Asiakaslähtöisyyteen sisältyivät ohjaus, tiedonsaanti ja yksilöllisyyden huomioiminen ohjauksessa.

Ohjaus koettiin sekä riittämättömäksi että hyväksi ja riittäväksi. Asiakkaiden kokemuksissa oli eroja, mutta asiakkaan kokemukset myös vaihtelivat hoitopolun vaiheiden mukaan. Riittämättömäksi ohjaus koettiin erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirryttäessä, sydänkuntoutukseen ohjaamisessa sekä ohjauksen oikea-aikaisuuteen liittyen. Asiakkaat kokivat epätietoisuutta omaan jatkohoitonsa liittyen riittämättömän tai epätarkan ohjauksen vuoksi. Asiakkaat myös esittivät toiveen ohjauksen saannista.

*”Ei mitään niin ku, että mitä jatkossa. Ei mitään ohjetta niin ku mä oisin kaivannut”*

*”Mulle sanottiin, että tulla sitten vuoden päästä tarkastukseen. Niin eihän missään paperissa lutenut, että on ite haalattava ihtensä johonkin”*

Oikea-aikaisen ohjauksen puutteeksi asiakkaat kuvasivat tilanteita, kun ohjeita oli annettu niin pian toimenpiteen jälkeen, että niitä oli vielä vaikea sisäistää ja muistaa myöhemmin. Tämän ohjauksen tai kertauksen ohjeista he olisivat halunneet saada myöhemmin, esimerkiksi hetki kotiutumisen jälkeen.

*”Kaikki ohje ei jää heti mieleen, tarvis hetken päästä ohjeita”*

*”Tietoa myös hetkenpäästä tapahtumasta, koska alussa ei kaikkea kykene ottamaan vastaan”*

Asiakkailla oli kokemuksia hyvästä ja riittävästä ohjauksesta. Ohjauskokemukset olivat hyviä, kun erikoissairaanhoidon ohjaus jatkohoitoon ja sydänkuntoutukseen oli selkeää ja sitä sai riittävästi. Lisäksi apteekista saadusta lääkehoidon ohjauksesta oli positiivisia kokemuksia.

*”Ennen kuin pääsin kotiin oli tosiaan se fysioterapeutti ja tietenkin lääkäri ja kaikkea keskustelua. Ja käskettiin ottaa yhteyttä terveyskeskuksen sydänhoitajalle kuukauden päästä”*

*”Ne on apteekissa niin tietäväisiä, että ne kyllä neuvoa jos vain kysyy”*

Tiedonsaannin riittävyteen liittyvät kokemukset olivat pääasiassa kokemuksia riittämättömästä tiedonsaannista. Asiakkaat kokivat tiedonsaannin riittämättömäksi sairauteen, toimenpiteeseen, jatkohoitoon ja sydänkuntoutukseen liittyen. Asiakkaat kokivat jääneensä ulkopuolelle sydänkuntoutuksesta saatuaan erikoissairaanhoidosta liian vähän tietoa kotiutumisvaiheessa. Asiakkaat olivat myös itse hakenut tietoa internetistä, koska kokivat saaneensa tietoa liian vähän.

*”Sitte kun tehtiin se pallolaajennus, kyllä mää ootin, että mulle kerrotaan jotain. Ne vain sanoivat, että sulle tulee polille aika ja kyllä ne siellä kertoo. Ei koskaan mitään kerrottu”*

*”Minä en tiennyt tuostakaan mitään (erikoissairaanhoidon järjestämä sydäntuntoutus)”*

*”En minäkään”*

Ohjauskokemusta heikensi puutteellinen yksilöllisyyden huomioiminen ja henkilökohtaisen kohtaamisen puute. Asiakkaat kokivat yksilöllisyyden huomioinnin puutteellisena, kun eivät olleet tulleet kuulluksi tai toimenpiteen erilaisuutta ei oltu tarpeeksi huomioitu ohjauksessa. Pallolaajennus koettiin helpompana kuin ohitusleikkaus. Asiakkaat, jotka olivat kokeneet molemmat, olisivat halunneet tämän näkyvän myös ohjauksessa. Asiakkailta oli kokemus tiedonsaannista ja ohjauksesta nippuna papereita kotiutuessa erikoissairaanhoidosta. He olisivat toivoneet konkreettista ohjausta ja henkilökohtaista kohtaamista.

*” Vaikka kuinka paksun nivaskan papereita saa, niin tuleeko niitä luettua? Ei tuu.”*

*” Sitten kun sulla on se paksu nippu ohjeita, ja vaikka luet niitä kolmeen kertaan. Kaikki antaa vain niitä. Ei se herätä paljon luottamusta, ei jaksa lukea niitä.”*

*” Ei kyllä niistä papereista ymmärtänyt yhtikäs mitään.”*

*” Mutta kyllä mää sitä henkilökohtaisuutta jotenkin oon kaivannut.”*

Asiakkaat kokivat myös saaneensa hyvää yksilöllistä ohjausta. Nämä kokemukset tulivat hyvästä hoitosuhteesta yksityislääkärille sekä konkreettisesta ja yksilölliseksi koetusta ohjauksesta.

*”Siellä käynyt 5 vuotta ja kokee että on oma lääkäri”*

*” Aina sillä samalla yksityislääkärillä, sille lääkärille voi keskustella aina ihan kuin kaverille.”*

*”Se sanoi mulle, että laita se dosetti.”*

Ohjauskokemuksen toiseen pääkategoriaan, resursseihin, sisältyi henkilöstöresursseihin ja sähköiseen potilasohjaukseen liittyvät kokemukset. Henkilöstöresursseihin sisältyi henkilöstön ammattitaito ja henkilöstön liian vähäinen määrä. Henkilöstön ammattitaidon puutteelliseksi kokemiseen vaikutti henkilöstön puolihuolimattomat tokaisut ja kokemus diagnoosin epävarmuudesta.

*”hoitaja tokaisi, ettei sulla ainakaan sydäntautia voi olla”*

*”Mulle sanottiin, että ei ole sepelvaltimotautia. Toinen lääkäri sanoi, että onhan sulla.”*

Asiakkaiden kokemuksen mukaan henkilöstön riittämättömyys ja kiire kertoivat liian vähäisestä henkilöstön määrästä. Asiakkaat kokivat, että lääkäreille on laitettu asiakkaita niin tiiviisti, etteivät he ehdi kertoa asiakkaalle mitään toimenpiteen aikana, vaikka haluaisivatkin. Henkilökunnan kiireen koettiin vaikuttaneen myös siihen, etteivät he ehdi antaa ohjausta.

*” Henkilökunnalla on niin kiire, että ei ehdi antaa ohjausta, toimenpiteen jälkeen jää oman onnen nojaan.”*

Sähköinen potilasohjaus jakoi mielipiteitä. Osa asiakkaista oli kokenut sähköisen ohjauksen toimivana, mutta osa koki epävarmuutta sähköisen ohjauksen toimivuudesta. Asiakkailla, jotka kokivat sähköisen ohjauksen toimivana, oli kokemusta sähköisestä potilasohjauksesta ja kokemuksia internetistä hyvänä tiedonlähteenä. Osa asiakkaista ei ollut saanut sähköistä ohjausta, mutta arveli, että internetissä toimiva ohjaus voisi joissakin asioissa toimia hyvin. Epävarmuus sähköisen ohjauksen toimivuudesta liittyi asiakkaan omiin taitoihin käyttää sähköisiä palveluita ja vaikeuteen soveltaa netistä löydettyä tietoa itseensä. Lisäksi asiakkailla oli ennakkokäsityksiä konkreettisen ohjauksen paremmuudesta sähköiseen ohjaukseen verrattuna ja he kaipasivatkin konkreettista ohjausta sähköisen ohjauksen sijaan.

### **6.3 Suunnitteluvaiheen tulokset**

Suunnitteluvaiheen tuloksena muodostui kehittämisideoita tutkimuksessa esiin nousseisiin ongelmakohtiin. Näiden kehittämisideoiden ja muun kerätyn aineiston avulla muodostettiin parannellut hoitopolut asiakasprofiileittain.



### 6.3.1 Asiakkaiden kehittämisideat

Työpajoissa asiakkaat nostivat esiin kehittämisideoita, joihin itse toivoivat muutosta. Suurin osa kehittämisideoista liittyi jatkohoidon koordinointiin, jatkohoidon toteutukseen ja ohjaukseen. Erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirryttäessä toivottiin kontrolliaikaa perusterveydenhuoltoon sydänhoitajalle mahdollisimman pian (noin 1 kk:n kuluessa). Asiakkaat toivoivat, että aika tulisi automaattisesti ja annettaisiin heti erikoissairaanhoidosta lähtiessä. Asiakkaiden kokemuksen mukaan heidän olisi helpompi sisäistää kotiutusvaiheessa annettua tietoa, kun pallolaajennuksesta tai ohitusleikkauksesta olisi kulunut hetken aikaa. Tämän vuoksi he toivoivat kotiuttavalta osastolta yhteydenottoa toimenpiteeseen ja sairauden jatkohoitoon liittyvissä asioissa esimerkiksi viikon kuluttua kotiutumisesta.

Asiakkaat toivoivat myös konkreettista ja oikea-aikaista ohjausta. Esimerkiksi erään asiakkaan kohdalla lääkäri oli pallolaajennuksen aikana kertonut koko ajan asiakkaalle mitä hän teki ja miksi. Tällaista, konkreettisen tiedon antamista, toivoivat myös muut asiakkaat hoitopolun eri vaiheissa. Toivottiin myös, että henkilökunta poistaisi pelkoja tiedonannolla ja ohjauksella.

Asiakkaat toivoivat myös psyykkistä apua hoitopolun varrelle. Heidän mukaansa olisi hyvä, jos jonkun kanssa voisi jakaa ajatuksia jo etukäteen, saisi tietoa ja tukea jo toimenpidettä odottaessa. Sairaalassa voisi olla esimerkiksi joku ”rauhottamispaikka”, jossa voisi pysähtyä tilanteen äärelle yhdessä tai yksin. Tämä auttaisi poistamaan pelkoja ja hyväksymään asian. Myös konkreettista apua toivottiin muutoksiin, joita sairastuminen tuo elämään ja arkeen. Vertaistukea toivottiin enemmän hoitopolun varrelle, tukea toivottiin yksinäisyyteen, samoin perheelle.

Asiakkaat kaipasivat henkilökohtaista kohtaamista kasvotusten. He kokivat, että olisi hyvä, jos saisi oman hoitajan, johon tutustuisi jo ennen toimenpidettä. Hoitaja hoitaisi asiat kokonaisvaltaisesti. Tuttuus ja luottamus syntyisivät. Joidenkin asiakkaiden mielestä joihinkin asioihin voisi riittää nettiapukin, mutta netistä saatavaan tietoon ja ohjaukseen toivottiin myös henkilökohtaisuutta.

### 6.3.2 Paranneltu hoitopolku

Tutkimustulosten pohjalta syntyi aiemmin esitelty neljä erilaista asiakasprofiilia sepelvaltimotautia sairastavista asiakkaista. Asiakkaiden kehittämisideoiden pohjalta muodostettiin paranneltuja hoitopolkuja asiakasprofileille. Paranneltuissa hoitopoluissa huomioitiin myös työpajoihin osallistuneiden sydänhoitajien antama tieto palveluiden nykytilasta. Hoitopolkuja muodostettaessa ilmeni, että asiakkaiden esiin nostamat toiveet ja hoitopolkujen kehittämiskohdat oli otettu huomioon Käypä hoito -suosituksissa sepelvaltimotautipotilaan hoitosuunnitelmassa. (ks. Kuvio 3.) Haasteena on, että hoitopolut eivät toteudu suunnitellun mukaisesti etenkin jatkohoidon osalta. Alla kuvataan asiakasprofiilien mukaiset parannelnut hoitopolut.

#### **Lääkehoidolla pärjäävä Sirkka – paranneltu hoitopolku**

Sirkan toive sairastuneen psyykkisen terveyden ja omaisten huomioimisesta toteutuu parannelussa hoitopolussa. Terveyskeskuksessa järjestetään neljää kertaa vuodessa ryhmäohjaukset psykiatrisen sairaanhoitajan ja sydänhoitajan toimesta, joihin voi osallistua halutessaan omaisten kanssa. Ensimmäistä tapaamiskertaa tarjotaan jo varjoainekuvaukseen aikaa odottaessa, jolloin tutkimusta ja mahdollisia löydöksiä kohtaan tuntemaa pelkoa ja epävarmuutta saa käsiteltyä heti alkuvaiheen diagnostiikan jälkeen. Ohjauskerroista asiakkaat saavat vertaistukea ja lisätietoa sairastumisen psyykkisistä vaikutuksista niin itseensä kuin läheisiinsäkin.

Hyvä ohjaus sairauden akuuttivaiheen aikana ja kotiutumisen jälkeen sitouttaa Sirkkaa noudattamaan hoitoaan itsenäisesti. Sirkka hakee tietoa digilähteistä, joten hänelle tarjotaan jatkohoittoa yksilölliseen tiedonsaantiin ja ohjaukseen perustuvassa digitaalisessa ohjausympäristössä. Näin kasvatusten tapahtuvia ohjaukset jatkohoidon osalta on mahdollista harventaa.



KUVIO 7. Sirkan paranneltu hoitopolku.

### Pallolaajennuksen läpikäynyt Pekka – paranneltu hoitopolku

Työelämässä edelleen mukana oleva Pekka saa osallistua erikoissairaanhoidon järjestämään ko-keiluun digihoitopolusta. Digihoitopolku avataan kotiutusvaiheessa ja sen kautta Pekka saa osas-  
toilta vuorovaikutteisesti tietoa ja ohjausta yhden kuukauden ajan kotiutumisen jälkeen. Digihoito-  
polun rinnalla sekä sen sulkeutumisen jälkeen jatkohoito tapahtuu työterveyshuollossa, jonka toi-  
mintaan Pekka on tyytyväinen.

Pallolaajennuksen jälkeen Pekan oireilu helpottaa nopeasti ja sairaus jää nopeasti mielessä taka-  
alalle. Pekalla on kiire palata työelämään ja erikoissairaanhoidossa saatu ohjaus ja tieto olisivat  
unohtuneet nopeasti, ellei niitä olisi kerrattu digihoitopolun avulla. Pekka osaa hyödyntää sujuvasti  
digiympäristöjä, joten hän hyötyi ja hänelle oli luontevaa käyttää digiohjausympäristöä. Pekka ko-

kee saamastaan hyvästä ohjauksesta ja tiedonsaannista olleen hyötyä myös sopeutumisvalmennuskurssilla. Kaikki kurssilla saatu tieto ei ollut enää uutta, joten hän pystyi sisäistämään hyvin uutena tulevan tiedon ja pystyi positiivisella kokemuksellaan myös antamaan tukea muille osallistujille. Pekka kokee hyvän kokemuksen vaikuttaneen positiivisesti omahoitoon ja hoitoon sitoutumiseen.



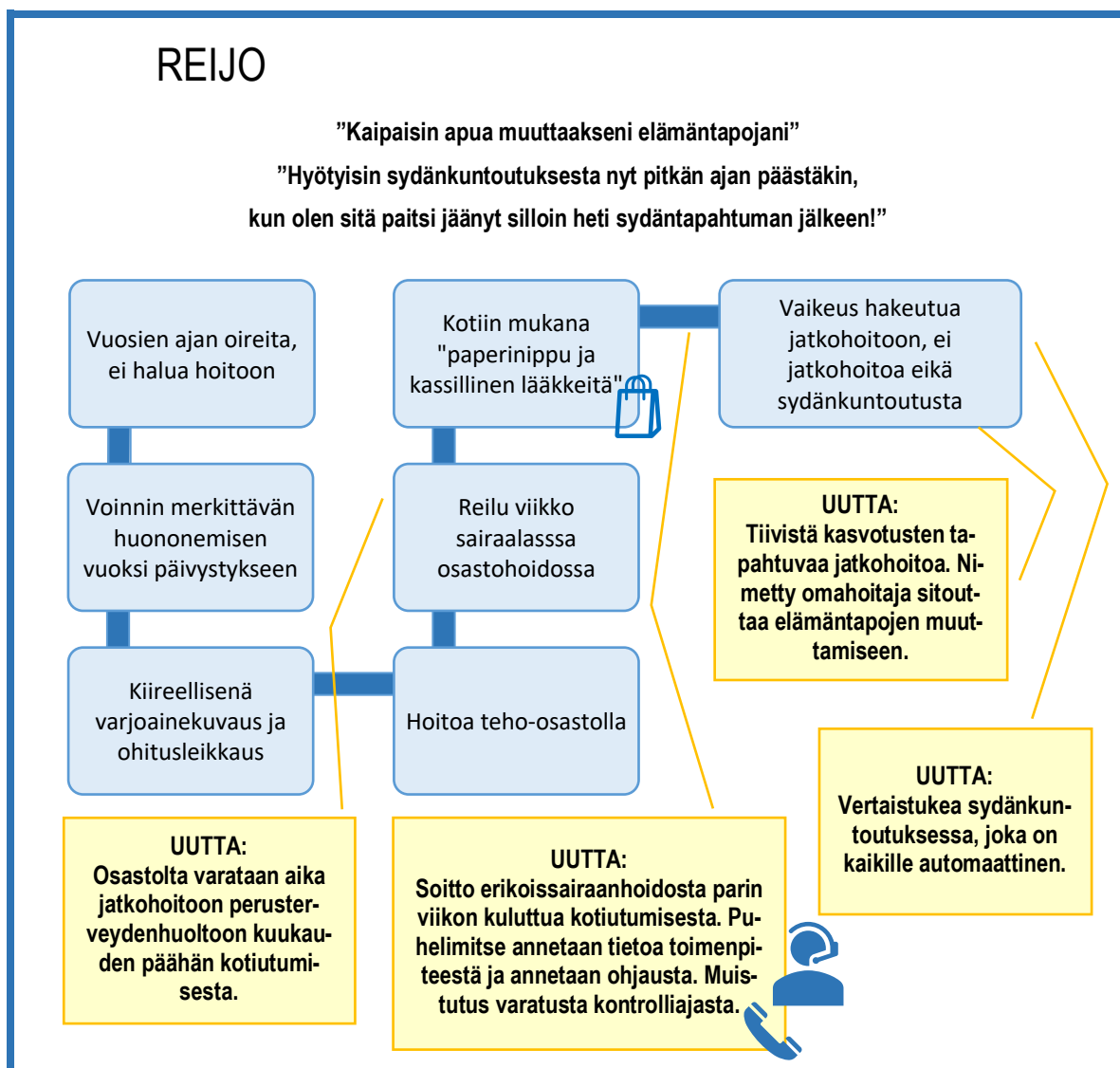
KUVIO 8. Pekan paranneltu hoitopolku.

### Ohitusleikattu Reijo – paranneltu hoitopolku

Reijon suurempi riski sairastua uudelleen ja suurempi tuen tarve elämäntapojen muuttamiseen tunnistetaan jo erikoissairaanhoidossa ja hänelle varataan jo osastolta jatkohoitoaika perusterveydenhuoltoon noin kuukauden päähän kotiutumisesta. Erikoissairaanhoidosta soitetaan Reijolle pa-

rin viikon kuluttua kotiutumisesta, kerrotaan tehdystä toimenpiteestä, kysellään kuulumisia ja annetaan ohjausta. Nyt hänen on helpompi sisäistää saamaansa ohjausta ja hänen kanssaan kerrataan sairastumiseen liittyviä teemoja. Häntä myös muistutetaan menemään varatulle kontrolliajalle terveyskeskukseen.

Sairastumisen jälkeen Reijon jatkohoidon ohjaus on tiiviimpää ja tapahtuu kasvotusten. Omahoitajan merkitys korostuu asiakassuhteessa. Reijo ohjataan vertaistukiryhmään ja sydäntuntoutukseen saamaan tukea elämäntapojen muuttamiseen. Vertaistukiryhmässä Reijo tapaa myös sellaisia ihmisiä, jotka ovat nyt vuosien kuluttua päässeet mukaan sydäntuntoutukseen jäätään sitä vaille toimenpiteen jälkeen.



KUVIO 9. Reijon paranneltu hoitopolku.

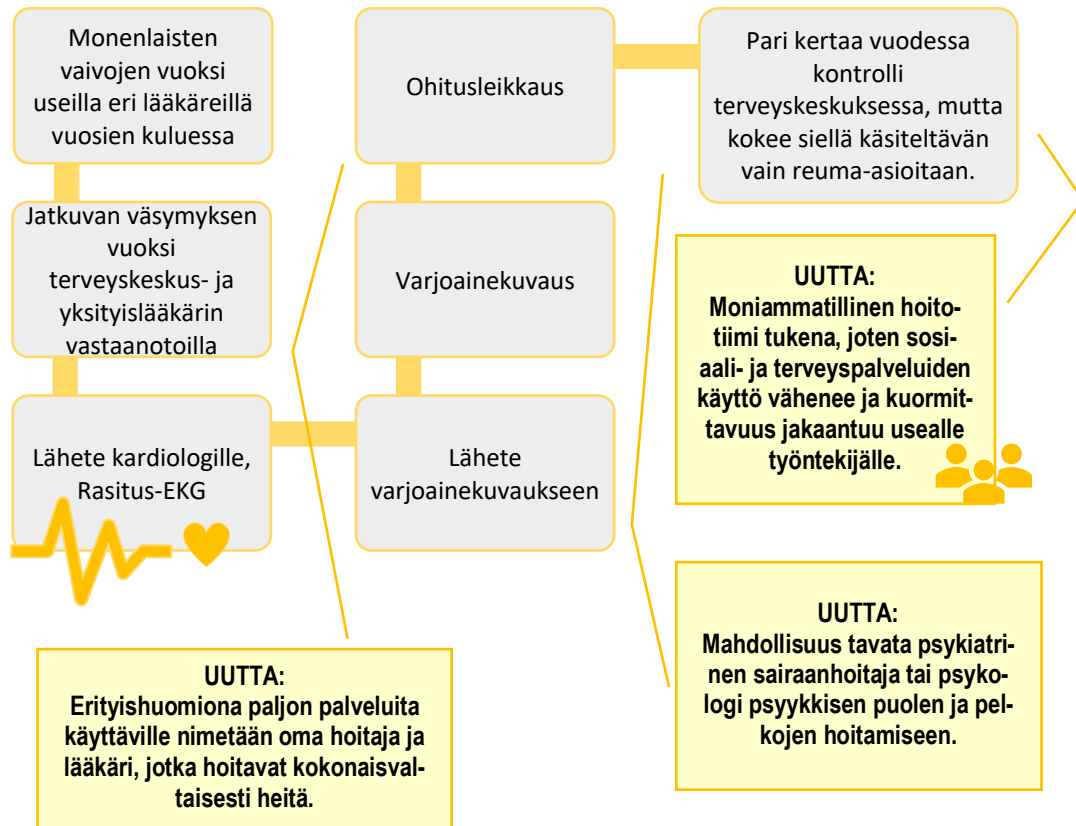
## **Useita palveluita käyttänyt Lissu – paranneltu hoitopolku**

Lissu on käyttänyt jo ennen sepelvaltimotautiin sairastumistaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluita. Lissu on tavannut lukuisia ammattihenkilöitä lääkäreistä hoitajiin ja eri kuntoutusalan ammattilaisiin. Useiden eri perussairauksien ja vaivojen vuoksi Lissulle nimetään oma lääkäri ja hoitaja, jotka hoitavat hänet kokonaisvaltaisesti. Tuttuus ja luottamus ovat hyvän hoidon perusta. Hoitosuhteiden katkeamattomuuteen kiinnitetään erityistä huomiota paljon palveluita käyttävien, kuten Lissun kohdalla.

Lissulle tarjotaan myös mahdollisuutta tavata psykiatrinen sairaanhoitaja tai psykologi, jonka kanssa Lissu voi keskustella sairauksien vaikutuksesta psyykkiseen puoleen ja peloistaan, joita hänellä on kuoleman suhteen. Moniammatillisen hoitotiimin tuen turvin Lissu kokee saavansa apua, eikä hänen enää tarvitse käyttää niin paljon sosiaali- ja terveyspalveluita. Paljon palveluita käyttävien, kuten Lissun kohdalla säännöllinen moniammatillisuus jakaa myös hoidon kuormittavuutta useammalle työntekijälle.

# LISSU

”Olen käynyt monilla lääkäreillä, mutta kukaan ei tunnu ottavan minun vaivojani hoitaakseen, oma hoitaja tai lääkäri pitäisi saada”  
”Enemmän pitäis saada tietoa ja ohjausta, pelotkin vähenisi”  
”Säännöllistä jatkoseurantaa pitäis kaikkien saada! Ja keskusteluapua”



KUVIO 10. Lissun paranneltu hoitopolku.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Sepelvaltimotautia sairastavien hoidon vaikuttavuutta ja hoitomuotoja on tutkittu paljon. Sairastuneiden omaa kokemusta ja kehittämisideoita hoitopolkuunsa ei ole juurikaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella palvelumuotoilun menetelmin tutkittu. Tämä tutkimus tuotti lisätietoa asiakkaiden kokemuksista palveluista ja ohjauksesta, sekä nosti esiin niitä ongelmakohtia, joihin asiakkaat toivoivat muutosta. Lisäksi asiakasprofiileille muodostetut parannellut hoitopolut antavat ratkaisuehdotuksia erilaisten asiakasprofiilien yksilöllisempään hoitoon ja ohjaukseen.

Kehittämistyön tuloksista muodostimme neljä eri tyyppistä asiakasprofiilia. Nämä neljä edustavat eräänlaisia arkkityyppejä asiakkaista. Arkkityyppien avulla on mahdollista suunnitella ja kehittää ohjausta yksilöllisempään suuntaan. Ihmiset reagoivat sairastumiseen eri tavoin, samoin kuin hoitoon sitoutuminen vaihtelee. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että esimerkiksi sairastuneen sosioekonominen tausta on merkittävä tekijä jatkohoitoon sitoutumisessa. (ks. Clark, King-Shier, Thompson, Spaling, Duncan, Stone, Jaglal & Angus 2012; Kähkönen 2017; 46-47; Levy, Huang, Huang & Ho 2018; Pedersen, Overgaard, Andersen, Baasturp & Egerod 2017.) Neljä asiakasprofiilia kuvaavat asiakkaiden erilaista suhtautumista sairauteensa ja sitoutumista hoitoonsa. Hoitoon sitoutuminen ja sen tunnistaminen onkin yksi merkittävimmistä tekijöistä asiakasprofiileja hyödynnetessä. Esimerkiksi ”lääkehoidolla pärjäävä Sirkka” sitoutuu hoitoonsa ja on aktiivinen toimija terveyteensä liittyvissä kysymyksissä, joten tämä mahdollistaa myös henkilökunnan resurssien kohdentamisen esimerkiksi ”ohitusleikatun Reijon” tai ”paljon palveluita käyttävän Lissun” hoitoon ja ohjaukseen. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu asiakkaiden sitoutumisen hoitoon vaihtelevan muuttuvien elämäntilanteiden mukaan. Henkilökunnalla tulisi olla osaamista ja mahdollisuuksia havainnoida asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta myös hoitoon sitoutumisen osalta ja tehdä tarvittavia muutoksia hoitoihin joustavasti. Asiakkaan hoitoon sitoutumisen on pitkän aikavälin tarkastelussa todettu vähentävän sydänsairauksista aiheutuvia kustannuksia. (Lee, Abdullaj, Bulgiba Abidin, 2013, 512, 519; Turpin ym. 2004, 378, 382.)



Asiakkaiden tuottamat kuljetut hoitopolut kuvasivat niitä moninaisia ja vaihtelevia palveluita, joita sepelvaltimotautiin sairastunut saattaa käyttää. Hoitopolut risteilivät perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisten palveluntuottajien sekä kolmannen sektorin välillä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden haasteena on jo pitkään ollut tiedon liikkuminen niin sairaanhoitopiirien, asiakastietojärjestelmien kuin eri palveluntuottajien välillä (Känsäkoski 2017, 11). Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä nousi keskeiseen rooliin myös kehittämistyön tuloksissa. Asiakkaiden tiedot ja hoitosuunnitelmat olivat hajallaan eri palvelujärjestelmien välillä. Erilliset tietojärjestelmät ja asiakkaiden epätietoisuus palveluiden järjestymisestä jatkohoidon osalta jättivät asiakkaat ns. ”tyhjän päälle”. Vain muutama tutkimukseen osallistuneista asiakkaista oli varannut omatoimisesti ajan jatkohoidon kontrolliin perusterveydenhuollon puolelle.

Asiakaslähtöisen hoidon ja ohjauksen toteutuminen vaatii osaamista ja resursseja niin perusterveydenhuollosta kuin erikoissairaanhoidostakin. Tutkimustulosten perusteella asiakkaiden kokemus hoitopolun kriittisistä pisteistä vahvisti osittain aiemmissa tutkimuksista saatuja tuloksia. Haasteet erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirtymisessä sekä jatkohoitoon sitoutumisessa ovat nousseet esiin useissa kotimaisissa sekä kansainvälisissä tutkimuksissa (ks. Aazami, Jaafapour & Mozafari 2016, 94; Kähkönen 2017, 46; Silvennoinen-Nuora 2010, 234-237.) Kehittämistyön tuloksissa asiakkaat kokivat jäävänsä yksin jatkohoidon ja sydäntuntoutuksen aikana eikä tulosten perusteella nykyinen hoitopolku ole toimiva kaikille sepelvaltimotautia sairastaville. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat saaneet hoitoa eri vuosina ja vuosikymmeninä. Viimeisin kokemus hoidosta oli vuodelta 2016 ja vanhin 1990-luvun alusta. Negatiivisia ja positiivisia kokemuksia palveluista ja ohjauksesta ilmeni tasaisesti eri vuosilta ja vuosikymmeniltä. Lukkarinen (1999, 111–112) nosti esiin väitöskirjassaan jo 20 vuotta sitten samat haasteet sepelvaltimotautia sairastavien hoidossa jatkohoitoon ja kuntoutukseen liittyen kuin viime vuosien tutkimukset ja tämä kehittämistyökin osoittavat.

Tuloksissa asiakkaiden kokemukset palveluista ja ohjauksesta linkittyivät vahvasti toisiinsa. Mikäli asiakkaat olivat kokeneet palvelut riittävinä ja hyvinä, liittyi siihen vahvasti myös kokemus henkilökohtaisesta kohtaamisesta ja riittävästä ohjauksesta. Riittävään ja laadukkaaseen ohjaukseen liittyviä elementtejä on tutkittu runsaasti. Kehittämistyön tuloksissa kokemus oikea-aikaisesta ja yksilöllisestä ohjauksesta oli merkittävä tekijä positiivisen kokemuksen syntyyn. Aiemmat tutkimustulokset tukevat näitä tuloksia. (Levy ym. 2018; Kessing, Pelle, Kupper, Szabó & Denollet 2014.)

Kähkönen ym. (2012) ovat todenneet tutkimuksessaan, että sairaalahoidon päätyttyä ohjaus on koettu riittämättömäksi ja asiakasohjauksen toteutus on osittain tiedollisesti sekä taidollisesti puutteellista. Nämä näkyivät myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Hoidon vaikuttavuuden kehittämiseksi henkilökunnan antaman ohjauksen tulisi perustua tutkittuun tietoon ja hyviin vuorovaikutustaitoihin. Pedagoginen osaaminen asiakkaiden ohjauksessa mahdollistaa asiakkaiden motivoinnin elämäntapamuutoksiin ja jatkohoitoon sitoutumiseen. Asiakkaan osallistaminen omaan hoitoonsa vaatii dialogia asiakkaan ja työntekijän välillä. Sepelvaltimotautia sairastavien on todettu olevan yksi haastavimmista asiakasryhmistä puhuttaessa elämäntapamuutoksiin sitoutumisesta. Osasyynä tähän nähdään myös henkilökunnan osaamisen puute ohjaustyöhön liittyen. (Svavarsdóttir, Siguriardóttir & Steinsbekk 2014, 61.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaat kokivat ohjauksessa puutteita erityisesti sairaalahoidosta kotiutettaessa. Lisäksi asiakkaat kokivat, etteivät pystyneet tässä vaiheessa sisäistämään tietoa, vaikka sitä olisivat saaneetkin. Tätä vaihetta on kehitetty Oulussa erikoissairaanhoidossa tutkimuksemme aikana. Vuosina 2016-2018 aikana toteutetussa Virtuaalisairaala 2.0 -hankkeessa on kehitetty sepelvaltimotautia sairastavan hoitopolkua erikoissairaanhoidosta kotiutumisen jälkeisen jatkohoidon osalta. Hankkeessa sepelvaltimotautia sairastaville on kehitetty digihoitopolku, joka avataan osastolta kotiutumisen yhteydessä. Digitaaliseen palvelukanava ”Omapolkuun” aukeavat digihoitopolut täydentävät ja tarjoavat vaihtoehtoja perinteiselle sairaanhoidolle. Digihoitopolku on asiakkaan käytössä yhden kuukauden ajan kotiutumisesta kontrolliaikaan asti. Tämä palvelukanava tarjoaa turvallisen viestikanavan asiakkaan ja ammattilaisen välille. Palvelu mahdollistaa esimerkiksi myös videoyhteydellisen etävastaanoton, oirepäiväkirjan ja terveysarvojen seurannan. Digihoitopolku on pilotoitu työikäisillä sepelvaltimotautia sairastaville, joten vielä ainakaan siitä ei ole hyötyä iäkkäämmille asiakkaille. (Virtuaalisairaala 2.0.päätösseminaari, 19.10.2018.)

Tämän ajan ilmiö, voimakas digitalisaation kehitys, tuokin paljon erilaisia mahdollisuuksia hoidon ja ohjauksen kehittämiseen. Kehittämistyön tuloksissa sähköiset palvelut jakoivat mielipiteitä. Useista asiakkaista sähköisten palveluiden käyttö ei tunnu luontevalta tai he kokevat, ettei heillä ole riittävästi taitoa niiden käyttämiseen. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli noin 70 vuotta, mikä osaltaan vaikutti tutkimustuloksiimme sähköisten palveluiden osalta. Tulevaisuudessa kuitenkin ikääntyväkin väestö on tottunut sähköisten palveluiden käyttöön, joten digipalveluiden kehittäminen on mielestämme erittäin hyödyllistä ja luontevaa.

Digitalisaation tuomia haasteita ja mahdollisuuksia sosiaali- ja terveystaloudessa on tutkittu sekä Suomessa että ulkomailla. Hyppönen ja Ilmarinen (2016) kuvasivat katsauksessaan suomalaisten kokemuksia sähköisistä palveluista. Tärkeinä palveluina katsauksessa koettiin omien tietojen katselu, ajanvaraus ja luotettavaa terveystietoa sisältävät sähköiset palvelut. Nämä nousivat esiin myös tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa. Asiakkaat nostivat esiin esimerkiksi OmaKannan hyödyntämisen yksilöllisen tiedonsaannin ja ohjauksen lähteenä. Myös Hyppösen, Pentala-Nikulaisen ja Aallon (2018, 42-43) raportti tukee tutkimuksemme tuloksia näiltä osin.

Digitalisoituminen nähdään mahdollisuutena asiakkaan osallistamisessa omaan hoitoonsa. Esimerkiksi sosiaalinen media nähdään positiivisesti vaikuttavan mahdollisuutena silloin, kun asiakasta kannustetaan isoihin elämäntapamuutoksiin, mitä sepelvaltimotaudin hoitokin osaltaan on. Sosiaalinen media voi mahdollistaa asiakkaille luontevan yhteisön, jossa on mahdollisuus jakaa onnistumisia ja vinkkejä itsestä huolehtimiseen. (ks. Lamas, Salinas, Coquedano, Simon, Bousquet, Ferrer & Zorilla 2017, 46.) Kotiin ohjautuva digiohjaus esimerkiksi liikunta- ja ravitsemusneuvonnan osalta on todettu toimivaksi sydänsairaiden kohdalla (Avila, Claes, Gietschalckx, Buys, Azzawi, Vanhees & Cornelissen 2018; Dale, Whittaker, Jiang, Stewart, Rolleston & Maddison 2014).

Positiivisia tuloksia sähköisten palveluiden hyödyntämisessä muiden pitkäaikaissairauksien ja vakavien sairauksien osalta on useita. Esimerkiksi Suomessa kehitetty Noona-sovellus, on kehitetty rintasyöpöpotilaiden seuranta-applikaatioksi, jonka avulla asiakas pystyy raportoimaan voinnistaan hoitohenkilökunnalle. Noona-applikaation tutkimuksissa esiin nousseet tulokset osoittivat, että noin puolet asiakkaista koki sähköisen palvelun erittäin hyödyllisenä lisäpalveluna ja osa kaipasi mieluummin kasvokkain tapahtuvaa keskustelua hoitajan kanssa. Tulosten perusteella Noona-sovellusta on kehitetty ja sovellukseen on lisätty henkisen tuen moduuli. Jatkossa Noonan on suunnitella myös kuntoutumista tukeva moduuli. (Karlsson 2018, 7.) Noonan kaltaisia sovelluksia olisi hyödyllistä testata myös pitkäaikaissairauksien, kuten sepelvaltimotaudin yhteydessä. Tulevaisuuden haasteet kustannusten tehostamisessa ja hoidon vaikuttavuuden lisäämisessä vaativat innovatiivisia kokeiluja ja ratkaisuja. Jo hyväksi koettuja sähköisiä palveluita pitäisi soveltaa uusiin toimintamalleihin rohkeasti.

Hyppösen ja Ilmarisen (2016) tutkimus nostaa esiin, että samat sosioekonomiset tekijät, jotka vaikuttavat jatkohoitoon sitoutumiseen, ovat myös vaarassa pudottaa asiakkaat sähköisten palvelui-

den ulkopuolelle. Näiden taustatekijöiden, kuten iän, sukupuolen ja koulutuksen huomioiminen jatkohoitoa suunnitellessa ja toteuttaessa voisikin olla yksi merkittävimmistä hoitoon sitouttamisen tekijöistä. Hoitopolkujen tulisi olla tulevaisuudessa yhä yksilöllisemmin räätälöityjä ja asiakkaan tarpeita vastaavia, jotta palvelut ja ohjaus tuottaisivat myös toivottuja tuloksia asiakkaan terveyden kannalta. Kehittämistyössä syntyneiden paranneltujen hoitopolkujen toteutumiseen vaikuttaa merkittävästi asiakkaan tilanteen tunnistaminen jo hoitopolun alkuvaiheessa. Mikäli henkilökunnalla on ammattitaitoa, osaamista ja resursseja kiinnittää huomioita asiakkaiden eri tarpeisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, on asiakaslähtöinen ja räätälöity ohjaus mahdollista. Tämä vaatisi myös sujuvaa tiedon liikkumista eri palveluiden tuottajien välillä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella on kehitetty Kurkiaura-hankkeessa vuosina 2011-2015 Suuntima-työkalu, jonka avulla erilaiset asiakkuudet ja asiakkuuksien muuttuminen voidaan tunnistaa. Suuntima tunnistaa verkossa tapahtuvan kyselyn avulla erilaisia asiakkuuksia, omatoimi-, yhteisö-, yhteistyö- ja verkostoasiakkuuksia – ja suosittelee asiakkuuteen sopivaa polkua. (Mäkinen, Kuusisto, Salunen & Palvanen 2018, 7-8, viitattu 13.1.2019.) Suuntiman asiakasprofiilit on muodostettu muun muassa sepelvaltimotautiin sairastuneiden (n=25) kokemuksista, joiden pohjalta syntyi neljä erilaista asiakkuutta. (ks. Mattila 2016, 12-13; Tays 2018, viitattu 13.1.2018.) Tässä kehittämissä muodostuneet asiakasprofiilit sekä Suuntiman asiakkuudet osoittautuivat hyvin samantyyllisiksi profiileiltaan.

Kahdessa työpajassa mukana olleet perusterveydenhuollon sydänhoitajat toivat esiin muutoksia, joita sydänsairauksia sairastavien hoitoon on tehty kuluneen vuoden aikana. Oulun alueella on aloittanut keväällä 2018 Tulppa-ryhmät. Tulppa-kuntoutus on tarkoitettu ryhmämuotoiseksi avokuntoutukseksi asiakkaan omassa terveyskeskuksessa (Tulppakuntoutus 2018, viitattu 29.11.2018). Tulppa-ryhmistä saatu palaute on ollut positiivista. Työpajoihin osallistuvat asiakkaat nostivat esiin huolen siitä, kuinka vanhat asiakkaat saivat Tulppa-ryhmien kaltaista kuntoutusta. Sydänkuntoutusta vaille jääneet asiakkaat kokivat, että kuntoutuksen saamisesta olisi hyötyä vielä useiden vuosienkin päästä sydäntapahtumasta. Vertaistuen merkitys nousi tuloksissa positiivisesti esiin. Esimerkiksi sydänyhdistysten merkitys koettiin todella tärkeänä, kun jatkohoito muuten koettiin puutteellisenä. Myös aiemmat tutkimustulokset vahvistavat vertaistuen positiivista vaikutusta hoitoon sitoutumisessa ja sitä myöten myös hoitotuloksissa. (Patil, Ruppär, Koopman, Lindbloom, Elliot, Mehr & Conn 2018; Younus ym. 2016.)

Sydänliitto on ajanut Suomeen palveluiden laatua mittaavaa laaturekisteriä, josta sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, päättäjät ja kansalaiset saisivat tietoa, mikä palveluketju tuottaa parhaiten terveyttä ja ehkäisee ennalta sairauksia. (Brax 2018, viitattu 6.12.2018.) Kuluvana vuonna eduskunta on myöntänyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle rahoituksen kansallisen laaturekisterin kehittämistyön aloittamiseksi. Pilottiryhmissä diagnooseista on mukana myös sepelvaltimotauti osana iskeemisiä sydänsairauksia. Laaturekisteri mahdollistaa lääketieteen ja terveydenhuollon arkivaikuttavuuden tutkimisen. (Jansson & Malmivaara 2018, viitattu 11.11.2018.) Kansallisen laaturekisterin tulo Suomeen on erittäin positiivinen muutos ja merkittävä lisä pitkäaikaissairauksien hoidossa.

Asiakaslähtöisyys ja palveluiden sujuvuus ovat nousseet sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen päätavoitteiksi. Sekä yksityiset että julkiset palveluiden tuottajat hakevat taloudellista vakautta ja hyötyä palveluiden suunnittelussa. (Häyhtiö 2017, 1.) Sosiaali- ja terveyspolitiikassa korostetaan enenevässä määrin asiakkaiden omaa tietoa, vastuuta ja osallisuutta palveluissa ja niiden kehittämisessä. Palvelumuotoilu on yksi mahdollinen työmuoto asiakkaiden osallistamiseksi palveluiden kehittämiseen. Tässä kehittämistyössä palvelumuotoilun menetelmät osoittautuivat hyvin toimiviksi menetelmiksi aineistonkeruuseen. Kehittämistyöhön osallistuneiden asiakkaiden esiin nostamat ongelmakohdat ja kehittämisideat olivat hyvin pitkälti samoja, jotka olivat nousseet esiin jo aiemmissa suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa. Esimerkiksi Clark ym. (2012), Lukkarinen (1999), Silvennoinen-Nuora (2010) ja Svavarsdóttir, Siguriardóttir & Steinsbekk (2014) käsittelevät tutkimuksissaan samoja teemoja kuin tässä tutkimuksessa käsitellään ja tulokset ovat yhteneviä. Käypä hoito -suositus sepelvaltimotautia sairastavan osalta olisi suunnitellusti toteutuksessaan monilta osin riittävää ja asiakaslähtöistä. Haasteena onkin se, että palvelut eivät toteudu suositusten mukaisesti. Hoitopolkujen sujuvoittaminen vaatii entistä tiiviimpää yhteistyötä ja suunnittelua niin poliittisten päätösten kuin eri palveluiden tuottajien välillä. Asiakkaiden osallistaminen palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen nousee toivottavasti entistä suurempaan rooliin tulevaisuudessa.

## **7.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuus**

Luotettavuus on tieteellisen tiedon tunnusmerkki. Luotettavuuden arvioinnilla selvitetään tutkimuksen todenmukaisuutta. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei riitä, että tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukaista,

vaan sen tulee olla myös hyödyllistä. (Holloway & Galvin 2017, 303; Toikko & Rantanen 2009, 121.) Viime kädessä laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Siten tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Laadullisessa tutkimuksessa usein käytettäviä luotettavuuden käsitteitä on uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistettavuus (Lincoln & Guba 1985, 219; Toikko & Rantanen 2009, 121.)

Kanasen (2014, 150-151) mukaan tutkija on laadullisessa tutkimuksessa suuressa vastuussa. Tutkija valitsee tutkittavan joukon, asettaa tutkimuskysymykset, valitsee aineiston analysointiin sopivat menetelmät ja lopulta kokoaa aineistosta tulokset ja johtopäätökset. Luotettavuustarkasteluun ja riskienhallintaan varaudutaan jo työn suunnitteluvaiheessa. Tämän tutkimuksen peruste nousee käytännön tarpeesta kehittää palveluita sepelvaltimotaudin hoidossa. Tutkimus- ja kehittämistyön tavoitteena oli suunnitella uudenlainen asiakkaan hoitopolku ja muodostaa asiakasprofiilit uutta asiakasprofilointiin pohjautuvaa asiakkaiden ohjausympäristöä varten. Asiakasryhmää on aiemmin tutkittu mm. kvantitatiivisella menetelmällä (Rauhala 2017). Tutkimus- ja kehittämistyö toteutettiin palvelumuotoilun menetelmiä hyödyntäen asiakaslähtöisesti, jolloin palveluita käyttävät asiakkaat osallistuivat kehittämistyöhön. Yhteiskehittämisen keinoin syntyy palveluja, joita on mietitty monien eri tarpeiden perusteella ja eri näkökulmista. (ks. Ahonen 2017, 37.)

Uskottavuutta lisää tutkijoiden oleminen riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan asian kanssa. Tutkija osoittaa omien tulkintojensa vastaavan tutkittavien käsityksiä. (Eskola & Suoranta 1998, 212; Kylmä ja Juvakka 2007, 127.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tutkijat ovat olleet reilun vuoden verran aktiivisesti tekemisissä tutkittavan asian kanssa. Uskottavuutta lisää tutkijoiden huolellinen perehtyminen aiempiin tutkimuksiin, kehittämistyössä käytettäviin menetelmiin sekä näiden asioiden huolellinen dokumentointi ja raportointi. Esimerkiksi Coco Cosmos-peliä molemmat tutkijat harjoittelivat käyttämään erillisillä harjoituskerroilla etukäteen ennen työpajoja. Lisäksi molemmilla tutkijoilla on koulutuksen ja työn kautta kokemusta tutkittavasta asiasta. Lähdemateriaalina pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta ja ajankohtaista materiaalia. Tutkimusmateriaalin käsitteellistämisen mietittiin tarkoin, jotta tutkittavien alkuperäiset kuvaukset asioista säilytetään. Lisäksi käytettyjen käsitteiden määrittelyssä on hyödynnetty aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja aiempia kuvauksia kyseisistä käsitteistä. Tulosten uskottavuutta lisäsi se, että samankaltaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa.

Laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyydellä viitataan siihen, että tutkimustulosten tulisi olla siirrettävissä toiseen kontekstiin. Tulosten siirrettävyys riippuu siitä, miten samanlaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Lincolnin & Guban (1985, 124) mukaan johtopäätöksiä siirrettävyydestä ei voi tehdä yksin tutkija, joka tuntee ainoastaan tutkimusympäristön, vaan hänen on annettava lukijalle riittävästi informaatiota, jotta lukija voi pohtia tulosten soveltamista myös muihin kuin tutkittuun kontekstiin. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä pyritään antamaan lukijalle mahdollisimman paljon informaatiota tutkimuksen tekemisestä sekä tuloksista. Kolmannen työpajan jälkeen tutkimusaineisto saturoitui jo hyvin eli samat asiat alkoivat toistumaan työpajojen tuloksissa. Tästä huolimatta tutkimustulosten siirrettävyys ei ole yksiselitteistä, sillä tutkimustulokset muodostuvat ihmisten kokemuksista, jotka ovat aina yksilöllisiä. Kehittämistyön tuloksena muodostetut hoitopolut on pyritty muodostamaan niin, että niitä pystyy hyödyntämään samankaltaisissa konteksteissa. (ks. Eskola & Suoranta, 2001; Lincoln & Guba 1985.)

Tutkimuksen varmuus -termillä viitataan siihen, että tutkijan tulee ottaa huomioon tutkittavaan ilmiöön liittyvät tekijät kuten tutkijan omat ennakkokäsitykset aiheeseen liittyen. Tutkijat ovat pyrkineet koko ajan siihen, etteivät omat ennakkokäsitykset vaikuttaisi tutkimuksen kulkuun ja tutkimustuloksiin. Tutkittavat saivat hyvin vapaasti kertoa kokemuksistaan hoitopolun varrelta ja kehittää ideoita hoitopolun ja ohjauksen kehittämiseksi. Vahvistettavuus toteutui hyvin eli tutkimustulokset saivat tukea muista vastaavia ilmiöitä tarkastelleista tutkimuksista. Tutkimustuloksissa oli selkeää yhdenmukaisuutta aiempien tutkimusten kanssa, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. (ks. Eskola & Suoranta, 2001; Lincoln & Guba, 1985.)

Asiakastietoa kerättiin useilla eri menetelmillä, jonka avulla asiakasymmärryksestä saatiin syvällisempää ja monipuolisempaa. Hoitopolun ja asiakkaan ohjauksen kehittämisessä hyödynnettiin myös työpajoihin osallistuneiden sydänhoitajien ammatillisia näkemyksiä, joka lisää tutkimuksessa saadun tiedon hyödyntämistä. Työpajoissa syntyvät materiaalit dokumentoitiin. Pelin pelaaminen videoitiin ja kokemuspuu dokumentoitiin visuaalisesti ja valokuvattiin, joka lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta.

### 7.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on laatinut ohjeet hyviin tutkimuseettisiin käytäntöihin, joiden tavoitteena on hyvän tieteellisen käytännön edistäminen ja varmistaa mahdollisten loukkauseräilyjen käsittely oikeudenmukaisesti, asiantuntevasti ja mahdollisimman nopeasti. Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on toteutettu hyviin tutkimuseettisiin käytäntöihin perustuen. Tutkimusetiikka kulkee mukana prosessin ideointivaiheesta tutkimustulosten kautta tiedottamiseen. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen velvoittaa kaikkia tutkimuksen tekijöitä ja tutkijat osoittavat tehdyllä tutkimuksellaan tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääätelyä, jolle lainsäädäntö määrittelee rajat. Ensisijainen vastuu oman työnsä eettisyydestä on tutkijoilla itsellään. Laadullista tutkimusta tehdessään tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa, 3.)

Tämä kehittämistyö tehtiin yhteistyössä sydänyhdistysten kanssa, johon tutkittavat ilmoittautuivat vapaaehtoisesti. Tutkittavilta itseltään pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, sillä itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla ihmisen päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen vai ei. Ihmisten tutkimiseen liittyvissä eettisissä kysymyksissä keskeisintä on tutkittavan suostumuksen lisäksi tutkittavalle aiheutuvat riskit ja haitat verrattuna tutkimuksesta odotettavissa olevaan hyötyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 127.) Kehittämistyöhön osallistuvilla asiakkailla oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta kehittämistyöhön tai keskeyttää se. Kehittämistyöhön osallistumisen keskeyttäminen ei edellytä jo kerätyn aineiston poistamista, vaan ne ovat kehittämistyön tekijän käytettävissä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 127). Tässä tutkimuksessa kukaan työpajoihin osallistuneista asiakkaista ei keskeyttänyt osallistumistaan tutkimukseen. Kaksi ilmoittautunutta asiakasta perui osallistumisen etukäteen, mutta työpajoihin tuli myös ilmoittautuneiden lisäksi kolme uutta asiakasta, jotka eivät olleet ilmoittautuneet etukäteen, vaan olivat kuulleet ilmoittautumisajan umpeuduttua sydänyhdistyksen kautta työpajasta, ja halusivat osallistua.

Kehittämistyöhön osallistujien anonymiteetti säilytettiin koko tutkimuksen ajan ja huolehdittiin, että heitä ei voida tunnistaa tutkimusaineistosta. Tutkimusaineisto säilytettiin huolellisesti käyttöoikeuksilla ja salasanoilla suojatusti pilvipalveluissa, joihin vain tutkijoilla oli pääsy. Kirjallinen paperima-



ateriaali säilytettiin yhdessä paikassa lukitussa kaapissa ja hävitettiin tuhottavien papereiden mukana tietoturva-astioissa. Mikäli jotakin tutkimusaineistoa olisi haluttu säilyttää jatkotutkimuksia varten, olisi tähän pyydetty erillinen lupa. Aineisto on luettavissa tämän kehittämistyön kirjallisesta osuudesta niiltä osin kuin tutkimuksen tekijät ovat katsoneet tarpeelliseksi.

#### **7.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet**

Tutkimustulosten hyödynnettävyyttä on hyvä pohtia aina tutkimusta tehdessä. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä saadut tutkimustulokset koskevat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin aluetta, mutta tuloksia voidaan hyödyntää myös muilla alueilla. Tuloksia voidaan hyödyntää ennen kaikkea sepelvaltimotautia sairastavan hoitopolun ja ohjauksen kehittämisessä, mutta niitä voidaan hyödyntää myös muiden asiakasryhmien hoitopolkujen ja ohjauksen kehittämisessä, sillä tutkimustuloksissa esille nousseilla asioilla, kuten hoidon jatkuvuudella ja yksilöllisyydellä on merkitystä ihmisille sairaudesta riippumatta.

Tutkimustuloksena muodostuneiden asiakasprofiilien avulla voidaan kehittää palveluita ja ohjausta yksilöllisempään suuntaan. Profiileita on mahdollista hyödyntää kohdennettuun tiedonsaantiin ja ohjaukseen perustuvaa sähköistä ohjausympäristöä luotaessa.

Jatkotutkimuksena voisi tutkia samaa asiaa kuin tässä tutkittiin, rajaamalla tutkimukseen osallistujiksi pelkästään tuoreita potilaita, kuten tässäkin tutkimuksessa alun perin ajateltiin. Näin tämän hetkisestä tilanteesta saataisiin tarkempi kuva, jolloin olisi helpompi kehittää juuri tällä hetkellä esiin nousevia ongelmakohtia sepelvaltimotautia sairastavien hoitopolulla. Sairaanhoitopiirien välillä voisi jakaa hyviä käytäntöjä tekemällä vastaavanlaisen tutkimuksen muiden sairaanhoitopiirien vastuualueiden potilaille. Tällöin saataisiin tuloksia vertailemalla selville, toimiiko toisaalla jokin hoitopolun vaihe paremmin. Jatkotutkimuksena voisi tutkia myös ammattilaisten näkökulmaa tässä tutkimuksessa saatuihin asiakkaiden kehittämisehdotuksiin ja paranneltuihin hoitopolkuihin esimerkiksi asiantuntijapaneelin avulla.

#### **7.5 Tutkimus- ja kehittämistyöprosessin arviointi**

Tutkimus- ja kehittämistyöprosessin arviointi on tärkeää oman oppimisprosessin ymmärtämiseksi. Lisäksi oman työskentelyn kriittinen arviointi lisää työn luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä. (Holloway

& Galvin 2017, 316.) Kehittämistyön tarve lähti laajemmasta kokonaisuudesta, Sydämen asiallahankkeesta, josta yksi tärkeä osa-alue oli asiakasymmärryksen lisääminen laadullisena tutkimuksena. Aloitimme työskentelyn syksyllä 2017, jolloin alkuperäisenä ajatuksena oli rajata tutkimusaineisto vuoden 2016 aikana varjoainekuvauksessa käyneisiin asiakkaisiin, jotka olivat saaneet sepelvaltimotautidiagnoosin. Tutkimuksen rajausta käytettiin kevääseen 2018 asti, jolloin lopulliseksi tavoitteeksi muodostui tutkia palvelumuotoilun menetelmin sepelvaltimotautiin sairastuneita tarkemmin toimenpidevuosia määrittelemättä. Tällöin saimme yhteistyötahoksi Pohjois-Pohjanmaan alueen eri sydänyhdistyksiä, joissa järjestimme työpajoja asiakkaille. Lähestyimme useaa eri sydänyhdistystä yhteistyöhön liittyen ja lopulta järjestimme kolme eri työpajaa, joista kaksi Oulun keskustan alueella sekä yhden pienemmällä paikkakunnalla.

Sydänyhdistyksen puolelta meidät otettiin hyvin vastaan ja yhteistyö sujui mielestämme hyvin. Se, että tutkittavat valikoituvat lopulta sydänyhdistysten kautta, rajasi osaltaan tutkittavia mahdollisesti niihin, jotka ovat muutenkin aktivoituneet sairauden omahoidossa ja toimivat aktiivisesti esimerkiksi vertaistukitoiminnassa. Tutkimusaineisto olisi saattanut olla erilainen, jos tutkittavina olisi ollut useampia sairastuneita, jotka eivät ole liittyneet sydänyhdistyksen jäseniksi. Toisaalta tuloksissa nousee esiin kokemus myös vertaistuen puutteesta, vaikka tutkittavat olivat jäsenenä sydänyhdistyksissä.

Halusimme yhdistää palvelumuotoilun tähän kehittämistyöhön ja tämä olikin mielestämme toimiva menetelmä asiakkaiden osallistamiseen. Coco Cosmos-peli toimi työpajoissa hyvin ja asiakkaat tuottivat pelilaudalle tietoa runsaasti. Kahdessa työpajassa ryhmäkoot olivat hieman liian suuria (7 henkeä) ja ajoittain keskustelua oli haastavaa rajata ja antaa kaikille yhtäläinen mahdollisuus osallistua. Viimeisessä ryhmässä toimimme molemmat fasilitaattoreina, ja osallistujia oli viisi, jolloin keskustelun seuraaminen ja huomioiden tekeminen pelin edetessä oli huomattavasti helpompaa. Positiivista oli huomata, että aluksi hieman epäilevästi peliin suhtautuneet asiakkaat intoutuvat työpajan edetessä mukaan ja keskustelua piti enemminkin rajata, jotta aikataulussa pysyttiin. Pelin jälkeen olimme suunnitelleet kokemuspuun, johon keräsimme asiakkaiden kokemuksia puun muotoon. Huomasimme, että kokemuksia syntyi jo pelin aikana niin runsaasti, että kokemuspuun sijaan esimerkiksi ideapuu olisi ollut hyödyllisempi tutkimusaineiston saamisen kannalta. Erityisesti kahdessa ensimmäisessä työpajassa kehittämisideat asiakkaiden osalta jäivät vähäiseksi. Viimeisessä työpajassa osasimme tähän jo varautua, ja pystyimme esittämään tarkentavia kysymyksiä nimenomaan kehittämisideoihin liittyen.

Keräsimme työpajoihin osallistuneilta asiakkailta palautetta. Asiakkailla oli mahdollisuus kirjoittaa palaute heti työpajan jälkeen paikan päällä tai jälkikäteen webropol-kyselyllä. Vastauksia tuli 10 ja kaikki olivat positiivisia. Vastaajat kiittivät mahdollisuudesta päästä kertomaan omia kokemuksiaan ja kokivat tutkimustyömme tärkeänä. Yksi vastaaja koki työpajaryhmän koon haastavaksi ja olisi toivonut pienempää ryhmää.

Saavutimme tutkimuksellemme asettamamme tavoitteet hyvin. Saimme tutkimuskysymyksiin runsaasti tutkimusaineistoa työpajoilta ja näiden pohjalta pystyimme kokoamaan tutkimustulokset ja muodostamaan neljä erilaista asiakasprofiilia. Profilit kuvaavat mielestämme hyvin niitä eri asiakastyyppejä, jotka pitkäaikaissairaina käyttävät sosiaali- ja terveystalvveluja. Asiakasprofiileja olisi mahdollista hyödyntää myös muiden pitkäaikaissairauksin, kuten diabeetikkojen asiakasprofiloinnissa.

Haasteensa työskentelylle loi jo olemassa olevan materiaalin runsaus ja sen yhdistäminen asiakaiden tuottamaan tietoon. Kuten jo edellä on todettu, useat asiakkaiden esiin nostamat epäkohdat ja kehittämisideat ovat nousseet esiin jo aiemmissa tutkimuksissa. Haasteena jatkohyödyntämisen kannalta onkin se, kuinka palveluita on jatkossa mahdollista kehittää niin, että ne oikeasti muuttuisivat asiakaslähtöisemmäksi ja hoitopolku olisi sujuvampaa.

Opinnäytetyön aikataulu eli sekä meistä riippuvista että riippumattomista tekijöistä. Kevään 2017 odotimme tietoa tutkimuslupiin liittyvissä kysymyksissä. Odotusajalla edistimme työtä sen verran, kun se siinä vaiheessa oli mahdollista ja viimeistelimme muun muassa tutkimussuunnitelmaa. Sydänyhdistyksen varmistuttua yhteistyötahoksi työ eteni nopeasti ja sama työpajat pidettyä suunnitellusti. Työparityöskentely opinnäytetyössä osoittautui toimivaksi ja olemme tehneet tutkimusta tasavertaisina. Työskentely on ollut luotettavaa ja vastuullista. Olemme käyneet tiivistä dialogia opinnäytetyön edetessä ja arvioineet kriittisesti työn eri vaiheita niin yhdessä kuin opettajien ohjauksessa. Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö kehitti omaa asiantuntijuuttamme sosiaali- ja terveystalvvelu alan kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun opinnoissa merkittävästi. Olemme saaneet asiantuntevaa ja hyvää ohjausta tutkimukseemme liittyen Oulun ammattikorkeakoulun opettajien toimesta. Haluamme kiittää ohjaavia opettajia Outi Kajulaa, Anja Henneriä sekä Kirsi Koivusta sekä antaa erityiskiitokset tutkimukseen osallistuneille asiakkaille, sydänhoitajille sekä sydänyhdistyksen yhdyshenkilöille.

## LÄHTEET

Aazami, S., Jaafarpour, M. & Mozafari M. 2016. Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of Vascular Nursing* 34 (3), 93–99.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 133 (10), 1015–1021.

Ahonen, T. 2017. *Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen*. 2. painos. Nummela: Painokiila oy.

Avila, A., Claes, J., Gietschalckx, K., Buys, R., Azzawi, M., Vanhees, L. & Cornelissen, V. 2018. Home-Based Rehabilitation With Telemonitoring Guidance for Patients With Coronary Artery Disease (Short-Term Results of the TRiCH Styde): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 20 (6). <https://www.jmir.org/2018/6/e225/>

Bradwell, P. & Marr, S. 2017. Making the most of collaboration an international survey of public service co-design. *Annual Review of Policy Design*. 5 (1). Viitattu 18.1.2018, <https://ojs.unbc.ca/index.php/design/article/view/1661/1268>

Brax, T. 2018. Sydänsote vaikuttaa. Viitattu 6.12.2018, <https://sydan.fi/sv/blog/sydansote-vaikuttaa/>

Chauvet-Gelinier, J-C. & Bonin, B. 2017. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. (60), 6–12.

Clark, AM., King-Shier, KM., Thompson, DR., Spaling, MA., Duncan AS., Jaglal, SB. & Angus JE. 2012. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *American Heart Journal*. 164 (6), 835–845.

Coster, S., Watkins, M. & Norman, I. J. 2018. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*. (78), 76–83. Viitattu 19.11.2018, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917302419?via%3Dihub>

Dale, L., Whittaker, R., Jiang, Y., Stewart, R., Rolleston, A. & Maddison, R. 2017. Improving coronary heart disease self-management using mobile technologies (Text4Heart): a randomized controlled trial protocol. *Trials*. 15 (71). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015816/>

Design Research. 2013. Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun. Espoon kaupunki. Viitattu 5.2.2018. [https://designresearch.aalto.fi/groups/encore/wp-content/uploads/2013/11/Sivistystoimen\\_tyokalupakki\\_palvelumuotoiluun2.pdf](https://designresearch.aalto.fi/groups/encore/wp-content/uploads/2013/11/Sivistystoimen_tyokalupakki_palvelumuotoiluun2.pdf)

Elo S., Kääriäinen, M., Kanste, M., Pölli, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *Research Article*. 4 (1), viitattu 1.1.2019, <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244014522633>

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*. 26 (1), 63-73.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino. 212.

Evans, L. Probert, H. & Shuldham C. 2009. Cardiac rehabilitation-past to present. *Journal of Research in Nursing* 4 (3), 223–240.

Gaziano, T. A., Prabhakaran D. & Gaziano, J. M. 2018. *Global Burden of Cardiovascular Disease*. Teoksessa D. Zipes, P. Libby, R. Bonow, D. Mann, G. Tomaselli & E. Braunwald (toim.) *Braunwald's Heart Disease*. 11<sup>th</sup> edition. Elsevier. 1–18.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Holloway, I. & Galvin, K. 2017. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Fourth edition. Chicester: John Wiley & Sons.

Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiivistä 22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN\\_ISBN\\_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN_ISBN_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen, O. & Aalto, A-M. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti. Helsinki: Juvenes Printi – Suomen Yliopistopaino Oy. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136258/URN\\_ISBN\\_978-952-343-103-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136258/URN_ISBN_978-952-343-103-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ihberg, L. 2016. Vakaaoreisen sepelvaltimotaudin ohitusleikkaus. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 358 – 370.

Ilveskoski, E. & Airaksinen, J. 2016. Vakaaoreisen sepelvaltimotaudin konservatiivinen hoito. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 324–332.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2017. Suomalaisten sairaudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jansson, P. & Malmivaara, A. 2018. Kuinka laadukasta suomalainen terveydenhuolto oikeasti on? Laadun arviointiin tarvitaan kansalliset laaturekisterit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.11.2018, viitattu <https://blogi.thl.fi/kuinka-laadukasta-suomalainen-terveydenhuolto-oikeasti-on-laadun-arviointiin-tarvitaan-kansalliset-laaturekisterit/>

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu.

Karjalainen, P. & Romppanen, H. 2016. Sepelvaltimoangiografian suoritus. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 266–271.

Karlsson, M. 2018. "Kuinka voit tänään?". Syöpä. (3), 6–10.

Kessing, D., Pelle, A. J., Kupper, N., Szabó, B. M. & Denollet, J. 2014. Positive affect, anhedonia, and compliance with self-care in patients with chronic heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*. (77), 296-301. [https://ac.els-cdn.com/S0022399914003092/1-s2.0-S0022399914003092-main.pdf?\\_tid=45e4e3c6-198f-436d-af93-370359038a1c&acdnat=1547386813\\_2d9c31b78a50920102e20ef3fed5cc0a](https://ac.els-cdn.com/S0022399914003092/1-s2.0-S0022399914003092-main.pdf?_tid=45e4e3c6-198f-436d-af93-370359038a1c&acdnat=1547386813_2d9c31b78a50920102e20ef3fed5cc0a)

Kettunen, R. 2018. Sepelvaltimotauti. Terveyskirjasto. Viitattu 19.11.2018, [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00077](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077)

Keyserling, T. C., Sheridan, S. L., Draeger, L. B., Finkelstein, E. A., Gizlice, Z., Kruger, E., Johnston, L. F., Sloane, P. D., Samuel-Hodge, C., Evanson, K. R., Gross, M. D., Donahue, K. E., Pignone, M., P., Vu, M. B., Steinbacher, E. A., Weiner, B. J., Bangdiwala S. I. & Ammerman, A. S. 2014. A Comparison of Live Counseling With a Web-Based Style and Medication Intervention to Reduce Coronary Heart Disease Risk. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. 174 (7), 1144-1157. Viitattu 13.1.2019, <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1876677>

Kinnunen, O. 2015. Suunnittelupelin käyttö yrityksissä - pelaamalla syvää ymmärrystä ja tuloksia. Esimerkki CoCo Tool Kit. Leppävaara: Laurea ammattikorkeakoulu.

Kivelä, A. 2011a. Pallolaajennuksen kulku. Teoksessa M. Mäkijärvi, R. Kettunen, A. Kivelä, H. Parikka ja S. Yli-Mäyry (toim.). *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. 287–291.

Kivelä, A. 2011b. Hoito pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen. Teoksessa M. Mäkijärvi, R. Kettunen, A. Kivelä, H. Parikka & S. Yli-Mäyry (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. 299–300.

Koivisto, M. 2016. Palvelumuotoilun peruskäsitteet. Teoksessa S. Miettinen (toim.). *Palvelumuotoilu*. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. 42-54.

Kokko, S. 2013. Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) Terveyspolitiikan perusteet ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 242–260.

Koskinen, S & Martelin, T. 2013. Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveiserot. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 56–67.

Krippendorff, K. 2004. Content analysis: an introduction to its methodology. 2<sup>nd</sup> edition. SAGE Publications, Inc.

Kuure, E., Miettinen, S. & Alhonsuo, M. 2014. Change through Service Design – Service Prototyping as a Tool for Learning and Transformation. Teoksessa E. Kuure, S. Miettinen & M. Alhonsuo. Design's big debates: pushing the boundaries of design research. Umeå: Umeå University. 469-482.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 127.

Kyngäs H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. 23 (2), 138–148.

Kähkönen, O. 2017. Adherence to treatment of patients with coronary heart disease after a percutaneous coronary intervention. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. [http://publications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2658-6/urn\\_isbn\\_978-952-61-2658-6.pdf](http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2658-6/urn_isbn_978-952-61-2658-6.pdf)

Kähkönen, O., Saaranen, T. & Kankkunen P. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede. 24 (3), 201–215.

Känsäkoski, H. 2017. Informaatio- ja tietoprosessit tietojohdamisen viitekehyksenä terveydenhuollon organisaatiossa – kohti potilasarvon luomista. Informaatiotutkimus 36 (1). <https://journal.fi/inf/article/view/63186/24664>



Käypä hoito-suositus. 2014. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.8.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04058#K1>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, M., Kyngäs H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystenhoitohenkilökunnan käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*. 18 (1), 4–13.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lamas, E., Salinas, R., Coquedano, C., Simon, M-P., Bousquet, C., Ferrer, M. & Zorilla, S. 2017. The Meaning of Patient Empowerment in the Digital Age: The Role of Online Patient-Communities. Teoksessa R. Engelbrecht, R. Balicer & M. Hercigonja-Szekeres (toim.) *The Practice of Patient Centered Care: Empowering and Engaging Patients in the Digital Era*. IOS Press. 43–47.

Laukkanen, J. & Airaksinen, J. 2016a. Vakaan sepelvaltimotaudin epidemiologia, vaaratekijät, ilmenemismuodot. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) *Kardiologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 310.

Laukkanen, J. & Airaksinen, J. 2016b. Vakaan sepelvaltimotaudin kajoamaton diagnostiikka. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) *Kardiologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 314–316.

Lee, W. L., Abdullaj, K. L., Bulgiba, A. M. and A. & Abidin, I. Z. 2013. Prevalence and predictors of patient adherence to health recommendations after acute coronary syndrome: data for targeted interventions? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12 (6), 512-520.

Leppo, K. 2013. Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 86 – 102.

Levy, A. E., Huang, C., Huang, A. & Hi, M. P. 2018. Recent Approaches to Improve Medication Adherence in Patients with Coronary Heart Disease: Progress Towards a Learning Healthcare System. *Current Atherosclerosis Reports*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11883-018-0707-0>

Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic Inquiry*. California: Sage. 124 – 219.

Margolis, E. & Zunjarwad, R. 2018. *Visual Research*. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Fifth edition. SAGE Publications, Inc.

Mattelmäki, T., Vaajakallio, K. & Koskinen, I. 2013. What Happened to Empathic Design? *Design Issues*. 30 (1), 67-77.

Mattila, K. 2016. Suuntima-työkalun kokeilu ja käytön ohjeet asiakaslähtöisyyden vahvistumiseksi osana monisairaalan potilaan hoitoketjua. *YAMK Opinnäytetyö*. Metropolia.

Miettinen, S. 2016. *Palvelumuotoilu*. Teoksessa S. Miettinen (toim.). *Palvelumuotoilu*. Helsinki: Teknologiatekniikka Teknova Oy. 20-41.

Mustajoki, P. 2018. *Valtimotauti (ateroskleroosi)*. *Terveyskirjasto*. Viitattu 19.11.2018, [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00095](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095)

Mäkijärvi M. 2011. Mitä ovat sydänsairaudet. Teoksessa M. Mäkijärvi, R. Kettunen, A. Kivelä, H. Parikka & S. Yli-Mäyry (toim.). *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. 7 – 17.

Mäkinen, S., Kuusisto, L., Salunen, R., & Palvanen, M. 2018. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Viitattu 13.1.2019, <https://www.tays.fi/download/noname/%7BDB3538AD-0F03-4D57-8201.../45192>

Nuutinen, M. 2000. *Hoitoketju*. *Duodecim* 116, 1821–1828.

Pekkarinen, T. 2007. Toimiiko potilasohjaus? *Suomen lääkäri*. 62 (11) 1103. Viitattu 21.8.2018. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/toimiiko-potilasohjaus/>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Krooninen sepelvaltimotauti ja äkillinen sepelvaltimotautikohtaus (OYS-erva). Sisäinen lähde. Viitattu 22.1.2018.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/shp00689>

Polit, D. F. & Beck, C. T. 2004. Nursing Research. Principles and Methods. Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F. & Beck, C. T. 2018. Essentials of Nursing Research. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Porela, P., Romppanen, H. & Juvonen, T. Hoitomuodon valinta. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 321–322.

Rauhala, H. 2017. Ei-sydänperäistä rintakipua sairastavien profilointia. YAMK opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu.

Repo, T. Tykkyläinen M., Mustonen, J., Rissanen, T. T., Ketonen, M., Toivakka, M. & Laatikainen, T. 2018. Outcomes of Secondary Prevention among Coronary Heart Disease Patients in a High-Risk Region in Finland. International Journal of Environmental Research and Public Health. 15 (4), viitattu 21.12.2018, <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/724/htm>

Rissanen, T. Laukkanen, J. & Raatikainen, P. 2016. Rintakivun arviointi. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 97–99.

Sandelin, P. 2017. Laadullisen aineiston käsittely ja analysointi. Oulun ammattikorkeakoulu. Sisäinen lähde. Viitattu 17.1.2017, <https://moodle.oamk.fi/mod/resource/view.php?id=107164&redirect=1>

Seppälä, T. Linna, M. & Elonheimo, O. 2014. Terveyskeskuksen tuottavuuden mittaamisen edellytykset – Havainnoja pilottihankkeesta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Service Design Tools. 2009. Communication Methods Supporting Design Process. Customer Journey Map. Viitattu 23.1.2018. <http://www.servicedesigntools.org/tools/8>

Silvennoine-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy – Juvenes Print.

Smith, P. J., Sherwood, A., Mabe, S., Watkins, L., Hinderliter, A. & Blumentahl, J. A. 2017. Physical activity and psychosocial function following cardiac rehabilitation: One-year follow-up of the ENHANCED study. *General Hospital Psychiatry*. 49, 32 – 36.

Sonal, J. P., Ruppap, T., Koopman, R. J., Lindbloom, E. J., Elliot, S. G., Mehr, D. R. & Conn, V. S. 2018. Effect of peer support interventions on cardiovascular disease risk factors in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*.18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5865386/#CR7>

Srinivasan, N. T. & Schilling, R. J. 2018. Sudden Cardiac Death and Arrhythmias. *Arrhythmia & Electrophysiology Review*. 7 (2), 111–117.

Stickdorn, M. & Schneider, J. 2011. This Is Service Design Thinking. Basics – Tools – Cases. Amsterdam: BIS Publishers.

STM 2018. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Tavoitteena jokaiselle palveluja ajasta ja paikasta riippumatta. Viitattu 3.2.2018, <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslatoisyys/hankkeen-kuvaus>.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2015. Kuolemansyyt. Sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 8.12.2017, [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt\\_2015\\_2016-12-30\\_kat\\_002\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_002_fi.html)

Svavarsdóttir, M. H., Siguroardóttir, A. K. & Steinsbekk, A. 2014. Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 15 (1), 55–63.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015. 2015. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Tays 2018. Suunta Suuntimasta ja kohti arjessa pärjäämistä. Viitattu 13.1.2019, <https://www.tays.fi/fi-fi/ohjeet/Hoitoketjut/Suuntima>

Tieke, 2017. Pelaa ja paranna palveluja. Viitattu 1.6.2018, <https://www.tieke.fi/display/uutiset/2017/09/07/Pelaa+ja+paranna+palveluja>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopisto.

Tulppakuntoutus. 2018. Viitattu 29.11.2018, <https://tulppakuntoutus.fi/>

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turpin, R. S., Simmons, J. B., Lew, J. F., Alexander, C. M., Dupee, M. A., Kavanagh, P. & Cameron, E. R. 2004. Improving Treatment Regimen Adherence in Coronary Heart Disease by Targeting Patient Types. *Dis Manage Health Outcomes*. 12 (6), 377–383.

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 19.12.2017, [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. 2006. Viitattu 31.1.2018, <http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/tutkimuksen-eettinen-arviointi-suomessa.pdf>.

Vaara, S. 2017. Clinical and genetic risk factors in acute coronary syndroms. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.12.2017, <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/173097/Clinical.pdf?sequence=1>.

Virtuaalisairaala 2.0. Luentotilaisuus. 19.10.2018. Tekijän hallussa.

Ylitalo, A. Laine, M. & Niemelä, M. 2016. Hoitotulokset, riskit ja komplikaatiot. Teoksessa J. Airaksinen, K. Aalto-Setälä, J. Hartikainen, H. Huikuri, M. Laine, J. Lommi, P. Raatikainen & A. Saraste (toim.) Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 354–356.

Younus, A., Aneni, E., Spatz, ES., Osondu, CU., Roberson, L., Ogunmoroti, O., Malik, R., Ali, SS., Aziz, M., Feldman, T. 2016. A Systematic Review of the Prevalence and Outcome of Ideal Cardiovascular Health in US and non-US Populations. Mayo Clin Proc. 91, 649-670.

Zullig, L. L., Ramos, K. & Bosworth, H. B. 2017. Improving Medication Adherence in Coronary Heart Disease. Current Cardiology Reports. Viitattu 13.1.2019, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-017-0918-y>

## LIITTEET

SUOSTUMUSLOMAKE

LIITE 1

### POTILASTIEDOTE JA SUOSTUMUSASIAKIRJA OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

#### Tutkimuksen nimi:

**"Kohti parempaa polkua"-tutkimus sydänpotilaan hoitopolusta**

#### Tutkimuksen tarkoitus

Arvoisa asiakas, selvitämme yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa erilaisten sydänoireiden vuoksi sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa käyneiden asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja käyttämistään sosiaali- ja terveyspalveluista ennen varjoainekuvausta ja sen jälkeen.

#### Tutkimuksen kulku

Kutsumme Teidät yhteiskehittämisen työpajaan Muhoksen kunnantalolle ma 27.8. klo 16. Työpaja järjestetään yhteistyössä Muhoksen sydänyhdistyksen kanssa.

Yhteiskehittämisen työpajassa mallinnetaan kulkemaan hoitopolkua. Hoitopolku kuvaa Teidän kulkua, kokemuksia, tarpeita ja havaintoja aika-akselilla Teidän ollessanne vuorovaikutuksessa palvelun tarjoajan kanssa ennen varjoainekuvausta, sen aikana ja jälkeen. Lisäksi selvitetään ajatuksianne siitä, millaisia kokemuksia varjoainekuvauksessa käynti, sitä ennen ja sen jälkeen saatu ohjaus ja neuvonta sekä sosiaali- ja terveyspalvelut Teissä herätti.

Työpajat videoidaan aineiston käsittelyn helpottamiseksi. Tämän jälkeen aineisto kirjoitetaan tekstitiedostoksi. Henkilötietoja sisältävää aineistoa ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa. Nauhoitteet hävitetään sen jälkeen, kun aineisto on kirjoitettu tekstitiedostoksi, kuitenkin viimeistään tutkimuksen loputtua vuoden 2019 lopussa.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta Teille palkkiota tai muita kulukorvauksia.

#### Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole Teille hyötyä. Tutkimuksen pohjalta voidaan kuitenkin kehittää sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa käyvien asiakkaiden hoitopolkua ja tarkoituksenmukaista, asiakaslähtöistä ohjausprosessia. Tutkimuksesta ei aiheudu Teille terveydellistä haittaa, ja se pyritään järjestämään siten, ettei Teille koidu tutkimukseen osallistumisesta kuluja eikä suurta vaivaa.

## **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Tutkimuksessa henkilöllisyytenne sekä muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkimuksen henkilökunnan tiedossa, ja he kaikki ovat salassapitovelvollisia. Kaikkia Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään koodattuina siten, ettei yksittäisiä tietojanne pystytä tunnistamaan tutkimustuloksista. Tutkimusrekisteriin tallennetaan vain tutkimuksen kannalta välttämättömiä tietoja ja rekisteriä säilytetään sellaisissa tiloissa, johon vain tutkijoilla on mahdollisuus päästä. Tutkimusrekisteriä säilytetään niin kauan kunnes tutkimus on päättynyt. Tutkimusrekisteristä on laadittu rekisteriseloste, jonka saatte halutessanne nähtäväksi.

Jos osallistumisenne tutkimukseen jostain syystä keskeytyy, keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Tutkimusaineistoa ei luovuteta muille osapuolille.

## **Vapaaehtoisuus**

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta, keskeyttää osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Kieltäytymisenne, osallistumisen keskeyttäminen tai suostumuksen peruuttaminen eivät vaikuta mitenkään mahdollisesti tarvitsemaanne hoitoon nyt tai tulevaisuudessakaan.

## **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tutkittaville ei järjestetä erillistä kuulemistilaisuutta tuloksista, mutta kehittämistyön loppuraportti on luettavissa Theseus-tietokannassa.

## **Tutkimuksesta vastaavan henkilön, sekä muiden yhteyshenkilöiden ja tutkijoiden yhteystiedot**

Tutkimuksesta vastaavina henkilöinä toimivat:

Anja Henner, TtT, yliopettaja,  
Oulun ammattikorkeakoulu Oy  
Kiviharjuntie 4, 90220 OULU  
050 3670361  
[anja.henner@oamk.fi](mailto:anja.henner@oamk.fi)

Kirsi Koivunen, TtT, yliopettaja  
Oulun ammattikorkeakoulu Oy  
Kiviharjuntie 4, 90220 OULU  
[Kirsi.koivunen@oamk.fi](mailto:Kirsi.koivunen@oamk.fi)

Tutkijana/tutkijoina toimivat:

Sanna Autio, sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija  
[o7ausa00@students.oamk.fi](mailto:o7ausa00@students.oamk.fi)

Tiia Hautamäki, sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija



[o7hati00@students.oamk.fi](mailto:o7hati00@students.oamk.fi)  
Oulun ammattikorkeakoulu

### **Suostumus tutkimukseen**

Olen ymmärtänyt tutkimuksen tarkoituksen. Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen tai peruuttaa suostumukseni. Tutkimuksesta kieltäytyminen, sen keskeyttäminen tai suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta hoitooni. Olen tietoinen siitä, että minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

---

aika ja paikka            allekirjoitus ja nimenselvennys

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

**"KOHTI PAREMPAA POLKUA" TYÖPAJA**

TAUSTATIEDOT (asiakasprofilointia varten):

1. Ikä \_\_\_\_\_
2. sukupuoli \_\_\_\_\_
3. ylin suorittamasi tutkintoaste \_\_\_\_\_
4. ammatti \_\_\_\_\_
5. oletteko työelämässä \_\_\_\_\_ jos olette, millä alalla  
\_\_\_\_\_
6. harrastukset \_\_\_\_\_
7. Elämän asenne /motto  
\_\_\_\_\_