

Digitaaliset terveystalvelut osaksi valtimotaudin ja sen riski- tekijöiden omahoidon tukemista

Eskelinen Emma

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2019
Sosiaali- ja terveysala
Terveysten edistäminen

Tekijä Eskelinen, Emma	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä kesäkuu 2019
	Sivumäärä 66, joista liitteitä 10 sivua	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Digitaaliset terveystalvet osaksi valtimotaudin ja sen riskitekijöiden omahoidon tukemista		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, terveyden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) Mari Punna, Sanna Sihvonen		
Toimeksiantaja(t) Pohjois-Karjalan DigiSote -hanke		
Tiivistelmä <p>Elintavoilla on keskeinen merkitys sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn ja esiintyvyyteen. Omahoidolla ja sen tukemisella on vaikutusta etenkin valtimotaudin ja sen riskitekijöiden hoidossa. Tutkimusten mukaan digitaalisilla interventioilla on ollut positiivisia vaikutuksia omahoidon toteutumisessa, ja digitaalisten terveystalvetuiden kehittäminen on ajankohtainen aihe suomalaisessa terveydenhuollossa.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin toimeksiantona Pohjois-Karjalan DigiSote-hankkeelle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemista digitaalisten terveystalvetuiden avulla. Tavoitteena oli tukea ja kartoittaa Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveystalvetuiden käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena tutkimana kehittämistyönä, ja siihen hyödynnettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä aineiston keräämisessä. Aineiston analysoinnissa käytettiin teemoittelua. Toteutus koostui kolmesta eri vaiheesta: teemahaastattelut ohjaajille, toiminnallinen pilotointi Omahoidon digitaidot -työpaja kuntoutujille sekä lopuksi tehtiin ryhmähaastattelu kuntoutujille ja ohjaajalle kokemusten keräämiseksi.</p> <p>Digitaalisia terveystalvetuita pidettiin hyödyllisinä omahoidon tukemisen näkökulmasta, ja etenkin sähköisen terveystiedon luotettavuuden merkitys korostui. Sähköiset terveystestit sydän- ja verisuonisairauksiin ja niiden riskitekijöihin liittyen koettiin käytännöllisinä. Digitaalisten terveystalvetuiden hyödyntämiseen koettiin tarvittavan tukea ja ohjaamista, jotta niiden käyttämiseen olisi enemmän taitoja. Johtopäätöksenä todettiin, että digitaalisten terveystalvetuiden hyödyntämisessä on hyvä huomioida käyttäjien mahdollisuudet ja taidot sekä tarvittava ohjaus niiden käyttämisessä omahoidon tukemista kehitettäessä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tästä näkökulmasta terveydenhuollossa suunniteltaessa ja ottaessa käyttöön erilaisia digitaalisia terveystalvetuita asiakkaille.</p>		
Avainsanat (asiasanat) sydän- ja verisuonisairaudet, riskitekijät, digitalisaatio, omahoito, kehittäminen, pilotointi		
Muut tiedot		

Author Eskelinen, Emma	Type of publication Master's thesis	Date June 2019
	Number of pages 66, appendixes 10 pages	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Digital healthcare services in part of arteriosclerosis and its risk factors self-care supporting		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Punna Mari, Sihvonon Sanna		
Assigned by North-Karelia's DigiSote-project		
Abstract <p>Lifestyle habits are greatly significant in the development and incidence of cardiovascular diseases. Self-care and its support have an impact on the care of cardiovascular diseases and their risk factors. According to research, digital interventions have had a positive influence on the realization of self-care, and the development of digital healthcare services is a topical issue in the Finnish healthcare services.</p> <p>The thesis was as assigned by the DigiSote-project. The purpose of the thesis was to promote the self-care support of patients suffering from cardiovascular diseases and their risk factors by means of digital healthcare services. The aim was to support and examine the Tulppa-rehabilitation program participants' preparedness for using digital healthcare services as part of self-care and group rehabilitation. The study was conducted as a practice-based, developmental research work, and it had a qualitative research approach in the data collection. The analysis was performed by using a thematic analysis. The thesis was carried out in three chapters: by conducting theme interviews with instructors, piloting a practice-based Digital Skills in Self-Care workshop for the rehabilitees and lastly, conducting a group theme interview with the rehabilitees and instructors for collecting experiences.</p> <p>Digital healthcare services were regarded as useful from the perspective of self-care support. Furthermore, the significance of the reliability of electronic health information was highlighted. Electronic health tests related to cardiovascular diseases and their risk factors were regarded as practical. The respondents felt that they needed support and guidance for utilizing digital healthcare services so that they would have more skills in using it. In conclusion, it can be stated that when utilizing digital healthcare services, the users' capacities and skills as well as any guidance needs should be considered when developing self-care support. The results of the thesis could be utilized from this point of view in healthcare in the planning and implementation of different digital services for the clients.</p>		
Keywords/tags (subjects) cardiovascular diseases, risk factors, digitalisation, self-care, development, piloting		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Valtimotaudit ja sen riskitekijät	5
3	Omahoito ja omahoidon tukeminen	11
3.1	Digitaaliset omahoitoa tukevat terveystalvelut.....	15
3.2	Tulppa-avokuntoutus.....	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	21
5	Opinnäytetyön toteutus.....	22
5.1	Kohderyhmä.....	24
5.2	Vaihe I teemahaastattelut ohjaajille ja vertaisohjaajalle; kehittämisideat digitaalisten terveystalveluiden hyödyntämiseen.....	24
5.3	Aineiston analysointi.....	26
5.4	Vaihe II pilotointi Tulppa-ryhmässä; Omahoidon digitaidot työpaja ...	28
5.5	Vaihe III, ryhmähaastattelu palautteen keräämiseen ja arviointiin omahoitoa tukevien digitaalisten terveystalveluiden käyttökokemuksista	29
6	Tulokset.....	31
7	Pohdinta	40
7.1	Eettisyys ja luottavuus.....	42
7.2	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	45
	Lähteet	47
	Liitteet	54
	Liite 1. Saatekirje.....	54
	Liite 2. Teemahaastattelurunko.....	55
	Liite 3. Saatekirje ja osallistujien informointi.....	57
	Liite 4. Taustatieto kysymykset ja teemahaastattelurunko	59
	Liite 5. Omahoidon digitaidot työpaja, PowerPoint -esitys	60
	 Kuviot	
	Kuvio 1. Kehittämistyön prosessin vaiheet.....	23
	Kuvio 2. Esimerkki aineiston analysoinnista.....	27

Kuvio 3. Digitaalisten terveystalveluiden hyödyntäminen.....	34
Kuvio 4. Hyötyjä ja haasteita.....	35
Kuvio 5. Yhteenveto ohjaajien ja ryhmähaastattelun keskeisistä tuloksista...	39

1 Johdanto

Terveellisempien elintapojen toteuttamisessa potilaan omahoidolla on tärkeä merkitys. Omahoidolla tarkoitetaan potilaan itsensä toteuttamaa hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä ammattihenkilön kanssa sopimaan parhaiten potilaan sen hetkiseen tilanteeseen (Käypä hoito, Omahoidon määritelmä 2014). Omahoidon tukemista määritellään toimenpiteinä, joilla pyritään antamaan potilaalle taitoja, jotta he voivat osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa ja ottamaan vastuuta oman sairautensa hoidosta parhaalla mahdollisella tavalla (Jonkman, Schuurmans, Jaarsma, Shortridge-Baggett, Hoes & Trappenburg 2016). Elintavoilla on keskeinen vaikutus sydän- ja verisuonitautien syntyyn, etenkin tupakoinnilla, liian suolaisella ruokavaliolla ja riittämättömällä fyysisellä aktiivisuudella. Kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hoito ovat tärkeää sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Sydän- ja verisuonitaudit ovat merkittävien kuolemaan johtava sairaus maailmassa, vuosittain enemmän kuin 17 miljoonaa ihmistä kuolee sydän- ja verisuonitautien vuoksi. (Cardiovascular disease 2016.)

Tutkimusten mukaan omahoidon tukemisessa käytetyillä digitaalisilla interventioilla on ollut positiivisia vaikutuksia omahoidon toteutumisessa. Potilaat ovat ottaneet aktiivisemmän roolin omassa hoidossaan ja digitaalisilla interventioilla on ollut myös esimerkiksi alentavaa vaikutusta verenpaineeseen. Digitaalisia interventioita tutkimuksissa olivat esimerkiksi terveyteen liittyvät älypuhelin sovellukset ja verkossa toimivat vuorovaikutteiset omahoitoa tukevat palvelut. (Morton, Dennison, May, Murray, Little, McManus & Yardleya 2016, 616; Mclean, Band, Saunderson, Hanlon, Murray, Little, McManus, Yardley, Mair 2016, 610.) Digitaalisuus suomalaisessa terveydenhuollossa on ajankohtainen ja kehitettävä aihe yhteiskunnassamme. Suomen viimeisimmässä hallitusohjelmassa hyvinvointiin ja terveyteen liittyvässä kärkihankkeessa Palvelut asiakaslähtöisiksi korostuivat omahoidon sähköiset palvelut (Valtioneuvosto, 2017).

Opinnäytetyön aiheena oli kehittämistyö liittyen digitaalisten terveystalvendien hyödyntämiseen Tulppa-avokuntoutuksessa Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvendien kuntayhtymässä Siun sotessa. Sydänliiton Tulppa-kuntoutusta toteutetaan terveystalvieskusten toimintana ja se on tarkoitettu valtimotautia sairastaville tai riskissä oleville, sekä esimerkiksi tyypin 2 diabeetikoille, sepelvaltimotautipotilaille tai aivoverenkierronhäiriön sairastaneille potilaille (Sydänliitto 2017). Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemista digitaalisten terveystalvendien avulla. Tavoitteena oli tukea ja kartoittaa Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveystalvendien käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta. Opinnäytetyö tehtiin toimeksiantona Pohjois-Karjalan DigiSote -hankkeelle, eAmmattilaiset tulevaisuuden työelämässä, joka ajoittui 1.9 2016 alkaen vuoden 2018 loppuun (Pohjois-Karjalan DigiSote 2017).

Työelämän kehittämisen kannalta opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen sosiaali- ja terveystalvialalla digitaalisten terveystalvendien hyödyntämiseen liittyvän suuntautumisen myötä. Samalla opinnäytetyön avulla saatiin tietoa digitaalisten terveystalvendien käyttökokemuksista ryhmämuotoisessa avokuntoutuksessa omahoidon tukemisen ja Tulppa-ryhmän toiminnan kehittämisen näkökulmasta myös asiakaslähtöisyys huomioiden. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää digitaalisten terveystalvendien käytön edistämässä ja kehittämässä sosiaali- ja terveystalvieuissa.

2 Valtimotaudit ja sen riskitekijät

Sydän- ja verisuonitaudit ovat syynä Suomessa vajaassa puolessa työikäisten kuolemassa ja ovat suurin yksittäinen kuolinsyiden ryhmä, 1970-luvulta lähtien kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin on kuitenkin vähentynyt. Suomessa on suuria alueellisia eroja liittyen sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyyteen ja kuolleisuuteen, Itä- ja Koillis-Suomessa sepelvaltimotautia sairastetaan noin puolitoistakertaa enemmän Lounais-Suomeen verrattuna. (Sydän- ja verisuonitautien yleisyys 2014.) Valtimotaudissa (valtimonkovettumatauti, ateroskleroosi) verta kuljettavat valtimot ahtautuvat ja veren virtaaminen suonessa häiriintyy, valtimoiden sisäpinnan ohuen sisäkalvon alle kerääntyy veren paha LDL -kolesterolia. Kolesterolikertymästä käytetään nimitystä plakki. Vuosien aikana plakki alkaa pullistua sisäänpäin ja tukkia valtimoa, eikä veri pääse virtaamaan normaalisti. Plakin revetessä paikalle kehittyy hyytymä, joka tukkii tai ahtauttaa valtimon kokonaan, verenvirtaus heikkenee tai loppuu kokonaan. Yleisimpiä valtimotaudista aiheutuvia sairauksia ovat sydäninfarkti, aivohalvaus ja katkokävely. (Mustajoki 2016.)

Sydämen sepelvaltimoiden tukkeutumisella tarkoitetaan sepelvaltimotautia, osittainen tukkeutuminen aiheuttaa rasisintakipua (angina pectoris), valtimon tukkeutuessa kokonaan seurauksena on sydäninfarkti. Aivovaltimoiden tukkeutuminen johtaa aivohalvaukseen (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto) ja alaraajojen valtimoiden tukkeutumisella seurauksena on katkokävely, sekä vaikeimmassa tapauksessa valtimoiden tukkiutuminen kokonaan johtaa jalkaterän kuolioon. Elintapoihin liittyvät riskitekijät ovat yhteydessä valtimotaudin kehittymiseen, myös perimällä on vaikutusta. Keskeisimmät riskitekijät ovat **tupakointi, suurentunut LDL -kolesteroli, kohonnut verenpaine**, pieni HDL-kolesterolin määrä ja kohonnut triglyseridi-rasvojen määrä. Valtimotautien vaaratekijöitä ovat myös **aikuistyyppin (tyyppi 2) diabetes ja lihavuus**. Miehillä on suurempi valtimotaudin riski kuin naisilla. (Mustajoki 2016.) Sydän- ja aivoinfarktin riskitekijöihin kuuluu myös liiallinen alkoholin käyttö ja sairastumisen ehkäisyssä on tärkeää huomioida kohtuullinen alkoholin käyttö (Atula

2017). Alkoholin käytön riskirajana miehillä pidetään noin 40 g/vrk eli 3 lasillista ravintola-annoksina, yhden annoksen sisältäessä noin 11-14 g alkoholia ja naisilla 20g/vrk eli 1,5 lasillista (Poikolainen 2015).

Tupakoinnilla on vahingoittava vaikutus koko elimistöön. Tupakointi kaksinkertaistaa riskin saada sydäninfarkti ja aivoinfarkti ja vuosittain arviolta 1600 miestä Suomessa kuolee tupakan aiheuttamiin sydän- ja verisuonisairauksiin, joihin tupakoinnin vaikutukset on tunnettu jo yli 30 vuotta. Tupakointi pahentaa valtimonkovettumistautia ja tupakan sisältämä nikotiini vaikuttaa myös haitallisesti insuliinin toimintaan elimistössä, sillä on altistava vaikutus sairastua aikuistyyppin diabetekseen. Tupakoinnin aiheuttaman lisäsairastavuuden vuoksi se lisää huomattavasti terveydenhuollon kustannuksia. (Patja 2016.) Suomessa tupakointi on vähentynyt viimeisen viiden vuoden aikana FINRISKI 2012 -tutkimuksen mukaan. Vuonna 2012 25-64 -vuotiaista miehistä 25,3 % tupakoi säännöllisesti ja naisista 17,9%, mutta 55-64 -vuotiaissa säännöllinen tupakointi lisääntyi. Vähiten koulutetuilla tupakointi on yleisempää mutta tupakoinnin vähenemistä tapahtui kaikissa koulutusryhmissä. Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa myönteisesti tupakasta aiheutuviin sairauksiin kaiken ikäisillä. (Jousilahti & Borodulin 2012, 1.)

Veren suurentunut kolesterolimäärä on merkittävä valtimotaudin riskitekijä.

Suurentunut LDL kolesteroli aiheuttaa haittaa kertyessään valtimoiden sisäkalvon alle, kun taas puolestaan HDL kolesteroli kuljettaa haitallista kolesterolia pois kudoksista. Veren kolesteroli pitoisuus mitataan veriplasmasta, kokonaiskolesteroli (fP-Kol), LDL (fP-kol-LDL) ja HDL-kolesteroli (fP-kol-HDL). (Mustajoki, 2015.) Dyslipidemiailla tarkoitetaan suurentunutta seerumin kokonais- tai LDL- kolesteroli pitoisuutta, suurentunutta triglyseridi pitoisuutta, pientä HDL pitoisuutta tai näiden yhdistelmää. Terveyttä edistävät lipidiarvot väestötasolla ovat kokonaiskolesterolin alle 5,0 mmol/l:n pitoisuus ja alle 3,0 mmol/l:n LDL- kolesterolipitoisuus. Dyslipidemiassa seerumin LDL-kolesterolipitoisuus on yli 3,0 mmol/l ja triglyseridipitoisuus on yli 1,7 mmol/ sekä HDL-kolesterolipitoisuus on pieni (miehillä alle 1,0 mmol/l, naisilla alle 1,2 mmol/l), nämä voivat esiintyä yksinään tai erilaisina yhdistelminä. (Dyslipidemat, Käypä hoito- suositus 2013.) Suomessa uusimman FINRISKI 2012 -terveys-tutkimuksen tulosten mukaan väestön kolesterolitason lasku vuoteen 2007

asti on kääntynyt nousuun viime vuosien aikana sekä naisten ja miesten osalta ja ravinnosta saatavan tyydyttyneen rasvan saanti on lisääntynyt, joka osaltaan selittää kolesterolitason nousua. Vuonna 2012 25-74 -vuotiaiden miesten seerumin kolesterolipitoisuus oli 5,34 mmol/l ja naisten 5,13 mmol/l. (Vartiainen, Helldán, Virtanen 2012.)

Dyslipidemioiden hoidon perusteena on arvio suurentuneesta valtimosairauksien kokonaisriskistä ja hoidon tavoitteena on ehkäistä ateroskleroottisia valtimosairauksia. Kokonaisriskiä arvioidaan aikaisemman valtimosairauden tai vastaavan riskin aiheuttavan sairauden perusteella, sekä THL:n FINRISKI -laskurin avulla, jonka rajana pidetään vähintään 10% riskiä sairastua sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Lääkehoidon kohonneeseen kolesteroliin käytetään pääosin statiineja suuren riskin henkilöiden hoidossa. Erityisen suuren riskin potilaiden LDL-kolesterolipitoisuuden tavoitteena on alle 1,8 mmol/l tai vähintään pitoisuuden 50 % vähentyminen ja suuren riskin potilaiden tavoitteena on alle 2,5 mmol/l LDL-pitoisuus. Dyslipidemioiden hoidon perustana on elintapahoito ja lääkäri arvioi valtimosairauden kokonaisriskin pienentämistä myös muiden tekijöiden osalta, joita ovat tupakointi, kohonnut verenpaine ja ylipaino (vyötärön ympärys ja painoindeksi). (Dyslipidemiat, Käypä hoito -suositus 2013.) Elintapahoitoa määritellään elintapaohjauksena, jonka sisältönä ovat liikuntaan ja ruokavalioon, sekä ajatuksiin, asenteisiin painottuvaa ohjausta, pääasiallisesti ryhmämuotoisena toteutuksena (Diabetes, Käypä hoito -suositus 2016). Terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, tupakattomuus ja liiallisen stressin välttäminen, lepo sekä uni muodostavat kokonaisuuden, joka edistää valtimoterveyttä. Ruokavalion osalta keskeistä valtimoterveyden edistämisen kannalta ovat monipuolisuus ja erityisesti rasvojen käyttöön liittyen vähäinen tyydyttyneen ja transrasvan (kovan rasvan) saanti, kohtuullinen tyydyttymättömän (pehmeän) rasvan käyttö, vähäinen suolan käyttö sekä runsas kuidun saaminen ravinnosta ja sopiva suhde energian saannin sekä kulutuksen välillä. (Dyslipidemiat, Käypä hoito -suositus 2013.)

Kohonnut verenpaine aiheuttaa maailmanlaajuisesti vuosittain 9,4 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa ja se on riskitekijänä merkittävin terveiden elinvuo-

sien vähentäjänä. Suomessa aikuisikäisistä peräti noin 2 miljoonalla on kohonnut verenpaine ja vain joka viidennellä verenpaine on hyvällä tasolla. Verenpaineen hoidoksi suositellaan lääkehoitoa, mikäli elintapahoidosta huolimatta systolinen verenpaine vastaanotolla on 140 mmHg ja diastolinen verenpaine vähintään 90 mmHg, sekä kotimittausten ja verenpaineen pitkäaikaisrekisteröinnin päivätason osalta systolinen verenpaine vähintään 135 mmHg ja diastolinen verenpaine vähintään 85 mmHg. Lääkehoitona käytetään ACE:n estäjiä tai ATR:n salpaajia ja kalsiumkanavan salpaajiin tai diureetteihin perustuvaa yhdistelmähoitoa. Verenpainetta alentavaa lääkitystä suomalaista käyttää noin miljoona, mutta vain 40 %:lla heistä verenpaine on hoitotasolla. (Kohonnut verenpaine, Käypä hoito -suositus, 2014.) Cochrane katsauksen mukaan korkeaa verenpainetta sairastavien potilaiden hoidossa tulee olla organisoitu seurantajärjestelmä. Verenpainetta alentava lääkehoito tulee toteuttaa voimakkaasti porrastetun hoidon avulla niille potilailla, joiden kohdalla tavoitettua verenpainetasoa ei saavuteta. Verenpaineen kotimittaukset ja muistutukset kontrollikäynneistä voivat olla hyödyllisiä edellä mainittujen keinojen lisäksi, mutta niiden vaikutus verenpaineen mittaustulosten parantamiseen vaatii vielä lisäarviointia. (Glynn, Murphy, Smith, Schroeder & Fahey 2010.)

Finravinto 2012 -tutkimuksen mukaan suomalaisten suolan saanti on lisääntynyt vuodesta 2007 ja ei vastaa suositusta 5 g/vrk:ssa (Heldán, Raulio, Kosola, Tapanainen, Ovaskainen & Virtanen, 2013, 102). Natriumin (suolan) saannin vähentäminen ruokavaliosta on keskeistä kohonneen verenpaineen ja sen haittojen ehkäisyssä, kuten myös muut tärkeimmät muutettavissa olevat riskitekijät kuten runsas alkoholin käyttö, ylipaino ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. (Kohonnut verenpaine, Käypä hoito -suositus 2014.)

Lihavuus aiheuttaa monia sairauksia tai pahentaa niitä ja laihduttamisella voidaan niitä sairauksia hoitaa tai ehkäistä. Lihavuutta määritellään rasvakudoksen ylimäärällä ja sitä voidaan luokitella painoindeksin ja vyötärönympäryksen perusteella. Painoindeksi (BMI, body mass index) on suhteellisen painon mittari ja se lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä (kg/m^2). Kansainvälisesti liikapainon on sovittu alkavan BMI arvosta 25 kg/m^2 , siksi koska monien sairauksien vaara lisääntyy arvon ylittyessä ja lihavuuden raja-arvona pidetään kansainvälisesti painoindeksiä 30 kg/m^2 , koska sen ylittyessä sairastuvuusriski

on selvästi suurentunut. Ikääntyneillä eli 60 -vuotiailla BMI: n suositeltava alue on 24-29 kg/m². (Lihavuus (aikuiset), Käypä hoito -suositus, 2014.) Ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet vuosien 1980-2013 välisenä aikana maailmanlaajuisesti Lancetin julkaiseman laajan tutkimuksen mukaan, vuonna 2013 yli 25:n BMI (painoindeksi) miehistä oli 36,9 %:lla ja naisista 38 %, kun vuonna 1980 vastaava esiintyvyys miehillä oli 28,8 % ja naisilla 29,8%. Tutkimuksessa oli mukana 188 maata. Ylipaino ja lihavuus ovat myös kasvava ongelma maailmanlaajuisesti lasten ja nuorten osalta. Vuonna 2013 suomalaista aikuisista lihavia tai ylipainoisia oli 56%. (GBD 2013 Obesity Collaboration tutkijaryhmä 2014, 766, 767, 774.)

Vyötärölihavuudella tarkoitetaan vatsaonteloon ja sisäelimien ympärille kertynyttä rasvaa ja se on aktiivisempaa aineenvaihdunnaltaan kuin lantioon ja reisiin kerääntynyt ihonalaisrasva ja on siksi vaarallisempaa. Vyötärölihavuuden määrittelyyn käytössä ovat kansainväliset metabolisen oireyhtymän määrittelyssä käytetyt arvot, vyötärölihavuuden alarajana miehillä on 100 cm ja naisilla 90 cm. Lihavuus lisää riskiä sairastua useisiin sairauksiin, esimerkiksi riski tyypin 2 diabetekseen on liikapainoisilla 2-4 kertainen ja lihavilla 7-20 kertainen verrattuna normaalipainoisiin. Lihavuuteen liittyvä kohonnut verenpaine ja dyslipidemia lisäävät myös riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Lihavuuden hoidossa tavoitteina keskeisesti ovat lihavuuteen liittyvien sairauksien ehkäisy ja hoito, sekä pysyvän laihtumisen seurauksena toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen sekä ylläpito. Ensisijaisena hoitona pidetään suunnitelmallista elintapaohjausta eli elintapahoitoa. (Lihavuus (aikuiset), Käypä hoito -suositus, 2014.)

Diabetes ja sen komplikaatiot ovat merkittävä kuolemaan johtava syy useissa maissa ja **tyypin 2 diabetes** on yleisin diabeteksen ilmenemismuoto maailmassa. Diabetesta sairasti vuonna 2015 415 miljoonaa ihmistä ja vuoteen 2040 mennessä arviolta 642 miljoonaa ihmistä. Vuonna 2015 International Diabetes Federation järjestön mukaan arviolta 193 miljoonaa ihmistä sairastavat tietämättään diabetesta ja siten riski diabeteksen komplikaatioiden kasvuun on lisääntynyt. (International Diabetes Federation 2015 Diabetes Atlas 2015.) Suomessa arviolta 500 000 sairastaa tyypin 2 diabetesta, muihin Eu-

roopan maihin verrattuna Suomi on tilastoissa keskitasoa. Tyypin 2 diabeteksen lisääntymisen merkittävänä syynä on lihominen ja liikunnan väheneminen. Sen kasvuun vaikuttavat omalta osaltaan myös diagnosoinnin parantuminen ja sen kriteerien muuttuminen. Väestön ikääntymisellä ja eliniän pidentymisellä on myös vaikutusta. (Diabeteksen yleisyys 2015.)

Diabeteksessa plasman glukoosipitoisuus on pitkäaikaisesti suurentunut ja sairauteen voi liittyä kroonisia ja äkillisiä komplikaatioita, joilla on merkittävä vaikutus potilaan ennusteeseen ja elämänlaatuun. Diabetes voidaan jakaa taudin kuvan tai etiologian perusteella alaryhmiin. Pitkään kestäneessä taudissa tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen erot ovat hämärtyneissä ja luokittelun sijaan keskeisempää on taudin vaikeusasteen huomiointi ja komplikaatioita tehokkaasti ehkäisevä hoito. Tyypin 2 diabetes on epäyhtenäinen sairausryhmä, jonka erottaa muista diabetestyypeistä se, että sillä ei ole selkeitä diagnostisia kriteerejä. Usein diabeteksen tyyppiin 2 sairastuva potilas on aikuinen ja hänellä on ylipainoa, kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä. Ympäristötekijöillä ja perimällä on osuutta tyypin 2 diabeteksen sairastumiseen ja sairauteen liittyy insuliinin puute ja sen heikentynyt vaikutus. Tärkeimmät tavoitteet diabeteksen hoidossa ovat kuoleman ja ketoasidoosin estäminen insuliininpuutosdiabeetikoilla, mikrovaskulaarikomplikaatioiden ehkäiseminen ja potilaan hyperglykemiasta johtuvien oireiden parantaminen sekä potilaan fyysisen ja psyykkisen jaksamisen tukeminen. Diabeteksen hoitaminen tapahtuu diabeetikon arjessa ja omahoidon tuki sekä ohjaus ovat tärkeitä. Potilaan elämäntilanne ja omahoidon voimavarat kuten tiedot, taidot, psyykkiset ja sosiaaliset sekä taloudelliset voimavarat ovat tärkeitä ottaa huomioon hoidon toteutumisen kannalta. (Diabetes, Käypä hoito -suositus 2016.)

Valtimotaudin ehkäisyssä elintavoilla on suuri vaikutus riskitekijöihin ja sairastumisriskiin. Tupakoinnin lopettaminen, ravitsemukseen liittyvät tekijät, painonhallinta ja liikunta ovat keskeisimpiä valtimotaudin ehkäisyssä. (Mustajoki, 2016.) Systemaattisen katsauksen mukaan useisiin riskitekijöihin vaikuttavilla interventioilla sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen ohjausta ja opetusta hyödyntäen on enemmän vaikuttavuutta kuolleisuuden vähenemisessä niillä, joilla

on korkeaa verenpainetta ja diabetesta kuin sillä väestöllä, jolla ei ole riskitekijöitä (Ebrahim, Taylor, Ward, Beswick, Burke & Smith 2011).

3 Omahoito ja omahoidon tukeminen

Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan omahoidolla tarkoitetaan potilaan itsensä toteuttamaa hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä ammattihenkilön kanssa ja on potilaan sen hetkiseen tilanteeseen parhaiten sopiva. Potilaan autonomia, ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky korostuvat omahoidossa. Omahoidon tukemisessa ammattihenkilön rooli on toimia valmentajana, joka suunnittelee potilasta kuultuaan yhdessä hänen kanssaan potilaan elämäntilanteeseen parhaiten sopivan hoidon. Potilas on vastuussa omista ratkaisuisista omahoidossaan. (Käypä hoito, Omahoidon määritelmä 2014.)

Omahoito käsitteenä nousee esille käyttäytymiseen liittyvien interventioiden ja myös terveystyöskentelyn yhteydessä, etenkin pitkäaikaissairauksien hoidossa. Omahoitoon katsotaan liittyvän kolme tehtävää; lääketieteellinen hoito, roolin- ja tunteidenhallinta, sekä omahoitoon katsotaan sisältyvän taitoja kuten ongelmanratkaisu, päätöksenteko, voimavarojen hyödyntäminen, kumppanuuden muodostaminen potilaan ja ohjaajan välillä, toiminnan suunnittelu sekä sopivan hoidon räätälöinti. Minäpystyvyys on keskeistä omahoidon toteutumisen vaikuttavuudessa. (Lorig & Holman 2003, 1.) Banduran sosiokognitiivinen teoria terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn näkökulmasta korostaa minäpystyvyyteen liittyvän luottamuksen moninaista vaikutusta tavoitteiden, tulosten odotusten, havaittujen ympäristön haittojen ja ohjaukseen liittyen ihmisen motivaation, käyttäytymisen ja hyvinvoinnin sääntelyssä. Luottamus pystyvyyteen ja sen hallintaan muodostavat polun, jonka kautta psykososiaaliset vaikutukset vaikuttavat terveyteen. Ihmisen usko omiin kykyihinsä (minäpystyvyys) vaikuttaa henkilökohtaiseen muutosprosessiin toteuttaa terveystyöskentelyn muutoksia tai edes niiden harkitsemista, se vaikuttaa myös motivaatioon ja periksiantamattomuuteen, sekä kykyyn toipua vastoinkäymisistä ja kykyyn ylläpitää saavutettuja uusia terveystottumuksia. (Bandura 2004.)

Pitkäaikaissairautta sairastavan on tärkeää löytää tasapaino sairauden vaatimusten, hoidon ja elämäntapojen välillä arkielämässään. Potilaan omahoidon vahvistaminen on mahdollista tukemalla hänen motivaatiota, voimaantumista, autonomiaa sekä pystyvyyden tunnetta hoitopäätöksiä tekemisessä ja sairauden tuomien ongelmien ratkaisemisessa. Voimaantuminen auttaa voimavarojen suuntaamisessa saada tilanne hallintaan ja pystyvyyden tunteella tarkoitetaan luottamusta omaan kykyihinkin uuden elämäntilanteen hallinnassa. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä, 2009.) Systemaattisen katsauksessa omahoidon interventioita määritellään toimenpiteinä, joilla pyritään antamaan potilaalle taitoja, jotta he voivat osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa ja ottamaan vastuuta oman sairautensa hoidosta parhaalla mahdollisella tavalla vähintään tiedon saamisella ja ainakin kahden seuraavan yhdistelmällä: oireiden seuranta, lääkehoito, ongelmien ja päätöksentekokyvyn lisääminen lääketieteellisen hoidon hallinnassa, sekä liikunnan, ruokavalion ja/tai tupakoinnin käyttäytymisen muuttamisella (Jonkman, Schuurmans, Jaarsma, Shortridge-Baggett, Hoes & Trappenburg 2016).

Systemaattinen katsaus pitkäaikaissairauksien omahoidon tukemisesta koostuu yhteen ehdotuksia terveystalouden tuottajille, kuinka tukea pitkäaikaissairaiden omahoitoa. Vaikuttavaan omahoidon tukemiseen liittyy yleensä useita tekijöitä, omahoidon tukemisen tulee olla joustavaa ja yksilöllisesti räätälöityä, sekä se vaatii hyvää yhteistyötä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa terveydenhuollon palveluorganisaatiossa, joka tukee ja kannattaa omahoitoa. Katsauksen tulosten mukaan omahoidon tukemiseen liittyvät avaintekijät sisältävät tiedon antamista pitkäaikaissairaudesta, psykologisten strategioiden käyttämistä tukemaan ihmisen sopeutumista elämään sairauden kanssa, käytännöllistä ja yksilöllistä fyysistä hoitoa, toimintasuunnitelmaa pitkäaikaissairaudesta edetessä sekä asianmukaista sosiaalista tukea. Omahoidon tukemiseen potentiaalisesti vaikuttavia muita tekijöitä ovat myös potilaan itsearviointi ja palautteen saaminen itsearviointista, sekä käytännön tuki hoitosuunnitelman noudattamisessa. (Taylor, Pinnock, Epiphaniou, Pearce, Parke, Schwappach, Purushotham, Jacob, Griffiths, Greenhalgh & Sheikh 2014, 432.)

Omahoito (self-management) eroaa itsehoidosta (self-care) siten, että itsehoito on potilaan omatoimisesti suunnittelemaa hoitoa ilman ammattihenkilön apua (Routasalo & Pitkälä 2009, 6). Mutta kuitenkin itsehoitoa ja omahoitoa voidaan käyttää nykyään vaihtokelpoisina termeinä keskenään (British Medical Association 2015, 1). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee itsehoitoa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kykyä edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia, ylläpitää terveyttä ja selviytymistä sairauden tai vamman kanssa terveyspalvelujen tarjoajan avulla tai ilman. Terveiden edistäminen pitää sisällään itsehoidon yhteydessä esimerkiksi tasapainoisen ruokavalion ylläpitämistä, sopivaa fyysistä aktiivisuutta ja osallistumista sosiaaliseen kanssakäymiseen. Sairauksien ehkäisyssä itsehoidolla tarkoitetaan tarttuvien tautien ehkäisyä ja hyvää hygieniasta huolehtimisesta niin henkilökohtaisen puhtauden kuin ravinnon ja asuinympäristön suhteen ja elimistön suojelemista tauteilta välttämällä tupakointia, päihteitä ja huolehtimalla turvallisesta seksuaalisesta kanssakäymisestä. Itsehoidossa keskeistä on myös itselääkinnän toteuttaminen esimerkiksi kuumeen yhteydessä ja hakeutuminen hoitoon tarpeen vaatiessa. (Self Care for Health 2013, 15.)

Pitkäaikaissairauksien omahoidon toteutumisessa keskeistä on myös hoitoon sitoutuminen, jota määritellään potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen neuvottelun tuloksena yhteisymmärryksessä saavutettuna hoitona. Hoitoon sitoutuminen on tärkeää, sillä on etenkin vaikutusta potilaan hyvinvointiin, sekä terveydenhuollon resurssien käyttöön. (Pitkälä & Savikko, 2007, 501.) Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa useita tekijöitä ja sen katsotaan muodostuvan viidestä eri ulottuvuudesta, joita ovat potilaaseen, hoitoon, terveydenhuollon järjestelmiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin sekä tautiin liittyvät tekijät (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2002, 27). Kähkösen (2017, 57) väitöskirjassa ”Seppelvaltimotautia sairastavien potilaiden hoitoon sitoutuminen pallolaajennuksen jälkeen” merkittävimmäksi tekijäksi hoitoon sitoutumisessa tulee esille potilaan motivaatio. Myös läheisiltä sekä lääkäreiltä saatu tuki on tärkeä osatekijä hoitoon sitoutumisessa. Suosituksena Kähkösen (2017, 58) mukaan on, että terveydenhuollon ammattilaisten tulee kiinnittää enemmän huomiota potilaiden motivaation tukemiseen.

Elintapojen muutokseen vaikuttavat monet tekijät kuten olosuhteet, ulkoiset resurssit ja yksilön valinnat sekä niiden toteutus. On hyvä pohtia miten tukea yksilöä elintapojen muutoksessa ja mikä sen käynnistää. (Uutela 2016, 173.) Terveyskäyttäytymisen psykososiaaliset muutosteoriat ja mallit sekä lähestymistavat antavat ja tarjoavat vastauksia siihen, kuinka neuvonta, kysymysten käsittely ja ratkaisujen etsintä tulisi toteuttaa. Laajan katsauksen mukaan liittyen käyttäytymiseen ja käyttäytymisen muutosteorioihin eniten käytettyjä malleja/teorioita ovat James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämä transteoreettinen malli (TTM), Icek Ajzenin suunnitellun toiminnan teoria (TPB), Albert Banduran sosiokognitiivinen teoria (SCT) ja tieto-motivaatio-käyttäytymistaito -malli (IMB Skills Model). (Davis, Cambell, Hildon, Hobbs & Michie 2015, 337; Uutela 2016, 173-174.) Muutostekniikoita, joita voi hyödyntää mallien ja teorioiden toteutuksessa ovat esimerkiksi tavoitteiden ja suunnitelmien luominen, palautteen antaminen sekä omaseuranta ja sosiaalisen tuen tarjoaminen monipuolisesti (Michie, Richardson, Johnston, Abraham, Francis, Hardeman, Eccless, Cane & Wood 2013, 91-92). Käyttäytymiseen liittyvien teorioiden ja mallien hyödyntäminen elintapaohjauksen intervention suunnittelussa on osoitettu olevan mahdollisesti vaikutukseltaan tehokkaampaa kuin ilman mallia tai teoriaa suunnitellun intervention. Meta-analyysi osoitti, että kirjallisten interventioiden suunnittelussa hyödynnetyt asenteiden, pystyvyyden tunteen, muutosvaiheen sekä muutosprosessin mukainen räätälöinti tekivät niistä vaikuttavampia kuin ilman räätälöintiä toteutettujen. (Noar, Benac & Harris 2007, 689.)

Terveyttä edistävän ja elintapojen muutokseen tähtäävän yksilö- ja ryhmäohjauksen malliksi sopii esimerkiksi hyvin transteoreettisen mallin keskeinen osa eli muutosvaihemalli, sitä voidaan hyödyntää muutosvalmiuden kuvaamiseen ja arviointiin. Terveyskäyttäytymisen muutosta kuvataan kuuden eri vaiheen kautta, joita ovat esiharkinta, harkinta, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja päätösvaihe. (Prochaska & Velicer 1997, 38.) Muutoksen toteutumisessa auttaa, kun henkilö on motivoitunut muutokseen ja elintapojen toteuttaminen on harkittua, tavoitteellista ja suunnitelmallista. Muutosvaihemallissa muutoksen toteutuminen on prosessi, joka etenee tunnistettavissa olevien erilaisten vaiheiden kautta. Muutosvaiheen tunnistaminen edellyttää esimerkiksi ohjauskeskustelua ja henkilö voi olla eri käyttäytymisosa-alueilla eri vaiheissa muutosta. Muutoksen prosessissa vaiheet eivät välttämättä etene

selvästi vaiheesta toiseen vaan vaihtelu on mahdollista, eikä siirtyminen aikaisempaan vaiheeseen kuvaa epäonnistumista vaan mahdollisesti tarvitaan parempia keinoja toimivammalle toteuttamistavalle. (Marttila 2010.)

3.1 Digitaaliset omahoitoa tukevat terveystalvet

Sähköisillä terveystalvetuilla (eHealth) tarkoitetaan Euroopan unionin määritelmän mukaan tieto- ja viestintäteknikan käyttämistä terveydenhuollon tuotteissa kattaen myös palvelut ja prosessit yhdessä terveydenhuoltojärjestelmien organisaatiomuutoksen sekä uusien taitojen kanssa. Sähköisten terveystalvetuiden tarkoituksena on pyrkiä kansalaisten terveyden parantamiseen, sekä parantaa myös terveystalvetujen tarjoamisen tehokkuutta, tuottavuutta ja terveyden taloudellista sekä sosiaalista arvoa. Sähköisestä terveydenhuollosta voi olla hyötyä monelle taholle, kuten esimerkiksi kansalaisille, potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille, soveltamalla sitä se antaa yksilöllistä ja kansalaiskeskeistä terveydenhuoltoa, joka lisää potilaan vaikutusmahdollisuuksia ja elämänlaatua esimerkiksi palveluiden ja tiedon saannin paranemisenä ja terveystalvetuiden sosiaalisen median käytön ansiosta (Euroopan komissio 2012, 4, 6.)

Terveyden mobiilisovellukset (mHealth) Maailman terveysjärjestön (WHO) määrittelyn mukaan ovat osa sähköisiä terveystalvetuja (eHealth) ja tarkoittavat terveydenhuoltoa sekä kansanterveystyötä tukevia palveluita, joita käytetään mobiililaitteiden avulla, kuten matkapuhelimilla, potilaan seurantaan käytettävien laitteiden avulla tai muulla langattomalla laitteella (mHealth – New horizons for health through mobile technologies 2011, 6). Terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon digitaaliset eli sähköiset ratkaisut tuovat ihmisille lisää mahdollisuuksia ja tuovat samalla asiakkaan saataville uudenlaista it-searviointia, nopeaa palautetta, tutkittua tietoa ja keinon tallentaa omia henkilökohtaisia terveystietoja, sekä lisäävät siten ennaltaehkäisyn mahdollisuutta. Sähköiset ratkaisut tukevat omahoitoa siten, että esimerkiksi voidaan hyödyntää verkossa tehtäviä terveydentilaa arvioivia testejä tai mitata verenpainetta, jonka tulos siirtyy suoraan yhteyden avulla tietokoneelle ja on analysoitavissa. (Omahoito – 8 kokeilua terveyden tulevaisuudesta 2014, 6.)

Systemaattisessa katsauksessa liittyen potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden digitaalisten omahoitoa tukevien interventtioiden kokemuksiin pitkäaikaissairauksien kuten astman, verenpainetaudin ja sydänsairauksien hoidossa tuli esille tulosten mukaan, että potilaat omaksuivat aktiivisemmän roolin heitä koskevaan hoitoon ja terveydenhuollon ammattihenkilöt pystyivät kehittämään sekä parantamaan kliinistä ohjausta. Terveydenhuollon ammattihenkilöt arvostivat myös potilaiden lisääntynyttä kiinnostusta heidän omasta voinnistaan digitaalisten interventtioiden avulla, joina hyödynnettiin esimerkiksi terveyteen liittyviä älypuhelin sovelluksia, tekstiviestejä ja telemonitorointia, jolla tarkoitetaan palautteen antavia sähköisiä terveystmittauksia. (Morton, Dennison, May, Murray, Little, McManus & Yardleya 2016, 616.) Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi vuodelta 2016 liittyen omahoidon tukemiseen digitaalisilla interventioilla aikuisten korkeaan verenpaineeseen osoittaa digitaalisilla menetelmillä olevan enemmän verenpainetta laskevaa vaikutusta kuin verrattuna tavalliseen hoitoon, kuitenkin pitkäjänteinen ja pitkävaikutteinen kliininen vaikuttavuus jää digitaalisen intervention kohdalta epävarmaksi. Katsaukseen valituissa tutkimuksissa digitaaliset interventiot olivat esimerkiksi omahoitoa tukevia vuorovaikutteisia internetpalveluita. (Mclean, Band, Sanderson, Hanlon, Murray, Little, McManus, Yardley, Mair 2016, 610.)

Tiedolla on tärkeä merkitys yhteiskunnassa ja myös keskeinen merkitys terveydenhuollossa, nykyisiä asiakaslähtöisiä tietojärjestelmien suuria kehitysuuntia ovat esimerkiksi asiakkaiden osallisuuden ja voimaantumisen lisääminen, sähköinen asiointi, tietoturvan huomioinen ja kotimittaukset. Tieto ja tietäminen lisäävät osaamista, taitoa ja tiedon lisääntyessä päätöksenteon varmuus ja toiminnan asianmukaisuus kasvavat. Omahoidon tukemisessa tiedon tarjoamisen osalta on huomioitava tiedon luotettavuus, esimerkiksi Duodecimin Terveyskirjasto (www.terveyskirjasto.fi) tarjoaa luotettavaa, ajantasaista ja riippumatonta tietoa sairauksista ja terveydestä suomalaisten saataville, sekä myös eri kansanterveys- ja potilasjärjestöillä on hyvää terveydenhoitotietoa sivustoillaan. Se täydentää terveydenhuollosta saatua tietoa ja auttaa esimerkiksi omahoitotaitojen vahvistamisessa. NykYTEknologia mahdollistaa myös hyvin ihmisen oman terveyden tarkkailua ja edesauttaa aktiivisen osallistumisen omaan hoitoonsa. Puhelimen avulla voidaan saada ajantasaista tietoa

esimerkiksi omasta unirytmistä tai pulssitasosta sekä verensokerista. Tietoa voidaan hyödyntää sairauden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattelmäki 2014, 148-149.)

Terveyskylä on erikoissairaanhoidon verkkopalvelu ja tarjoaa myös hyvin monipuolisesti tietoa ja tukea eri sairauksiin liittyen ja se on kehitetty yhteistyössä terveydenhuollon asiantuntijoiden ja potilaiden kanssa. Terveyskylän sisällä on virtuaalitaloja erilaisiin oireisiin ja elämäntilanteisiin sopien, ennakoivan hoidon merkitys ja mahdollisuus ylläpitää omaa terveyttä kasvavat. (Terveyskylä 2017.) Suomessa sähköinen Omakanta -verkkopalvelu näyttää terveydenhuollon kirjaamia tietoja sekä esimerkiksi lääkityksen, palvelun kautta näkee omat reseptit, hoitoon liittyvät kirjaukset, laboratorio ja röntgentutkimukset, sekä alle 10 vuotiaan huollettavan tiedot. Omakanta -palvelu mahdollistaa myös pyynnöt reseptien uusimiseen, sekä oman hoitotahdon ja elinluovutustahdon tallentamiseen ja palvelun kautta on myös mahdollista antaa suostumus omien tietojen luovuttamiseen tai sen kieltämiseen. (Omakanta 2017.) Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystietojen kuntayhtymä Siun sote tarjoaa myös esimerkiksi sähköisen Medinet -terveyspalvelun asiakkailleen, jonka avulla voi päivittää omia terveystietojaan ja siten seurata omaa terveyttään (Medinet 2016). Sähköisten terveystietojen osalta on tärkeää huomioida tietosuojaan liittyvät tekijät ja niitä määrää ja ohjaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 159/2007).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa sähköisten asiointipalveluiden käytöstä, käyttäjäkokemuksista ja kehittämistarpeista sosiaali- ja terveydenhuollossa Suomessa tulee esille, että sähköisten asiointitunnusten puuttumiseen ovat yhteydessä korkea ikä, vähäinen liikunta ja terveyspalvelujen käyttö, sekä kroonisen sairauden olemassaolo. Kuntien omat verkkoportaalit olivat eniten käytettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon verkkoportaleista, asiointitoiminnoista yleisimmin käytetty oli ajanvaraus. Miltei 40 % vastanneista oli etsinyt tietoa terveydestä, sairauksista ja palveluntuottajista. Kokemukset sähköisten portaalien käytöstä olivat pääosin positiivisia, mutta esteenä koettiin, että sähköinen asiointi ei voi korvata henkilökohtaista tapaamista. Tutkimuksen tulosten mukaan valtakunnalliset sähköiset palvelut voivat auttaa turvaamaan yhdenvertaisen mahdollisuuden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

sellaisten sosiaali- ja terveystalvelujen osalta, jotka eivät vaadi fyysistä käyntiä. Uutta, kustannustehokasta ja vaikuttavaa palvelurakennetta luotaessa valtakunnalliset sähköiset terveystalvelut nähdään tukevana tekijänä, mutta suunnittelussa on otettava huomioon myös palveluprosessien uudistaminen, sekä se, että kaikilla ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin. (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014, 5-6.)

Suomen nykyisessä hallitusohjelmassa digitaalisuus nousee merkittävästi esille kärkihankkeen Digitalisoidaan julkiset talvelut myötä. Tavoitteena on rakentaa talvelut käyttäjälähtöisiksi ja etenkin digitaalisiksi toimintatapoja uudistamalla (Valtioneuvosto, 2017). Sosiaali- ja terveystministeriö tukee Omahoito ja digitaaliset arvotalvelut (ODA) -hanketta, joka tuottaa perustalveluihin sosiaali- ja terveydenhuollon alueella uudenlaista toimintamallia, johon liittyy esimerkiksi luotettavan hyvinvointitiedon jakamista, hyvinvointia ja talvelutarvetta mittaavia testejä ja itsearviot sekä asiakkaan kanssa yhteistyössä tehtävä hyvinvointisuunnitelma. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2016.)

Sähköisten terveystalveluiden lisääntyminen vaatii myös uudenlaista osaamista terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Suomen Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveystalvelujen strategian tavoitteena on tuoda esille kansalliseen keskusteluun sairaanhoidajan rooli sähköisten terveystalveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa, sekä kansalaisten oma- ja itsehoidon vahvistamisen osallistaminen. Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveystalvelujen strategia koostuu kuudesta eri osa-alueesta, joita ovat teknologia asiakkaan osallisuutta tukemassa, sähköiset talvelut ovat osa sairaanhoidajan työtä, eettiset toimintamallit sähköisissä terveystalveluissa, sähköiset terveystalvelut ja osaaminen, sähköisten terveystalveluiden johtaminen ja terveystalvelujen digitalisaation tutkiminen ja kehittäminen. (Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveystalvelujen strategia vuosille 2015-2020, 2015, 3, 8.)

3.2 Tulppa-avokuntoutus

Tulppa-avokuntoutus on ryhmämuotoista kuntoutusta, joka on tarkoitettu valtiomotautia sairastaville, tai sen riskissä oleville ja esimerkiksi tyypin 2 diabeetikoille, aivoverenkierron häiriön sairastaneille tai sepelvaltimotautipotilaille.

Avokuntoutuksen tehtävänä on vahvistaa osallistujan kuntoutumista, tavoitteena on, että kuntoutuja tunnistaa avaintekijöitä liittyen hyvinvointiinsa ja terveyteensä, sekä saa keinoja selviytyäkseen arjessa. Ryhmästä saa voimavaroja ja vertaistukea samassa elämäntilanteessa olevilta sairauden kanssa elämiseen. (Sydänliitto 2017.) Vertaistuella tarkoitetaan kokemusten vaihtoa ihmisten välillä, jotka ovat käyneet läpi samankaltaisia prosesseja ja tukevat siten toinen toisiaan kunnioittavassa ilmapiirissä. Vertaistukea voidaan määrittellä myös voimaantumisenä ja muutosprosessina, jonka avulla ihminen tunnistaa omia voimavarojaan sekä vahvuuksiaan ja ottaa niiden avulla vastuuta elämästään. (Huuskonen 2015.)

Kuntoutuksen sisältö käsittää aiheinaan valtimotauteja ja niiden riskitekijöitä, lääke- ja omahoitoa, elintapoja, ravintoa, liikuntaa, sairauteen liittyviä pelkoja, mielialatekijöitä, ihmissuhteita sekä voimavaroja. Luentojen sijaan kuntoutuksen toiminta on käytännönläheistä sisältäen esimerkiksi liikuntaa, testejä ja kauppakierroksia. Toiminnan kautta syntyneitä kokemuksia hyödynnetään vuorovaikutuksessa keskustellen ja kirjallisena aineistona käytetään kuntoutujan työkirjaa. Kuntoutujan tavoitteiden asettaminen on keskeistä, sekä tulosten seuranta, osallistuja valitsee oman muutosta kaipaavan avaintekijänsä terveyteen ja hyvinvointiin liittyen. Valtimotaudin riskitekijöiden muutoksia seurataan kuntoutuksessa yhteensä kolme kertaa, aluksi, 6 kuukauden ja 12 kuukauden kuluttua, seurattavia tekijöitä ovat verenpaine, veren rasva-arvot, verensokeri, painoindeksi, vyötärön ympäryys ja tupakointi, sekä kävelymatka 6 minuutin testillä. (Sydänliitto 2017.)

Tulppa-avokuntoutusta toteutetaan terveyskeskusten toimintana Suomessa 12 eri sairaanhoitopiirissä, kuntoutusryhmällä on 8-10 viikoittaista kokoontumiskertaa ja kaksi seurantatapaamista 6 ja 12 kuukauden kuluttua ryhmän aloituksesta. Ryhmään osallistuu noin 10 kuntoutujaa kerrallaan. Ohjaajana toimii terveyden- tai sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja Sydänliiton paikallisyhdistyksen koulutettu vertaisohjaaja. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka toimivat ryhmän ohjaajina ovat käyneet Sydänliiton Tulppa-ohjaaja koulutuksen. Suomalainen Sydänohjelma vuosilta 2006-2011 on ollut osana Tulppa-toimintamallin kehittämisessä ja toimintamallia kehitetään edelleen

osana Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton Yksi elämä -terveystalkoita. (Sydänliitto 2017.) Tässä opinnäytetyössä Tulppa-avokuntoutus on keskeinen osa opinnäytetyön kehittämistyötä ja siihen liittyviä toimijoita. Tässä opinnäytetyön suunnitelmassa Tulppa-ohjaajasta käytetään nimitystä ohjaaja ja Tulppa-kuntoutujista nimitystä kuntoutajat.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemista digitaalisten terveystalvelujen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea ja kartoittaa Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveystalvelujen käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää digitaalisten terveystalvelujen käytön edistämisessä ja kehittämisessä sosiaali- ja terveystalveluissa omahoidon tukemisen näkökulmasta.

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö oli toiminnallinen, tutkimuksellinen kehittämistyö ja kehittämistyötä lähestyttiin laadullisia tutkimusmenetelmiä hyödyntäen aineiston hankinnan ja analysoinnin osalta, ne tukivat opinnäytetyössä kehittämistyön toteutuksen suunnittelua ja arviointia. Arvioinnissa hyödynnettiin myös pieneltä osin määrällisen tutkimuksen menetelmiä taustatietojen keräämisen osalta. Laadulliset eli kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät sopivat hyvin menetelmiksi opinnäytetyöhön, kun kysymykseen ei voida vastata yksiselitteisesti kyllä tai ei, vaan tarvittiin laajempaa näkemystä aiheen ollessa monimutkaisempi. Laadullisen tutkimuksen menetelmien käyttö ei ole niin riippuvainen laajasta otannasta kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, vaan pienempikin aineisto riittää kuten tässä opinnäytetyössä aineisto ei ollut kovin suuri. Kvalitatiivisten menetelmien käyttäminen edellytti huolellista harkintaa ja suunnittelua. (Shuttleworth, 2008.)

Kehittämistyön toteutuksessa kartoitettiin lähtötilannetta ja kehittämisideoita digitaalisten terveystalvelujen hyödyntämiseen liittyen teemahaastattelujen avulla ohjaajilta ja vertaisohjaajalta syksyn 2018 aikana. Pilotoinnissa kannustettiin ja ohjattiin kuntoutujia hyödyntämään ja käyttämään digitaalisia terveystalveluita omahoidon tukena sekä hakemaan luotettavaa terveystietoa. Palautteen ja arvioinnin keräämiseen Tulppa-ryhmän kuntoutujilta sekä vertaisohjaajilta ja ohjaajilta käytettiin ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelun osana kuntoutujille oli taustatietoja koskeva strukturoitu kyselykaavake. Oli mahdollista käyttää kvantitatiivisella tai kvalitatiivisella menetelmällä saatua tietoa kuvailemaan toisella menetelmällä saatuja pääosassa olevia tietoja. On tavallista käyttää kvalitatiivista menetelmää kuvailuun, mutta voidaan myös kerätä kvantitatiivista tilastollista tietoa tutkittavien taustatiedoista kuten esimerkiksi iästä ja sukupuolesta, mutta päätulokset ovat esitetty kvalitatiivisen tutkimuksen pohjalta. (Alasuutari 2014, 32, 53.) Kuten tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin taustatietojen keräämistä iän sekä sukupuolen osalta lyhyenä kirjallisena strukturoituna kyselynä.

Tutkimuksellisuuden korostaminen on myös ollut esillä kehittämistoiminnan yhteydessä. Kehittämistoiminnasta ja tutkimuksesta ei aina tuoda esille niiden käsitteellistä eroa. Kehittämistoiminta tulee esille esimerkiksi palveluiden ja työyhteisöjen kehittämisessä. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta käsitteenä tarkoittaa tarkastelutapaa, jossa hyödynnetään tutkimusta mutta lähtökohtana on kehittämistoiminta, kyse on tutkimuksen ja kehittämistoiminnan rajapinnasta. (Rantanen & Toikko 2009, 1-2, 5). Opinnäytetyössä olennaista kehittämistyön suunnittelussa ja toteutuksessa oli yhteistyö ja osallistuminen aktiivisesti kohderyhmän eri toimijoiden kanssa yhdessä. Kehittämistoiminnan onnistumisen näkökulmasta käyttäjien ja toimijoiden osallistuminen on keskeistä (Toikko & Rantanen 2009, 96). Opinnäytetyön kehittämistoiminnassa asiakkaan näkökulma huomioitiin haastatteleamalla kehittämisideoiden saamiseksi myös vertaisohjaajaa ja se korostui myös arvioinnin keräämiseen käytettävässä ryhmähaastattelussa, jossa kaikki mukana olevat toimijat huomioitiin mahdollisuuksien mukaan. Kehittämistoiminnassa on tärkeää korostaa sosi- ja terveyspalvelujen käyttäjien omaksuminen aktiivisina toimijoina eikä vain passiivisina toimenpiteiden kohteina, tarkastelun ja kehittämisen kohteena tulee olla asiakkaan prosessit (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 5). Seuraavassa kuviossa (kuvio 1.) on kuvattuna opinnäytetyön kehittämistyön prosessi havainnollistaen.



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessin vaiheet

5.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Siun soten eli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvvelujen kuntayhtymän alueen yhden terveystaseman Tulppa-ryhmän kuntoutujat ja ohjaajat, sekä vertaisohjaaja. Tulppa-kuntoutusryhmän ohjaajina toimivat Tulppa-ohjaajakoulutuksen saanut terveyden- tai sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja Sydänliiton paikallisyhdistyksen koulutettu vertaisohjaaja (Sydänliito 2017). Kohderyhmä tavoitettiin lähestymällä saatekirjeellä (Liite 1.) sähköpostitse Pohjois-Karjalan alueen Tulppa-yhteyshenkilöitä keväällä 2018. Käytännön syistä tutkimuslupa haettiin organisaation ohjeen mukaan sen jälkeen, kun kohderyhmä oli varmistunut ja lupa myönnettiin 27.6.2018. Myös toimeksiantajan edustaja lähestyi kohderyhmän saavuttamiseksi Pohjois-Karjalan alueen terveystasemien osastonhoitajia. Mukaan kehittämistyöhön osallistui yhden terveystaseman tulppaohjaajat, joilla oli Tulppa-avokuntoutusta alkamassa syksyn 2018 aikana. Kyseisellä terveystasemalla on käytössä myös vertaisohjaus, joten se soveltui hyvin sopivaksi Tulppa-ryhmäksi opinnäytetyöhön.

5.2 Vaihe I teemahaastattelut ohjaajille ja vertaisohjaajalle; kehittämisisideat digitaalisten terveystalvveluiden hyödyntämiseen

Toiminnallisen pilotoinnin suunnittelu vaiheessa tehtiin nauhoitettavat teemahaastattelut terveystaseman Tulppa-ryhmän ohjaajille ja vertaisohjaajalle syksyn 2018 aikana. Tulpparyhmän ohjaajina terveystasemalla toimivat sairaanhoitaja ja fysioterapeutti, haastattelu tehtiin parihaastatteluna 14.9.2018 terveystaseman tiloissa. Vertaisohjaajan haastattelu toteutui hänen ehdotuksestaan hänen kotonaan 31.10.2018. Haastattelujen ajankohdat sovittiin sähköpostitse ohjaajien kanssa ja puhelimitse vertaisohjaajan kanssa. Haastatteluiden nauhoittamiseen kysyttiin suullinen lupa sekä suostumus osallistua kehittämistyöhön. Haastattelut nauhoitettiin Olympus VN – 541PC digitaalisella ääninauhurilla. Ohjaajien haastattelu oli kestoltaan 31 minuuttia ja vertaisohjaajan haastattelu 26 min. Molemmissa haastatteluissa ympäristö oli rauhallinen eikä haastattelujen aikana ilmennyt häiritseviä tekijöitä kuten keskeytyksiä.

Teemahaastattelurunko testattiin hyvissä ajoin ennen haastatteluja kertaalleen ja siihen tuli jäsentelyyn liittyviä muutoksia sekä omahoidon tukemisen käsitteen avaaminen helpottamaan yhdenmukaista ymmärrystä käsitteestä haastateltaville. Ennen teemahaastattelujen toteuttamista haastattelurunko testataan ja siten sitä voidaan parantaa ja tarkentaa tarpeen mukaan. Yksi tai useampi nauhoitettu pilottihaastattelu ennen varsinaisia haastatteluita antoi myös harjoitusta testata ja kehittää taitoja haastattelijana (Christensen, Schmidt & Dyhr 2008, 68). Haastattelujen tarkoituksena oli saada tietoa Tulppa-ryhmän toiminnan nykytilanteesta ja siihen liittyvistä kehittämisideoista näkökulmana digitaalisten terveystalveluiden hyödyntäminen.

Teemahaastattelut toteutuivat ennalta laaditun teemahaastattelurungon (Liite 2, Teemahaastattelurunko) mukaisesti käyden kaikki teema-alueet läpi haastateltavien kanssa. Keskustelu poikkesi aika ajoin sivuhaaroillekin, mutta kaikki teema-alueet tavoitettiin melko luontevasti. Tuomen & Sarajärven (2009, 75) mukaan teemahaastattelun teemat pohjautuvat tutkimuksen viitekehukseen ja näin ovat tässäkin opinnäytetyössä teemat haastattelurunkoon valikoituneet. Teemahaasteluissa käytiin keskustelun tyyllisen haastattelun avulla läpi etukäteen määriteltyjen teema-alueiden eli aihepiirien aiheet, ilman tarkkoja kysymyksiä tai valmiita vastausvaihtoehtoja. Oli tärkeää huolehtia, että kaikki teemat tulivat käytyä läpi haastateltavien kanssa. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat, kun taas strukturoidussa haastattelussa kysymyksillä on tarkka muoto sekä järjestys (Eskola & Vastamäki 2007, 25, 27-28.) Teemahaastatteluiden tunnelma oli melko rentoutunut ja hyvinkin itse haastattelut toteutuivat keskustelunomaisina.

Haastattelut litteroitiin sanatarkasti eli purettiin tietokoneelle tekstimuotoon ja yhteensä molemmista haastatteluista tekstiä tuli 10,5 liuskaa rivivälin ollessa 1,15 ja fonttina Arial fonttikoon ollessa 12. Haastateltavien puhetta ei muuteta eikä muokata litteroinnissa. Litterointi lisää vuoropuhelua saadun aineiston kanssa, jonka tekstimuoto auttaa tutkimusaineiston analysoinnissa, ryhmittelyssä ja luokittelussa. Litteroinnissa voidaan hyödyntää litterointisymboleja,

joilla merkitä esimerkiksi taukoja tai painotuksia ja niistä tulee olla maininta tutkimustekstissä. (Vilka 2015, 137-141.) Opinnäytetyön litteroinnissa huomioitiin äännähdykset ja esimerkiksi naurahdukset kirjoittaen ne auki ”naurua”. Sanatarkassa eli eksaktissa litteroinnissa huomioidaan täytesanat, tunteiden ilmaisut, painotukset ja taukojen pituudet (Aineistonhallinnan käsikirja 2016).

5.3 Aineiston analysointi

Teemahaastatteluista ja ryhmähaastattelusta saadun aineiston analysoinnissa hyödynnettiin laadullista analyysiä. Aineiston analysoinnissa litteroitu tekstimuotoinen aineisto järjestettiin teemoittain huomioiden kaikki haastattelut ja aineisto järjestettiin uudelleen sitä karsimatta. Teemoittamisen jälkeen analysoitiin aineistoa merkitsemällä kiinnostavat ja merkittävät asiat tehden samalla muistiinpanoja, sekä liitettiin aineistoon teoreettisia kytkentöjä, pohdiskelua ja ideoita. Analyysin tarkoituksena oli tiivistää aineistoa niin, että kaikki olennainen tuli huomioitua. Tähän oli mahdollista hyödyntää teemoittelua, korostamalla keskeisiä opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen mukaisia sitaatteja tulkittavaksi. Tämän jälkeen kirjoitettiin tulkinta aineistosta yhdistettynä aineiston esimerkkeihin. Tulkinta ei saanut jäädä vielä edellä mainittuun vaiheeseen vaan lopullisessa analyysissä ja tulkinnassa tuotiin esille sidokset ja yhteydet aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin. (Eskola 2007, 169-174, 177.) Kun aineiston keruussa oli käytetty teemahaastattelua, se helpotti aineiston pilkkomista jo teemojen jäsentäessä aineistoa ja ajatuksena oli hakea teemaa ilmentäviä asioita (Tuomen & Sarajärvi 2009, 93). Opinnäytetyön aineistonkeruussa saadun litteroidun aineiston analysoinnissa käytettiin teemoittelua ja tiivistämistä, sekä ilmausten pelkistämistä helpottamaan jäsentelyä. Teemahaastattelussa käytetyt teemat helpottivat aineiston jäsentämistä, toisaalta myös samojakin asioita sopi eri teemojen alle. Huolellinen perehtyminen aineistoon ja muistiinpanojen tekeminen helpotti sen jäsentelyä, sekä värien käyttäminen eri teemojen alle sopivien ilmausten merkitsemisessä helpotti ja selkeytti aineiston järjestelyä.

Laineen (2001, 38-42) aineistolähtöisen analyysin mallissa kuvauksen jaottamisessa merkityskokonaisuuksiksi tavoitellaan tuomaan esille tutkimuksen

tehtävien ja tässä opinnäytetyössä tavoitteen mukaisia merkityksiä. Merkitykset muodostavat kokonaisuuksia ja niiden tavoittaminen edellytti sisäisten yhteneväisyyksien etsimistä, joiden perusteella ne jäsenyivät kokonaisuuksiksi. Analyysissä oli tavoitteena nimetä, käsitteellistää tai kertomalla yleistää esille tulleet kuvaukset ja niistä muodostettiin erillisiä merkityskokonaisuuksia, jotka synteesisvaiheessa muodostivat kokonaisuuden. Tässä opinnäytetyössä käytettiin edellä mainittua analyysimallia aineistoa analysoidessa. Aineistoa analysoidessa käytettiin myös osittain teoriaohjaavaa analyysia, haastattelujen teemat perustuivat viitekehukseen ja aineiston analyysissä aluksi edettiin aineistolähtöisesti mutta lopuksi tuloksia tarkasteltiin teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin peilaten (Tuomi & Sarajarvi 2009, 96-97). Ohessa lyhyt esimerkki aineiston analyysin etenemisestä havainnollistaen kuvion (kuvio 2.) avulla. Esimerkin aineisto ryhmähaastattelusta.

Lainauksia ryhmähaastattelusta, teemana hyötyjä ja haittoja digitaalisista terveyspalveluista

-En tiedä onko niistä periaatteessa haittaa, haittoja yleensäkin jos niin ku ommaan terveyteensä liittyviä asioita käy on kiinnostunut niistä niin miksei niitä voi läpi käyä ja tehdä vastaavia testejäkin- -No tietysti enempihän niistä hyötyjä kun haittoja, itehän se aikane ihminen voipi valikoida sen jotta tuota ehtiikö se jonninjoutavaa vai ehtiikö se tietoa- (kuntoutujat)

-Sitten kun siellä on vaikka minkälaista tiedon tarjoajaa niin onko ne kaikki ihan luotettavia, että siellä välillä tulee näissäkin ruokavalio jutuissa se on vähän et kuka sen tekee sen jonkun tutkimuksen että pittää vähän niin ku suodattaa et (ohjaaja) -

-Puolueetonta tietoa-, -Luotettavaa tietoa - (kuntoutujat)

Digitaaliset terveyspalvelut koetaan hyödyllisinä, oma terveys kiinnostaa, sähköisen terveystiedon luotettavuus ja puolueettomuus on tärkeää ja myös oma vastuu tiedon omaksumisessa korostuu

Ohjaus ja neuvonta luotettavan sähköisen terveystiedon hyödyntämisessä on tärkeää

Kuvio 2. Esimerkki aineiston analysoinnista.

5.4 Vaihe II pilotointi Tulppa-ryhmässä; Omahoidon digitaidot työpaja

Toiminnallisen osuuden pilotoinnin suunnittelussa hyödynnettiin ohjaajien ja vertaisohjaajan teemahaastattelujen perusteella saatuja tuloksia kehittämisideoista digitaalisten terveystietopalvelujen hyödyntämiseen ottaen huomioon opinnäytetyöhön käytettävissä olevat resurssit. Opinnäytetyön kehittämistyön pilotointi toteutettiin Tulppa-ryhmän kokoontumisen yhteydessä kantakaupungin alueen terveysaseman ATK -luokassa 30.1.2019 ”Omahoidon digitaidot työpajana”, jonka avuksi laadittiin PowerPoint -esitys ks. (liite 5). ATK -luokka varattiin aikataulut yhteensovittaen tulppa-ohjaajan toimesta. Työpajan toteutuksessa käytiin läpi sähköistä terveystietoa ja -omahoitoa käsitteinä sekä omahoidon tukemista. Työpajan yhteydessä tehtiin yhdessä harjoituksia kuten esimerkiksi erilaisia testejä liittyen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin. Kuntoutujia kannustettiin tutustumaan erilaisiin digitaalisiin terveystietopalveluihin. Työpajaan osallistui kolme kuntoutujaa, vertaisohjaaja sekä Tulppa-ohjaajat. Työpaja kesti noin tunnin ajan ja kuntoutujat saivat mukaansa tulosteet, joissa oli hyödyllisiä linkkejä luotettavan terveystiedon äärelle ja omaseurantaan. Samassa yhteydessä kuntoutujat sekä ohjaaja saivat kirjallisen kutsun ja informoinnin ryhmähaastatteluun. Työpajan toteutus edellytti myös kuntoutujien ohjaamista tietokoneiden käytössä ja myös Tulppa-ohjaajat olivat apuna sekä osallistuivat myös testaamaan erilaisia testejä sekä tutustuivat sivustoihin. Kuntoutujat innostuivat etenkin erilaisista terveystesteistä sekä terveystietopalvelujen tarjoamista palveluista. ATK -luokan käyttäminen helpotti työpajan toteutumista ja kaikilla kuntoutujilla oli tasapuolinen mahdollisuus käyttää tietokoneita, joka olisi ollut haastavaa toteuttaa kuntoutumisryhmän kokoontumistiloissa heidän omalla terveysasemallaan. Työpajan toteutus oli opinnäytetyön toiminnallinen pilotointi osuus ja sen yhteydessä ei kerätty aineistoa kuntoutujilta. Digitaalisiin terveystietopalveluihin tutustuminen oli uutta ja palautetta kerättiin ryhmähaastattelun yhteydessä, sillä tuolloin kuntoutujilla oli jo enemmän tietoa erilaisista digitaalisista terveystietopalveluista, joita heidän oli ollut mahdollista pilotoinnin jälkeen hyödyntää. Toki työpajan aikana syntyi keskustelua käyttökokemuksista, mutta pääpaino oli ohjauksessa sekä neuvonnassa kuntoutujille.

5.5 Vaihe III, ryhmähaastattelu palautteen keräämiseen ja arviointiin omahoitoa tukevien digitaalisten terveystalveluiden käyttökokemuksista

Palautteen saamiseksi tehtiin ryhmähaastattelu kuntoutujille heidän kokemuk-
sistaan digitaalisten omahoitoa tukevien terveystalveluiden käyttökokemuk-
sista. Ryhmähaastattelun ajankohdan toteutuksessa huomioitiin tulpparyhmän
kokoontumisaikataulu. Samassa yhteydessä kysyttiin palautetta myös ohjaa-
jalta. Toinen ohjaaja ja vertaisohjaaja olivat estyneitä osallistumaan ryhmä-
haastatteluun. Ryhmähaastattelu toteutettiin terveystalveluiden kokoustilassa
13.3.2019 ja ympäristö oli rauhallinen. Haastatteluun osallistui kaksi kuntoutu-
jaa ja yksi ohjaaja. Harmillisesti terveystalveluiden kuntoutusryhmässä oli aiem-
pia vuosia vähemmän osallistujia. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin digitaalisella
Olympus VN – 541PC ääninauhurilla ja osallistujille annettiin vielä kirjallinen
saatekirje (Liite 4.) sekä suullinen informointi opinnäytetyöstä ja kysyttiin suul-
linen lupa osallistujilta haastattelun nauhoittamiseen. Haastateltaville oli jo an-
nettu ennakkoon kertaalleen saatekirje omahoidon digitaaliset työpaikan yhtey-
dessä, jolloin myös sovittiin ryhmähaastattelun ajankohdasta ohjaajien
kanssa. Ennen nauhoitettavaa haastattelua kuntoutajat ja ohjaaja täyttivät ha-
lutessaan vapaaehtoisesti lyhyet strukturoidut taustatiedot kirjallisina, jotka oli-
vat kirjallisen teemahaastattelurungon (Liite 4.) yhteydessä.

Ryhmähaastattelu on yksi tutkimushaastattelun muoto ja soveltuu esimerkiksi
yhteisön käsitysten tutkimiseen. Ryhmähaastattelussa hyödynnettiin tässä
opinnäytetyössä teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. (Vilka
2015, 123-124.) Ryhmähaastattelu on keskustelunomainen, vapaamuotoinen
ja siihen osallistuvat tuottavat tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmähaastattelun
etuna on, että sen avulla saadaan samalla kertaa nopeammin tietoa ja kuin
haastatteleamalla kaikkia osallistujia erikseen. Focus group -haastattelua voi-
daan käyttää lopussa tehtävään palautteen ja arvioinnin antamiseen. Opin-
näytetyössä hyödynnettiin focus group -haastattelun muotoa arvioinnin ja ku-
vailun käyttämiseen, kun ryhmähaastattelun tarkoituksena oli saada palautetta
digitaalisten terveystalveluiden käyttökokemuksista. (Edwards & Holland 2013,

37.) Ryhmähaastattelun haittoina voidaan pitää ryhmädynamiikka ja haastattelijana on hyvä huomioida, että kaikki osallistujat tulevat huomioiksi ilman, että yksi tai useampi osallistuja dominoi keskustelua. Haastattelijan on tärkeää tukea ryhmään osallistuvien yhdenvertaista osallistumista keskusteluun.

(Vilka 2015, 126.) Ryhmähaastelussa huomioitiin kaikki osallistujat tasapuolisesti huomioiden myös se, että välttämättä eri teemoihin ei kaikilla ollut erityistä sanottavaa tai teemoja oltiin jo sivuttu keskustelun ohessa eri teemojen yhteydessä. Ryhmähaastattelu sujui keskustelunomaisesti ja vuorovaikutus oli luontevaa, toki itse haastattelutilanteessa tuli esille jo ennalta huomioitu ilmiö, että osa haastateltavista osallistuu muita enemmän.

Ryhmähaastattelun teemahaastattelurunkoa ei testattu ennen varsinaista haastattelua, sillä sen toteutus olisi ollut käytännössä haastavaa. Ryhmähaastattelun nauhoitus litteroitiin ja analysoitiin jo aiemmin opinnäytetyössä kuvattun laadullisen analyysin avulla teemoittelemalla. Strukturoitujen taustatietojen analysointiin hyödynnettiin yksinkertaisia kvantitatiivisia menetelmiä. Taustatietoja koskevien kysymysten analysoinnissa hyödynnettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä vain sanallisesti, kuten tapausten lukumäärää eli frekvenssiä ja prosentti osuuksia ja keskiarvoa (Alastalo & Borg 2010).

Ryhmähaastattelusta saatu nauhoitettu aineisto litteroitiin kirjalliseen muotoon. Litteroitua tekstiä tuli 4,5 liuskaa, rivivälin ollessa 1,15. Haastattelu oli kestoltaan 23 minuuttia ja 30 sekuntia. Nauhoituksesta oli helposti tunnistettavissa eri osallistujat ja tämä huomioitiin kirjallisilla tunnisteilla litteroinnin yhteydessä. Litteroitu aineisto järjesteltiin teemahaastattelun teemojen alle ja tiivistettiin, sekä yhdisteltiin samoja asioita yhteen, jotka sopivat saman teeman alle, näin saatiin muodostettua kokonaiskuva teemojen alle. Ryhmähaastatteluista saatu aineistoa analysoitiin laadullisen analyysin avulla teemoittelemalla, kuten opinnäytetyössä on jo aiemmin kuvattu tarkemmin aineiston analyysistä vaiheen I teemahaastattelujen jälkeen.

6 Tulokset

Haastateltavien taustatiedot

Kaikki haastateltavat teemahaastatteluissa olivat naisia. Tulppa-ohjaajat olivat ammatiltaan sairaanhoitaja ja fysioterapeutti, vertaisohjaaja oli eläkeläinen ja hänellä ammatillinen koulutustausta. Sairaanhoitaja työskentelee terveysasemalla lääkärinvastaanotolla sekä itsenäistä vastaanottoa pitäen. Fysioterapeutin nykyinen työ on avovastaanottoa, suoravastaanottoa sekä erilaisten ryhmien ohjausta.

Tulppa-avokuntoutusryhmien toiminta terveysasemalla

Terveysasemalla vuodesta 90 -luvun alusta kuntoutus ei toiminut vielä Tulppa-kuntoutuksena vaan sydänkuntoutuksen nimellä vastaavaa ja se oli terveysasemien luotsaamaa toimintaa. Keskussairaalan sydänhoitajan kautta ohjautuivat kuntoutukseen sopivat kuntoutujat ja toiminta kuului lääkinnälliseen kuntoutukseen. Haastateltava sairaanhoitaja on ollut alusta asti mukana sydänpotilaiden kuntouttamistyössä. Fysioterapeutilla on kuntoutuslaitos työkokemuksen kautta kokemusta Sydänpiirin ja Sydänliiton kurssien ohjaamisesta. Yhdessä sairaanhoitaja ja fysioterapeutti ovat Tulppa-avokuntoutusta ohjanneet vuodesta 2007. Haastateltu vertaisohjaaja on ollut mukana toiminnassa kymmenisen vuotta.

Tulppa-avokuntoutusta järjestetään terveysasemalla kerran vuodessa ja ajoituen yleensä niin, että aloitus on loppu syksystä ja joulun aikaan pidetään taukoa, jonka jälkeen kuntoutusta jatketaan tammikuussa. Ohjaajat kokevat, että järjestely on toimiva ja tauko kiinteässä kuntoutusjaksossa on paikallaan tiheän viikoittaisen tapaamisen lomassa. Seurantatapaamiset ovat käytössä terveysasemalla ja kuntoutujia on keskimäärin kymmenkunta ryhmässään. Vertaisohjaaja on mukana toiminnassa mutta ei aina aivan kaikilla kerroilla ja nykyinen ohjaaja hiljalleen jäämässä pois toiminnasta. Vertaisohjaajan koulutuksen saaneita alueella on mutta toistaiseksi ei niin aktiivisesti mukana toiminnassa.

Tulppa-avokuntoukseen hakeudutaan suoraan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan kautta verisuonitauteja sairastavien osalta etenkin verenpainetautia sairastavien ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kohdalla. Pohjois-Karjalan keskussairaalan kanssa yhteistyössä tehty sydänpotilaan polku ohjaa infarktipotilaan fysioterapeutin vastaanotolle kontrollikäynnille kuukauden kuluttua kotiutumisen ja kaikille suositellaan sen yhteydessä Tulppa-avokuntoutusta. Myös keskussairaalan sydänhoitaja antaa tietoa kuntoutuksesta ja sydänpotilaan ensitietopäivillä Tulppa-avokuntoutus on esillä. Osa nuoremmista pallolaajennetuista potilaista siirtyy useimmiten nopeastikin takaisin työelämään ja päiväsaikaan tapahtuva koulutus sopisi heille huonosti. Vertaisohjaaja painottaa terveysaseman johtavan lääkärin aseman vaikutusta Tulppa-ryhmien toteutumisessa sekä työntekijöiden sitoutuneisuutta avokuntoutuksen toteutuksessa. Tulppa-avokuntoutuksesta vastaavalla sairaanhoitajalla on merkityksellinen asema Tulppa-kuntoutujien valinnassa ja kuntoutukseen ohjaamisessa.

Tulppa-kuntoutujan prosessissa on nähtävissä kuntoutumisen edistymistä, joka toisinaan ilmenee vasta seuranta tapaamiselle ja sillä koetaan olevan vahvistava vaikutus kuntoutusprosessissa. Kuntoutujan valitsemalla avaintekijällä on keskeinen vaikutus ja se motivoi kuntoutumisessa, joka näkyy kohentuneina verikokeiden tuloksina tai vaikka esimerkiksi painon pudotuksena. Vertaisohjaaja kokee kuntoutusprosessissa henkisen tuen merkityksen keskeisenä ja onnistuminen elintapamuutoksessa myös tärkeää. Kokemuksena esimerkiksi kertoo liikunnan lisääntyneen usealla kuntoutujalla kuntoutusprosessin aikana.

Tulppa-kuntoutukseen liittyy paljon tiedon antamista ja ohjausta. Tieto osuudessa on esimerkiksi lääkärinluento osana kuntoutusta. Kuntouksessa tehdään paljon tehtäviä niin yksin kuin ryhmässäkin, Tulppa-avokuntoutuksen uudistumisen myötä osallisuutta ja toiminnallisuutta painotettu entistä enemmän nykyisessä toiminnassa. Terveysaseman kuntoutuksessa tärkeänä osana on liikuntaa, liikuntaa toteutetaan luontoretkeilyn muodossa ja käytännön harjoittelua terveellisen ruuanlaiton merkeissä yhteistyönä seurakunnan kanssa. Keskustelu ja vuorovaikutus korostuvat terveysaseman Tulppa-avokuntoutuksessa. Lääkehoidon ohjaaminen ja seuranta tulee esille sekä terveellisen ruo-

kavalion ohjeistaminen suhteessa kulutukseen. Vertaisohjaaja tuo esille Pohjois-Karjalalle tyypillisen ruokavalion olevan liian ”voimakas” vähentyneeseen kulutukseen suhteutettuna. Vertaisohjaaja tuo esille myös kuntoutujien henkisen tukemisen tarpeen sekä merkityksellisyyden ja toivoisi siihen panostettavan nykyistä enemmän, ehkä yksilöllisemmin ja useammin, jotta saisi paremman tuen kuntoutumisessa ja sairastumiseen sopeutumisessa.

Toiminnan kehittäminen tulppa-avokuntoutusryhmissä näkökulmana digitaalisten terveystalveluiden hyödyntäminen

Sähköiset terveystalvelut ovat tuttuja tulppaohjaajille työn kautta. Käytössä on erilaisia ohjelmia päivittäin. Sähköpostitse on asiakkaalle lähetetty ohjeita tietosuoja huomioiden esimerkiksi liikunnallisten ohjeiden/harjoitusten muodossa fysioterapian osalta. Sähköinen ajanvaraus on ollut terveystalvelulla käytössä fysioterapialla sairaanhoitajan vastaanottoa pidempään. Ideana nousee esille viestitalvelu kuntoutujan ja ohjaajan välillä, mutta koetaan että sellaiseen toimintaan haastava saada riittävästi resursseja. Medinet -terveystalvelu on terveystalvelulla käytössä. Yhteydenpidon uskottaisiin toimivan mahdollisesti myös sähköisesti. Vertaisohjaaja kokee, että kuntoutusryhmän yhteishengellä on vaikutusta halukkuuteen ryhmäläisten välisessä yhteydenpidossa ja tietotekniset taidot eivät välttämättä kaikilla hallinnassa. Hyödyllisenä pidetään kirjallisten ohjeiden ja kuntoutumiseen liittyvien jatko-ohjeiden saamista sähköisenä materiaalina. Myös nykyisen terveystalvelun kuten aktiivisuusrannekeiden hyödyntäminen nousee esille ja sen uskottiin olevan motivoiva keino liikunnan lisäämiseen vertaisohjaajan näkökulmasta, sekä sen etuna myös helppo tapa tiedonsiirtämiseen tietokoneelle tarkempaa arvioimista varten. Seuraavassa kuviossa (kuvio 3.) esitettyinä keskeisimpiä tuloksia toiminnan kehittämiseen liittyvistä osa-alueista ja ideoista digitaalisten terveystalveluiden hyödyntämisessä.



Kuvio 3. Digitaalisten terveystietopalveluiden hyödyntäminen.

Digitaalisten terveystietopalvelujen ja sähköisen terveystiedon hyödyntämisessä nousee esille idea tarjota terveystietoa sähköisesti ja korostuu ohjaaminen luotettavan tiedon äärelle. Sydänliiton nettisivustoa on mahdollista hyödyntää osana tulppakuntoutusta. Hyvien tietolähteiden linkkien kerääminen ja jakaminen kuntoutujille koettaisiin tarpeellisenä. Lääkehoidon ohjaamisessa nähdään sähköisten terveystietopalveluiden hyödyntämisen mahdollisuus, esimerkiksi seurantaan vaativan Marevan lääkityksen annostelun ohjaamisessa asiakkaille, joilla on mahdollisuus ja taito käyttää sähköisiä palveluita. Digitaalisten terveystietopalvelujen hyödyntäminen nähdään positiivisena asiakkaan näkökulmasta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja vertaisohjaajan näkökulmasta. Myös henkilökohtaista terveystietoa tuottavien sähköisten omaseuranta-mittarien käyttämistä osana kuntoutumista pidetään varteen otettavana vaihtoehtona sekä motivoivana keinona esimerkiksi liikunnan lisäämisessä. Koetaan, että on tarvetta koulutukseen digitaalisten terveystietopalvelujen hyödyntämisessä sekä tarvittaisiin lisää resursseja käyttöön, jotta niitä mahdollista hyödyntää enemmän. Ajanvaraus on jo itsessään tuttua sähköisesti molemmille haastateltaville.

Digitaalisten terveystietopalveluiden hyötyinä pidettiin niiden saatavuutta kotoa käsin välimatkoista huolimatta. Neuvonnalle ja ohjaukselle tarvetta koettaisiin olevan ainakin alussa. Vertaisohjaaja tuo esille, että voi olla myös pelkoa sähköisiä terveystietopalveluja kohtaan. Videovälitteinen palvelu ja ohjaus kuitenkin herättää kiinnostusta (vertaisohjaaja). Ohjaajat pohtivat digitaalisten terveystietopalvelujen olevan hyödyllisiä käyttäjille. Viestipalvelun koettaisiin antavan mahdollisuuksia askarruttavien kysymysten esittämiseen kuntoutujille yksilöllisemmin ja sen arveltiin myös rohkaisevan arempia kuntoutujia kysymään neuvoa, ilman ettei haluaisi jakaa kysymyksiään koko ryhmän kesken. Tarvetta koulutukselle koetaan olevan ja se korostuu niin ohjaajien kuin vertaisohjaajan vastauksissa. Valmiudet tietotekniikan hyödyntämiseen ohjaajilla vaihtelivat taitojen ja kokemuksen mukaan.



Kuvio 4. Hyötyjä ja haasteita.

Edeltävässä kuviossa (kuvio 4.) tiivistettynä keskeisimpiä tuloksia hyötyjä ja haasteita digitaalisten terveystietopalveluiden hyödyntämisessä osana tulppa-avokuntoutusta. Teemahaastattelun lopussa aiheena oli saada kehittämissideoita digitaalisten terveystietopalveluiden pilotointiin haastateltavilta osaksi Tulppa-avokuntoutusta ja omahoidon tukemista ja ideana oli jo entuudestaan toiminnallinen kerta tulppa-avokuntoutuksen yhteydessä ja ohjaajat kokivat tarpeellisenä etenkin sähköisen terveystiedon välittämisen kuntoutujille, sekä alustava idea toteutuksesta yhden kuntoutumiskerran yhteydessä sai kannatusta ohjaajilta.

Kokemuksia digitaalisista terveystalvuluista, ryhmähaastattelu

Haastatteluun osallistuivat kaksi naista ja yksi mies. Kaikki haastateltavat olivat 60-70-vuotiaita iältään. Miltei kaikki olivat hyödyntäneet digitaalisia terveystalvuluista osana tulppa-kuntoutusta.

Digitaaliset terveystalvulut

Pilotoinnin eli omahoidon digitaaliset työpajassa yhden kokoontumiskerran yhteydessä käytiin läpi Sydänliiton sivustojen tarjoamia testejä sekä terveystalvulan testejä, lähinnä riskitekijöihin liittyen mm. ruokavalio, suola ja tietoa antavat testit eri sairauksista sydän- ja verisuonisairauksissa. Kuntoutujat saivat tehdä testejä mielenkiinnon ja tarpeittensa mukaan. Haastateltavat kokivat **käyttökokemuksissaan** tekemänsä testit miellyttäväksi tehdä sekä ne olivat helppo-käyttöisiä. Hyvänä pidettiin testien antamaa suoraa ja nopeaa sekä helposti saatavaa palautetta. Keskustelussa tuli esille, että testejä olisi hyvä hyödyntää jo varhaisessa vaiheessa sairastumisen yhteydessä, jotta se herättäisi hyvissä ajoin näkemyksiä sekä havaintoja omasta terveydestä kuten ohessa esimerkki aineisosta kuntoutujalta (kuntoutuja 1).

- Niin se varmaan pitäisi jo aikasemmassa vaiheessa, jos niitä lähtökohtia miettii niin pitäisi jo tiedottaa ihmisille, kun jo kenties huomataan, että on tämmöstä sairautta olemassa, niin näissä yhteyksissä informoida ja kyllä varmaankin niin sieltä heräisi erilaisia näkemyksiä jo hyvissä ajoin ja havainnoimmissii - (Kuntoutuja 1.)

Mahdollisuudet käyttämiseen (internet, tietokone, älypuhelin). Kaikilla ei ole käytössään tietokonetta tai älypuhelinia, mutta kiinnostusta niiden käyttämisen oppimiseen koettiin löytyvän. Keskustelussa tuli esille, että esimerkiksi 1940-50 -luvulla syntyneillä ei välttämättä ole käyttökokemuksia ja taitoja tietokoneen käyttämiseen. Ideointia nousi esille siitä, että kolmannen sektorin toimijat voisivat olla hyödyllisiä avustamaan ja ohjaamaan tietokoneiden käytön opettamisessa. Esimerkiksi paikalliset sydänyhdistykset Tulppa-avokuntoutukseen liittyen voisivat olla apuna ja kynnys osallistua voisi olla matalampi. Innostusta on oppia käyttämään tietotekniikkaa, mikäli siihen on saatavilla opastusta ja neuvontaa.

Haastattelun teemana ollessa digitaalisten terveystietopalveluiden hyödyt ja haitat digitaalisista terveystietopalveluista ei koettu olevan haittaa ja niitä pidettiin hyödyllisinä, koska kyseessä on omaan terveyteen liittyvistä asioista. Keskustelussa korostui tiedon etsimisessä omaan terveyteen liittyen tiedon ja sen tarjoajan luotettavuuden ja puolueettomuuden merkitys, sekä tiedon etsijän oma vastuu tiedon suodattamisessa ja omaksumisessa (Kuntoutuja 2) ja (ohjaaja 1). Toisaalta haittana oli, että tiedon runsauden koettiin aiheuttavan myös jännitystä sekä pelkoa. Keskustelussa korostui tutkitun tiedon merkitys, esimerkiksi Käypä hoito -suositukset nousivat esille.

-No tietysti enempihän niistä hyötyjä, kun haittoja, itehän se aikane ihminen voipi valikoida sen jotta tuota ehtiikö se jonninjoutavaa vai ehtiikö se tietoa.- - (Kuntoutuja 2.)

-Sitten kun siellä on vaikka minkälaista tiedon tarjoajaa niin onko ne kaikki ihan luotettavia, että siellä välillä tulee näissäkin ruokavaliot jutuissa, se on vähän et kuka sen tekee sen jonkun tutkimuksen, että pittää vähän niin ku suodattaa että. - (Ohjaaja 1.)

Ohjaajan näkökulmasta sähköisten terveystietopalveluiden tekeminen voisivat olla hyvää vaihtelua osana Tulppa-avokuntoutusta keskustellessa niiden soveltumisesta osaksi kuntoutusta, esimerkiksi suola ja ravitsemustestit voisivat olla hyödyllisiä. Ongelmana toteuttamisessa tulee esille tietokoneiden tarve tai siten testit voisi tehdä kotona mahdollisuuksien mukaan. Hyvänä koettiin, se että testeistä sai vastausten avulla suuntaa omasta tilanteestaan. Kuntoutujan mielestä erityisesti testit soveltuisivat hyvin osaksi kuntoutusta ja olisivat mielenkiintoisia, sekä niiden avulla voisi herätä keskustelua muutostarpeista omassa terveydessä. Positiivisena pidettiin myös testien tulosten nopeaa saantia.

Omahoito, digitaaliset terveystietopalvelut omahoidon tukena

Omakantaa pidettiin hyvänä omien terveystietojen tarkastelun kannalta ja kuntoutujan ideana olikin, että voisiko Omakanta -palveluun sisältyä omaseuranta sivusto, jonne kirjata omia mittaustuloksiaan kuten esimerkiksi painoa ja verenpaineita. Sähköisestä omaseurannasta myös ohjaaja kokisi olevan hyötyä

esimerkiksi ennen lääkäriä käyntejä ja toisaalta se voisi myös vähentää vastaanottokäyntejä ja tarvittavat asiat voisi hoitoon liittyen tehdä puhelimitse tai tekstiviestillä. Terveysasemalla on ollut käytössä Medimarevan, mutta käyttäjiä on ollut vielä niukasti, siinä Marevan annostus lähetetään asiakkaalle tekstiviestillä, jonka asiakas kuittaa. Omahoidon digitaalisten terveystietopalveluiden hyödyntämisessä tulee esille, että on tärkeää olla taitoja käyttää palveluita. Koettiin, että voisi olla hyvä viedä ohjausta ja neuvontaa myös asiakkaiden kotiin esimerkiksi kotihoidon avulla ikäihmisten osalta. Mutta keskustelussa oli myös pohdintaa niukoista resursseista toteutukseen viedä palveluita ja ohjausta kotiin. Epävarmuuden tietokoneiden käytössä ongelmatilanteissa uskottiin kuitenkin johtavan käynteihin terveysasemalle. Keskustelua herätti myös pelko käyttää tietokonetta ja tiedon liiallinen tulva terveyteen liittyvissä asioissa. Ylipäänsä digitalisaation koettiin aiheuttavan myös ongelmia arkisten asioiden hoitamisessa kuten esimerkiksi pankkipalveluissa.

Digitaalisten terveystietopalveluiden hyödyntämisessä osana Tulppa-avokuntoutusta haasteeksi nousee esille tietokoneiden/älylaitteiden saatavuus kokoontumiskerroille, mutta vaihtoehtoisesti esimerkiksi terveystestejä voisi tehdä kotona käsin. Haasteena myös taidot tietokoneen käyttämisessä sekä mahdolliset pelot ja epävarmuus siinä. Omien terveystietojen sähköisen tallentamisen koettaisiin olevan hyödyllistä ja tietojen ollessa terveyden ammattihenkilöiden käytössä ne voisivat helpottaa hoitoa sekä seurantaa vähentäen esimerkiksi vastaanotolla käyntejä ja olisi myös mahdollista antaa neuvontaa ja ohjausta puhelimitse sekä tekstiviesteillä esimerkiksi verenpaineen ja pulssin seurannan suhteen. Etenkin sähköisen terveystiedon hyödynnettävyydessä tiedon luotettavuus on kaikkien ryhmähaastatteluun osallistuneiden mielestä keskeistä ja tärkeää. Seuraavana yhteenveto kuviossa (kuvio 5.) keskeisistä tuloksista teemahaastatteluista sekä ryhmähaastattelusta yhdistettynä samaan kuvioon kokonaisuudeksi tulosten perusteella havainnollistaen kokonaisuutta, millaisia osa-alueita liittyi digitaalisten terveystietopalveluiden hyödyntämiseen osana omahoitoa ja tulppa-avokuntoutusta.



Kuvio 5. Yhteenveto ohjaajien ja ryhmähaastattelun keskeisistä tuloksista

7 Pohdinta

Kuntoutujat ja ohjaajat pitivät digitaalisia terveystietoja hyödyllisinä ja erityisesti sähköinen terveystieto sairauksiin ja sen hoitoon liittyen kiinnostivat. Digitaaliset terveystestit liittyen sydän- ja verisuonisairauksiin koettiin käytännöllisinä ja niiden avulla sai helposti nopeaa palautetta sekä tietoa esimerkiksi omista elintavoista ja terveydestä. Niiden hyödyntämistä osana tulppa-avokuntoutusta pidettiin mahdollisena. Morton, Dennison, May, Murray, Little, McManus & Yardley (2016, 616.) tuovat esille systemaattisessa katsauksessaan omahoitoa tukevien digitaalisten terveystietojen hyödyntämisen pitkäaikaissairaiden potilaiden interventioiden käytössä sen edistävän potilaiden aktiivisempaa roolia heitä koskevassa hoidossa. Digitaalisten terveystietojen käyttäminen voisi edistää kuntoutujien osallistumista aktiivisesti omaan hoitoonsa.

Omahoidon tukemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan itsearviointi ja palautteen saaminen itsearvioinnista, sekä käytännön tuki hoitosuunnitelman noudattamisessa. (Taylor, Pinnock, Epiphaniou, Pearce, Parke, Schwappach, Purushotham, Jacob, Griffiths, Greenhalgh & Sheikh 2014, 432.) Digitaalisten terveystietojen käyttämiseen tarvitaan taitoja ja opinnäytetyössä omahoidon digitaaliset taidot työpajan tarkoituksena oli edistää kuntoutujien taitoja sekä antaa tietoa, kuinka etsiä ja löytää luotettavaa terveystietoa internetistä omahoidon tueksi. Keskeisenä tuloksena sekä ohjaajien ja kuntoutujien mielestä nousi sähköisen terveystiedon luotettavuuden ja riippumattomuuden merkitys. Jonkman, Schuurmans, Jaarsma, Shortridge-Baggett, Hoes & Trappenburg (2016) määrittelevät systemaattisessa katsauksessaan omahoidon interventiot toimenpiteinä, joilla pyritään antamaan potilaalle taitoja, jotta he voivat osallistua omaan hoitoonsa aktiivisesti ja vastuullisesti, keskeisin interventio on tiedon saaminen sekä ainakin kahden seuraavan yhdistelmällä: oireiden seuranta, lääkehoito, ongelmien ja päätöksentekokyvyn lisääminen lääketieteellisen hoidon hallinnassa, sekä liikunnan, ruokavalion ja/tai tupakoinnin käyttäytymisen muuttaminen. Ohjaajien haastattelujen tulosten perusteella nykyisessä Tulppa-avokuntoutuksessa erilaiset omahoidon interventiot toteutuivat

monipuolisesti. Tarkastellessa kuinka digitaaliset terveystalvet olisivat hyödynnettävissä omahoidon interventioina, niin keskeisiä toimenpiteitä olisivat tiedon ja taitojen antaminen.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli omahoidon digitaidot työpaja ja ryhmähaastattelu vastasivat opinnäytetyön tavoitteeseen tukea ja kartoittaa Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveystalvetjen käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta. Mutta mikäli digitaalisia terveystalvetuita hyödynnettäisiin enemmän osana kuntoutusta se olisi hyvä integroida mukaan aivan kuntoutuksen alusta asti. Tässä opinnäytetyössä tyydyttiin lyhyeen pilotointiin ja se oli yksi osa-alue kehittämistyön prosessia. Toisaalta kuten ryhmähaastattelun tuloksissa ilmeni, niin yhteistyö tietotekniikan opettelussa kolmannen sektorin kanssa voisi osaltaan vähentää digitaalisten terveystalvetujen käyttöön liittyvää pelkoa sekä epävarmuutta ja siten madaltaa kynnyistä kokeilla niitä rohkeammin osana omahoitoa.

Oma terveystieto ja sen seuranta kiinnostivat kuntoutujia, sekä koettiin että omien mittaustulosten tallentaminen digitaalisesti voisi helpottaa sairauksien seurantaa ja hoitoa. Terveystalvetasemalla käynnin sijaan ohjaus sekä palaute voisi olla digitaalistakin tai tapahtua puhelimitse. Terveystalvetkäyttämisen psykososiaalisissa muutosteorioissa ja malleissa muutostekniikoita, joita voi hyödyntää mallien ja teorioiden toteutuksessa ovat esimerkiksi tavoitteiden ja suunnitelmien luominen, palautteen antaminen sekä omaseuranta ja sosiaalisen tuen tarjoaminen monipuolisesti (Michie, Richardson, Johnston, Abraham, Francis, Hardeman, Eccless, Cane & Wood 2013, 91-92). Toisaalta tietotekniikan hyödyntämiseen liittyi pelkoja sekä epävarmuuttakin, mutta innokkuutta tietotekniikan oppimiseen koettiin olevan. Kuten myös Terveystalvet ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa sähköisten asiointitalvetuiden käytöstä, käyttäjäkokemuksista ja kehittämistarpeista sosiaali- ja terveystalvethuollossa Suomessa tulee esille, että sähköinen asiointi ei voi korvata henkilökohtaista tapaamista. Uutta, kustannustehokasta ja vaikuttavaa talvetlurakennetta luotaessa valtakunnalliset sähköiset terveystalvetlvet nähdään tukevana tekijänä, mutta suunnittelussa on otettava huomioon myös talvetlvetprosessien uudistaminen, sekä se, että kaikilla ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin. (Hyppönen, Hyry,

Valta & Ahlgren 2014, 5-6.) Tätä näkökulmaa sivuaa myös ryhmähaastattelun tuloksissa se, että mikäli esimerkiksi tietotekniikan käytössä asiakkaan hoitessa terveysasioita tulisi ongelmia johtaisi se käyntiin terveysasemalla. Toisaalta (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattelmäki 2014, 148.) korostavat, että asiakaslähtöisten tietojärjestelmien suuria kehityssuuntia ovat esimerkiksi asiakkaiden osallisuuden ja voimaantumisen lisääminen, sähköinen asiointi ja kotimittaukset sekä tietoturvan huomioiminen.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli myös keskeisesti esille, että kaikilla ei ole mahdollisuutta hyödyntää tietotekniikkaa ja myös tulppa-avokuntouksessa sen huomioon ottaminen on merkittävää digitaalisten terveyspalveluiden käyttämisen kehittämisen suunnittelemisessa. Esille nousee taidot tietotekniikan käyttämisessä ja toisaalta pohtiessa asiakkaita, joiden olisi tarkoitus käyttää digitaalisia terveyspalveluita olisi tärkeää ottaa huomioon, että se olisi tasaverstaista kaikille mahdollista ajasta, paikasta, iästä ja sukupuolesta riippumatta. Suomen sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena (2016, 18, 26) tuodaan esille, että palveluiden saatavuus ja esteettömyys edistyvät sähköisiä ratkaisuja hyödyntämällä ja niillä turvattaisiin palveluiden laajempi saatavuus. Asiakkaan tarpeet ja näkökulma olisivat hyvä huomioida digitaalisia terveyspalveluita suunniteltaessa ja nämä lähtökohdat vahvistuivat myös tarkastellessa sitä, kuinka opinnäytetyön toteutus palveli sen tarkoitusta edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemista digitaalisten terveyspalvelujen avulla. Kuntoutujilta saatu palaute vahvisti siis ajatusta siitä, että on tärkeää ottaa mukaan asiakaslähtöisyys digitaalisia terveyspalveluita kehittäessä ja käyttäessä. Kehittämistoiminnassa on tärkeää korostaa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien omaksuminen aktiivisina toimijoina eikä vain passiivisina toimenpiteiden kohteina, tarkastelun ja kehittämisen kohteena tulee olla asiakkaan prosessit (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 5).

7.1 Eettisyys ja luottavuus

Opinnäytetyön kehittämistoiminnan eettisyyden perustana ja ohjeena on opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) tiedeyhteisöjen yhteistyössä laatima tutkimus eettinen ohje hyvästä

tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä (HTK-ohje). Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyys ja luotettavuus, sekä tulosten uskottavuus edellyttää toimintaa hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. (TENK 2017, 4, 6.)

Opinnäytetyön toteutuksessa toiminta kohderyhmän kanssa oli heitä kunnioittavaa ja heitä informoitiin asiallisesti haastattelujen yhteydessä opinnäytetyön lähtökohdista, tarkoituksesta sekä tavoitteesta. Teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa pyrittiin hyödyntämään luotettavaa ja tutkittua tietoa monipuolisesti sekä kriittisesti. Aiheen valinta ja kehittämistoiminnan kohdentamisen eettisyyden pohtiminen ovat tärkeää jo ennen kehittämistoiminnan aloittamista, painottuen siihen mitä päämääriä ja asioita, sillä halutaan edistää. Kehittämistoiminta ei saa loukata eikä ketään ihmisiä tai ihmisryhmiä. Terveystieteidenhuollossa kehittämistoiminnan tavoitteen keskiössä on hyvä potilaalle. Kehittämistoiminnassa on otettava huomioon myös lähteiden käytön luotettavuus sekä eettisyys ja huolellinen lähdekritiikki lisää omalta osaltaan myös eettistä turvallisuutta. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44.)

Opinnäytetyössä oli ensiarvoisen tärkeää huomioida kehittämistyöhön osallistuvien Tulppa-ryhmän ohjaajien ja kuntoutujien suostumus pilotointiin digitaalisten terveystieteiden palveluiden käyttämisen osalta ja teemahaastattelujen, sekä ryhmähaastattelun osalta huomioimalla myös anonyymiteetin säilyminen koko prosessin ajan. Opinnäytetyön kehittämistyössä sovellettiin tutkittavien informointia suullisesti sekä kirjallisessa muodossa saatekirjeiden muodossa. Tutkittavan on mahdollista antaa suostumuksena osallistumiseen vain asianmukaisen informoinnin perusteella ja tämä lisää tutkimusprosessin läpinäkyvyyttä ja tutkittavan luottamusta tietojen asianmukaiseen käsittelyyn. Informoinnin muoto voi olla suullinen tai kirjallinen, kuten myös tutkittavan suostumus. (Aineistonhallinnan käsikirja 2016.)

Tutkimus- ja kehittämistyössä luotettavuuden arviointi kattaa sen koko prosessin, johdonmukaisuuden ja sen systemaattisuuden. Kehittämistyön luotettavuuden kannalta on olennaista suunnitelmavaiheesta alkaen selvittää mikä on kehittämistyön tehtävä ja millainen tieto on olennaista tehtävän kannalta, kuinka tietoa kerätään ja ketkä siihen osallistuvat sekä kuinka kerättyä tietoa

käsitellään ja tulkitaan. Tutkimus- ja kehittämistyön validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä ja sen arvioinnilla tarkoitetaan sitä, kuinka opinnäytetyön menetelmälinnat sopivat valitun aiheen tutkimiseen ja kehittämiseen. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2017.) Opinnäytetyössä saavutettiin kehittämistyöhön valituilla menetelmillä, sille asetetut tavoite ja tarkoitus melko hyvin suhteessa käytettäviin resursseihin. Opinnäytetyön tulokset eivät kuitenkaan ole pienehkön aiheiston vuoksi ole yleistettävissä vaan suuntaa antavia. Kehittämistyön jäsentämistä helpotti toteutuksen vaiheistaminen ja toteutuneen prosessin visualisointi. Toimeksiantajan aiheena opinnäytetyölle oli sen suunnitteluvaiheessa digitalisaatio ja valtimotaudit. Pohtiessa kuinka hyvin toteutettu opinnäytetyö kokonaisuutena kuvastaa annettua aihetta voinee tulla siihen tulokseen, että siinä ollaan kohtuullisesti onnistuttu ja kohderyhmänä aiheelle tulppa-avokuntoutus oli sopiva. Yhteistyö työelämän toimijoiden kanssa opinnäytetyön toteutuksen eri vaiheissa oli sujuvaa, mutta toisaalta yhteistyöhön toi hieman haasteita esimerkiksi aikataulujen yhteensovittaminen.

Omat lähtökohdat opinnäytetyön tekijänä vaikuttivat jossain määrin aiheen valintaan sekä teoreettisen viitekehyksen rakentamiseen. Tässä suhteessa vaikutti etenkin nykyinen työ sairaanhoitajana Joensuun keskussairaalassa kirurgisella vuodeosastolla, jossa hoidetaan yhtenä erikoisalana myös verisuonitauteja sairastavia potilaita. Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvät riskitekijät ovat vahvasti näkyvissä päivittäisessä työssä ja koin tärkeänä selvittää, kuinka ja miten olisi mahdollista vaikuttaa positiivisesti ja monipuolisesti niiden hoitoon ja etenkin ennaltaehkäisyyn omahoidon osalta, jotta välttyttäisiin vakavilta ja eteneviltä sairauksilta sekä niiden seurauksilta. Tässä suhteessa oma kiinnostukseni vaikutti opinnäytetyön aiheen valintaan.

DigiSote -hanke toimeksiantajana ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa tehtiin sopimus opinnäytetyöstä, sekä myös oikeuksiensiirtosopimus opinnäytetyöstä DigiSote -hankkeelle. Lupa menettelyssä Siun sotessa tutkimuslupaa haettiin organisaation omalla kaavakkeella, sen jälkeen, kun tutkimussuunnitelma on hyväksytty Jyväskylän ammattikorkeakoulun puolesta. (Siun sote 2017.) Opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa tehtiin yhteistyötä toimeksiantajan yhteyshenkilön kanssa.

7.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Johtopäätöksenä todetaan, että omahoito tukevien digitaalisten terveystiedon palveluiden kehittämisessä on tärkeää huomioida sähköisen terveystiedon luotettavuuden merkitys palveluita käyttäville asiakkaille. Keskeistä on myös ottaa huomioon käyttäjien tarvittavat taidot ja mahdollisuudet hyödyntää nykyisiä digitaalisia terveystiedon palveluita. Digitaalisten terveystiedon palveluiden suunnittelussa on siis merkittävää ottaa huomioon neuvonnan ja ohjauksen, sekä koulutuksen tarve monipuolisesti erilaisille asiakkaille sekä myös terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotta heillä on valmiuksia ohjata asiakkaita.

Kuitenkin opinnäytetyön tuloksissa korostuu, että digitaalisten terveystiedon palveluiden käyttämistä pidettäisiin hyödyllisenä osana omahoitoa sekä seurantaa. Kehittämis ehdotuksena on että, niitä olisi mahdollista hyödyntää Tulppa-avokuntoutuksessa käyttämällä sähköisiä terveyttä ja terveellisiä elintapoja mittaavia testejä osana kuntoutuksen toteutusta sekä tarjota luotettavaa sähköistä terveystietoa kuntoutujille. Myös chattipalvelu avokuntoutuksen ajaksi voisi olla hyödyllinen tuki kuntoutujille. Suosituksena Kähkösen väitöskirjassa (2017, 58) on, että terveydenhuollon ammattilaisten tulee kiinnittää enemmän huomiota potilaiden motivaation tukemiseen. Tulevaisuudessa olisikin hyvä pohdita, millaisia keinoja motivaation tukemiseen on käytettävissä terveydenhuollossa ja tässä suhteessa digitaalisilla terveystiedon palveluilla voisi olla siihen sopivia monipuolisia edellytyksiä.

Kehittämis ehdotuksena on myös, että digitaalisten terveystiedon palveluiden hyödyntämiseen ja käyttämisen ohjaamiseen voisi tehdä yhteistyötä kolmannen sektorin palveluiden tuottajien kanssa. Toisaalta voisi olla tärkeää edistää ja kehittää sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä sairastavien monipuolisia kuntoutumisen mahdollisuuksia, sillä esimerkiksi päiväsaikaan tapahtuva Tulppa-kuntoutus ei sovi kaikille kuten työssäkäyville. Ja ottaessa huomioon, että sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon olisi tärkeää panostaa, sillä tuoreen THL:n tutkimuksen mukaan myös nuorista ai-

kuisista (18-21-vuotiaiden) kohdalla vain puolella oli kaikki tai lähes kaikki elintavat suotuisia terveyden kannalta, nuorilla aikuisilla on ylipainoa sekä kohonnutta verenpainetta ja myös kolesteroli arvoissa LDL oli kolmanneksella miehistä ja viidenneksellä naisista oli kohonnut (Jääskeläinen, Koponen, Lundqvist, Borodulin & Koskinen 2019, 1, 6). Tulevaisuudessa myös tästä näkökulmasta tarkasteltuna digitalisaatio terveydenhuollossa voisi tarjota erilaisia mahdollisuuksia ja tukea juuri ajasta sekä paikasta riippumatta monipuolisesti omahoidon tukemiseen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin liittyen.

Lähteet

Aineistonhallinnan käsikirja. 2016. Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 12.8.2017. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-kasittely.html>

Aineistonhallinnan käsikirja. 2016. Tutkittavien informointi. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 12.8.2017. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>

Alastalo, M. & Borg, S. 2010. Numerolukutaito: Tutkimuksen analyysivaihe. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 12.8.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/numerolukutaito/analyysi.html>

Alasuutari, P. 2014. Laadullinen tutkimus 2.0. 5. p. Tampere: Vastapaino

Atula, S. 2017. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 10.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001

Bandura, A. 2004. Health promotion by social cognitive means. *Health education & Behaviour*, 31, 2, 143-164. Viitattu 22.9.2017. <https://janet.fi>, Pubmed (Abstract)

British Medical Association 2015. Self-care: question & answer. Viitattu 16.9.2017. https://www.bma.org.uk/-/media/files/.../plg_selfcare_jan2015.pdf

Cardiovascular disease. 2016. New initiative launched to tackle cardiovascular disease, the world's number one killer. WHO: n verkkojulkaisu. Viitattu 24.9.2017. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/Global_hearts_initiative/en/

Christensen, U., Schmidt, L. & Dyhr, L. 2008. The qualitative research interview. *Research methods in public health*. Copenhagen: Gyldendal Akademisk, 63-90. Viitattu 11.8.2017. <http://www.worldcat.org/title/research-methods-in-public-health/oclc/312632524/viewport>

Davis, R., Cambell, R., Hildon, Z., Hobbs, L. & Michie, S. 2015. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9, 3, 323-344. Viitattu 30.5.2017. <https://janet.finna.fi>. PubMed.

Diabeteksen yleisyys. 2015 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivusto. Viitattu 16.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

Diabetes. Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen sisätautilääkäriyhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston

asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.9.2017. www.kaypahoito.fi

Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. 2016. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu. Viitattu 14.4.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf>.

Duodecim, Terveyskirjasto. 2017. Viitattu 30.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt03442.

Dyslipidemia. 2013. Käypä hoito -suositus. Suomen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.9.2017. www.kaypahoito.fi

Ebrahim, S., Taylor, F., Ward, K., Beswick, A., Burke, M. & Smith, G. D. 2011. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 1. Art. No.: CD001561. DOI: 10.1002/14651858.CD001561.pub3. Viitattu 25.5.2017. <https://janet.finna.fi>. Cochrane Library

Edwards, R. & Holland, J. 2013. What is qualitative interviewing? London: Bloomsbury Academic. Internet julkaisu. Viitattu 12.8.2017. http://eprints.ncrm.ac.uk/3276/1/complete_proofs.pdf

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Kirjassa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. korj. ja täyd. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 25-43.

Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Kirjassa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korj. ja täyd. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 159-183.

Euroopan komissio 2012. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012-2010- innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle. Viitattu 27.5.2017. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN>.

Glynn, L. G., Murphy, A. W., Smith, S. M., Schroeder, K. & Fahey, T. 2010. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD005182. DOI: 10.1002/14651858.CD005182.pub4. Viitattu 11.9.2017. <https://janet.finna.fi>, Cochrane Library.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen, avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY

- Heldán, A., Raulio, S., Kosola, M., Tapanainen, H., Ovaskainen, M-L. & Virtanen, S. 2013. Finravinto 2012 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino. Viitattu 11.9.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110839/THL_RAP2013_016_%26sliitteet.pdf
- Huuskonen, P. 2015. Vertaistuki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elman-tuki/vertaistuki>
- Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen yliopistopaino. Verkkojulkaisu. Viitattu 23.9.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-410-6>
- Hyväri, S. & Vuokila-Oikonen, P. 2017. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Tutkimus ja kehittämistyön luotettavuus. Diak:n kirjasto. Viitattu 13.5.2017. <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=3530138>
- International Diabetes Federation 2015. 2015 Diabetes Atlas Executive Summary. Viitattu 16.9.2017 <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>
- Jonkman, N. H., Schuurmans, M. J., Jaarsma, T., Shortridge-Baggett, L. M., Hoes, A. W. & Trappenburg, J. C. A. 2016. Self-management interventions: Proposal and validation of a new operational definition. *Journal of Clinical Epidemiology*, 80, 34-42. Viitattu 17.9.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.
- Jousilahti, P. & Borodulin, K. 2012. Suomalaisten tupakointi vähenee. Tutkimuksesta tiiviisti 3. Verkkojulkaisu. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.9.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90884/TutkimuksestaTiiviisti3_tupakka.pdf?sequence=1
- Jääskeläinen, T., Koponen, P., Lundqvist, A., Borodulin, K. & Koskinen, S. 2019. Nuorten aikuisten terveys ja elintavat Suomessa – Finterveys2017 -tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137960/URN_ISBN_978-952-343-319-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 17.4.2019.
- Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus 2014. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.9.2017. www.kaypahoito.fi
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirssu, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveidenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Duodecim.
- Kähkönen, O. 2017. Adherence to treatment of patients with coronary disease after a percutaneous coronary intervention. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Viitattu 18.1.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2658-6>.

Käypä hoito. 2014. Omahoidon määritelmä. Käypä hoito verkkosivusto. Viitattu 22.7.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02107>

L 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Viitattu 23.9.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Toim. Aaltola, J. & Valli, R. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-43.

Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.9.2017. www.kaypahoito.fi

Lorig, K. & Holman, H. 2003. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioural medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26, 1, 1-7. Viitattu 17.9.2017. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48418482/Self-management_education_history_defini20160829-5397-1gt03bb.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1505383911&Signature=V80nHX1yNMhQI5CrILGexfIHic%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSelf-management_education_History_defini.pdf

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito. Viitattu 22.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01668#NaN>.

McClean, G., Band, R., Saunderson, K., Hanlon, P., Murray, E., Little, P., McManus, J., Yardley, L., Mair, F.S. & on behalf of the DIPPS co-investigators 2016. Digital interventions to promote self-management in adults with hypertension systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 34, 4, 600-612. Viitattu 27.5.2017. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Medinet 2016. Verkkosivusto. Viitattu 12.5.2017. <https://medinet.pohjoiskarjala.net/>

mHealth – New horizons for health through mobile technologies 2011. WHO. Global Observatory for eHealth series – Volume 3. Geneve. Verkkojulkaisu. Viitattu 27.5.2017. http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. 2013. The Behaviour Change Technique Taxonomy of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behaviour change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46, 1, 81-95. Viitattu 22.9.2017. www.researchgate.net

Morton, K., Dennison, L., May, C., Murray, E., Little, P., McManus, J. & Yardley, L. 2016. Using digital interventions for self-management of chronic physical health conditions: A meta-ethnography review of published studies. *Patient Education & Counseling*, 100, 4, 616-635. Viitattu 10.5.2017. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Mustajoki, M. 2016. Kolesteroli. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 10.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035&p_hakusana=kolesteroli

Mustajoki, M. 2016. Valtimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 25.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095

Noar, S., Benac, C. & Harris, M. 2007. Does Tailoring Matter? Meta-Analytic Review of Tailored Print Health Behaviour Change Interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 4, 673-693. Viitattu 23.9.2017. Verkojulkaisu artikkelista.

Omahoito – 8 kokeilua terveyden tulevaisuudesta. 2014. Sitran katsaus, verkkojulkaisu. Viitattu 11.5.2017. <https://media.sitra.fi/2017/02/23212714/Omahoito.pdf>.

Omakanta 2017. Omakanta. Verkkosivusto. Viitattu 23.9.2017. <http://www.kanta.fi/fi/omakanta>

Patja, K. 2016. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 10.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066#s4

Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi 2003. WHO:n alkuperäisen teoksen Adherence to long-term therapies: Evidence for action, Lääketietokeskus Oy: n suomenkielinen käännös. Helsinki: Lääketietokeskus Viitattu 23.9.2017. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf?ua=1

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. *Duodecim*, 123, 501-502. Viitattu 23.9.2017. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>

Pohjois-Karjalan DigiSote -hanke. 2017. Verkkosivusto. Viitattu 8.5.2017. <http://www.karelia.fi/digisote/>.

Poikolainen, K. 2015. Alkoholien riskikäyttö. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 10.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01085

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. 2017. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997 12, 38-48. Viitattu 23.9.2017. <https://pdfs.semanticscholar.org/d8d1/915aa556ec4ff962efe2a99295dd2e8bda89.pdf>

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. *Kever* 8, 2. Viitattu 20.1.2017. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta-UAS Journal. https://arkisto.uasjournal.fi/kever_20092/Rantanen%20Toikko%20Kever%202009.pdf.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 125, 21. Katsaus verkkolehdestä. Viitattu 23.7.2017. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2009/21/duo98401#top-wrapper>

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.5.2017. http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf.

Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveystalvelujen strategia vuosille 2015-2020, 2015. Sairaanhoitajaliiton raportti, verkkojulkaisu. Viitattu 23.9.2017. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/01/eHealth_strategia_Final.pdf

Self-care for health. A Handbook for Community Health Workers & Volunteers. 2013. Intia: World Health Organization. Viitattu 19.9.2017. http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf

Shuttleworth, M. 2008. Qualitative Research design. Viitattu 30.7.2017. <http://explorable.com/qualitative-research-design>

Siun sote 2017. Tutkimusluvan hakeminen. Viitattu 13.5.2017. <http://www.siunsote.fi/tutkimusluvan-hakeminen>

Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivusto. Viitattu 25.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Sydänliitto 2017. Tulppa-kuntoutus. Viitattu 8.5.2017. <http://sydanliitto.fi/tulppa>.

Taylor, S. J.C., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H. L., Schwappach, S., Purushotham, N., Jacob, S., Griffiths, C.J., Greenhalgh, T. & Sheikh, A. 2014. A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. Southampton (UK): NIHR Journals Library. Health Services and Delivery Research, 2.53. Viitattu 22.7.2017. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

TENK 2013. Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. K. & Jäppinen S. (toim.) Hyvätieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 13.5.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyskylä 2017. Mikä on terveyskylä.fi. Verkkosivusto. Viitattu 23.9.2017. <https://www.terveyskyla.fi/tietoa-terveyskyl%C3%A4st%C3%A4/mik%C3%A4-on-terveyskyl%C3%A4-fi>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. e-kirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

The GBD 2013 Obesity Collaboration, tutkijaryhmä. 2014. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. *Lancet*, 384, 9945, 766-781. Viitattu 15.9.2017. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60460-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60460-8.pdf)

Uutela, A. 2016. Terveyskäyttäytymisen psykososiaaliset muutosteoriat – perusta vaikuttaville interventioille. Julkaisussa Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Toim. Sihto, M. & Karvonen, S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, 173-190.

Valtioneuvosto 2017. Hallitusohjelman toteutus. Hyvinvointi ja terveys: Kärkihankkeet. Viitattu 8.5.2017. <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi>.

Valtioneuvosto 2017. Hallitusohjelman toteutus. Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen: Kärkihankkeet. Viitattu 8.5.2017. <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/digitalisaatio>.

Vartiainen, E., Helldán, A. & Virtanen, S. 2012. Kolesterolitaso ja tyydyttyneen rasvan saanti ovat nousseet. Tutkimuksesta tiiviisti. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.9.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90882/TutkimuksestaTiiviisti1_Kolesteroli.pdf?sequence=1

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. p. Jyväskylä: PS-kustannus

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekefin katsaus. Viitattu 23.9.2017. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hyvä Siun soten alueen Tulppa-yhteyshenkilö,

Olen joensuulainen sairaanhoitaja Emma Eskelinen ja opiskelen terveyden edistämisen koulutusohjelmassa (ylempi AMK) Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Olen tekevässä opinnäytetyötä liittyen digitaalisten terveyspalveluiden hyödyntämiseen Tulppa-avokuntoutuksessa. Opinnäytetyöni toimeksiantajana on Pohjois-Karjalan DigiSote -hanke – eAmmattilaiset tulevaisuuden työelämässä. Digitaalisuus on ajankohtainen aihe sosiaali- ja terveysalalla ja omahoidon tukemisessa käytetyillä digitaalisilla interventioilla on tutkimusten mukaan positiivisia vaikutuksia omahoidon toteutumisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemisen kehittämistä digitaalisten terveyspalvelujen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea ja pyrkiä lisäämään Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveyspalvelujen käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta.

Kutsun ystävällisesti terveysasemanne Tulppa-ryhmän mukaan kehittämistyöhön. Onko terveysasemallanne Tulppa-ryhmä toimintaa kevään 2018 tai syksyn 2018 aikana? Myös seurantatapaamiset ovat myös mahdollisia toteutuksen osalta. Ennen pilotointia haluaisin aluksi haastatella terveysasemanne tulppa-ohjaajia ja yhtä vertaisohjaajaa teema-haastattelun avulla. Haastattelun arvioitu kesto on enintään 1 tunti ja haastattelut äänitetään haastateltavien suostumuksella. Haasteltavien ohjaajien ja tulppa-kuntoutujien henkilöllisyys ei tule ilmi opinnäytetyön prosessin raportoinnissa ja osallistuminen on vapaaehtoista. Opinnäytetyön toteutus koostuu kolmesta vaiheesta; I teemahaastattelut ohjaajille kehittämisideoiden kartoittamiseksi, II pilotointi käytännössä osana Tulppa-avokuntoutusta ja III palautteen kerääminen ja arviointi ryhmähaastattelun avulla avokuntoutujilta sekä ohjaajilta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää digitaalisten terveyspalvelujen käytön edistämässä ja kehittämässä sosiaali- ja terveyspalveluissa omahoidon tukemisen näkökulmasta.

Mikäli kiinnostuksesi heräsi ja terveysasemaltanne löytyy innokkuutta lähteä mukaan, niin otathan rohkeasti yhteyttä! Opinnäytetyön puitteissa pilotointia on mahdollista lähteä toteuttamaan yhden terveysaseman Tulppa-ryhmän kanssa. Yhteydenotto ja lisätiedot ensisijaisesti sähköpostitse, ilmoitathan kiinnostuksestasi lähteä mukaan viimeistään pe 9.3.2018 mennessä.

Ystävällisin terveisin,

Emma Eskelinen

Terveyden edistämisen koulutusohjelman (ylempi AMK) opiskelija

Opinnäytetyön ohjaajat:
Mari Punna ja Sanna Sihvonen
lehtori yliopettaja

DigiSote-hankkeen yhteyshenkilö:
Heli Jääskeläinen
kehittämisasiantuntija
sh, th (AMK)

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Haastateltavan taustatiedot

- Koulutus, nykyinen työtehtävä, kokemus vuosina tulppa-ohjaajana toimimisessa, sukupuoli

Tulppa-avokuntoutusryhmien nykyinen toiminta

- Tulppa-ryhmien toteutuminen terveystasemalla
 - Toteutumisten aikataulu, seuranta- ja tapaamiset, avokuntoutujien määrä keskimäärin ryhmissä, vertaisohjaus
- Ryhmiin ohjautuminen ja hakeutuminen
- Tulppa-avokuntoutujan kuntoutusprosessi
 - Kuvaile Tulppa-kuntoutujan kuntoutusprosessia
- Valtimotaudin ja sen riskitekijöiden omahoidon tukeminen - menetelmät ja keinot
 - Tulppa-kuntoutujan omahoidon tukeminen; toteutuminen käytännössä, käytössä olevat menetelmät ja keinot

Toiminnan kehittäminen Tulppa-avokuntoutusryhmissä näkökulmana digitaalisten terveystietopalvelujen hyödyntäminen

- Digitaaliset/sähköiset terveystietopalvelut ja sähköinen terveystieto
 - Hyödyntäminen osana Tulppa-ryhmän toimintaa ja kuntoutujien **omahoitoa**
 - Tulppa-ryhmien toiminta; hakeutuminen ryhmiin ja yhteydenpito
- Tulppa-ryhmän toiminta ja kuntoutujien omahoidon tukeminen
 - Digitaalisten terveystietopalvelujen ja sähköisen terveystiedon hyödyntäminen osana Tulppa-ryhmän toimintaa ja kuntoutujien **omahoidon tukemista**, (taidot osallistua aktiivisesti ja vastuullisesti omaan hoitoon, tiedon saaminen, oireiden seuranta, lääkehoito, ongelmien

ja päätöksentekokyvyn lisääminen lääketieteellisen hoidon hallinnassa, sekä liikunnan, ruokavalion ja/tai tupakoinnin käyttäytymisen muuttamisella)

- Keinot ja toteutus digitaalisten terveystalvelujen hyödyntämisessä
 - Mahdollisuudet käyttämiseen ja toteuttamiseen käytännössä
- Hyödyt ja haasteet
- Valmiudet ja koulutustarve
 - Ohjaajat ja kuntoutajat
- Kehittämisideoita pilotointiin
 - Kehittämisideoita pilotoinnin toteutukseen digitaalisten terveystalvelujen hyödyntämiseksi osana Tulppa-avokuntoutusta ja omahoidon tukemista
 - Aikataulu

Liite 3. Saatekirje ja osallistujien informointi

Hyvä Tulppa-ryhmän kuntoutuja, tulppa-ohjaaja ja vertaisohjaaja,

Olen joensuulainen sairaanhoitaja Emma Eskelinen ja opiskelen terveyden edistämisen koulutusohjelmassa (ylempi AMK) Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä liittyen digitaalisten terveyspalveluiden hyödyntämiseen Tulppa -avokuntoutusryhmässä. Opinnäytetyöni toimeksiantajani on Pohjois-Karjalan DigiSote -hanke – eAmmattilaiset tulevaisuuden työelämässä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemisen kehittämistä digitaalisten terveyspalvelujen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea ja pyrkiä lisäämään Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveyspalvelujen käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää digitaalisten terveyspalvelujen käytön edistämässä ja kehittämässä sosi- ja terveyspalveluissa omahoidon tukemisen näkökulmasta.

Kutsun teidät ystävällisesti osallistumaan ryhmähaastatteluun, jotta saisin palautetta ja käyttökokemuksia selville liittyen digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön osana omahoitoa ja Tulppa-ryhmän toimintaa. Haastattelun lisäksi pyydän ystävällisesti vastaamaan kirjalliseen taustatietoja koskevaan lomakkeeseen haastattelun alussa. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan, jotta aineisto on helpommin käytettävissä puhtaaksi kirjoittamisen myötä kirjallisena. Ryhmähaastatteluun ja taustatietoja koskeviin kysymyksiin osallistuminen ja vastaaminen ovat vapaaehtoisia ja osallistuminen on mahdollista keskeyttää niin halutessaan. Haastattelun arvioitu kesto on noin yksi tunti. Saatu tutkimusaineisto käsitellään niin, että siitä ei yksittäinen henkilö ole tunnistettavissa opinnäytetyön prosessin raportoinnissa. Kehittämistyöhön osallistumiseen suostuminen on suullisena ja tämä informointi annetaan kirjallisena teille osallistujille. Saadut kehittämistyön tulokset tulevat esille valmiissa opinnäytetyössä, joka julkaistaan sähköisenä Thesus -tietokannassa.

Ystävällisin terveisin,

Emma Eskelinen

Terveystieteiden koulutusohjelman (ylempi AMK) opiskelija

Lisätietoja ensisijaisesti sähköpostitse, tai puhelimitse
puh.

Opinnäytetyön ohjaajat:

Mari Punna ja Sanna Sihvonen

lehtori yliopettaja

DigiSote-hankkeen yhteyshenkilö:

Heli Jääskeläinen

sh, th (AMK) kehittämissiantuntija

Liite 4. Taustatieto kysymykset ja teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Sukupuoli: 1 nainen 2 mies (ympyröi)

Syntymävuosi: _____

Olen hyödyntänyt digitaalisia terveystalvaeluita osana Tulppa-kuntoutusta:

1 kyllä 2 ei 3 en osaa sanoa (ympyröi)

Teemahaastattelurunko ryhmähaastatteluun

Digitaaliset terveystalvaelut

Käytössä olleet talvaelut (Testit, tietosivustot, Medinet)

Käyttökokemukset

Mahdollisuudet käyttämiseen (internet, tietokone, älypuhelin)

Hyötyjä ja haittoja

Soveltuminen osaksi Tulppa-avokuntoutusta

Omahoito

Digitaaliset terveystalvaelut omahoidon tukena

Hyötyjä ja haittoja

Tulppa-ohjaajille ja vertaisohjaajan kokemukset

Digitaalisten terveystalvaeluiden käyttämisen soveltuvuus osana Tulppa-avokuntoutusta

Hyötyjä ja haittoja, esteitä

Sähköisen terveystiedon hyödynnettävyys

Liite 5. Omahoidon digitaidot työpaja, PowerPoint -esitys



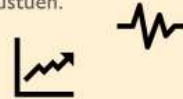
SÄHKÖINEN TERVEYSTIETO

Hyödyllisiä linkkejä:

- Luotettava terveystieto
- Duodecimin Terveyskirjasto www.terveyskirjasto.fi; tarjoaa luotettavaa, ajantasaista ja riippumatonta tietoa sairauksista ja terveydestä suomalaisten saataville
- Sydänliiton nettisivut: www.sydan.fi, (hyvinvoinnin ja sydänterveyden verkkopalvelu), <https://sydanliitto.fi/>, <https://sydanliitto.fi/tulppa>, sydänmerkki ruokavinkit: <https://www.sydanmerkki.fi/>
- Terveyskylä on erikoissairaanhoidon verkkopalvelu ja tarjoaa monipuolisesti tukea ja tietoa eri sairauksiin liittyen. Se on kehitetty yhteistyössä terveydenhuollon asiantuntijoiden ja potilaiden kanssa; <https://www.terveyskyla.fi/>, terveyskylässä erilaisia "taloja" kuten kuntoutumistalo <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo>, tietoa sydänsairauksista <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet>, tietoa lääkehoidosta <https://www.terveyskyla.fi/laaketalo/> ja painonhallinnasta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/>

OMA TERVEYSTIETO

- Suomessa käytössä oleva Omakanta- verkkopalvelu, jonka kautta mahdollista nähdä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjaamia tietoja sekä lääkityksen;
<https://www.kanta.fi/omakanta>
- Pohjois-Karjalassa käytössä oleva Siun soten tarjoama sähköinen Medinet -palvelu, jonka avulla voi päivittää omia terveystietoja (esim. paino, pituus ja verenpaineen & pulssin seuranta) Hyödyllinen omaseurantaan, nähtävissä kuvaajia omiin mittauksiin perustuen.
<https://medinet.pohjoiskarjala.net/>



OMAHOIDON TUKEMINEN



- Omahoidolla tarkoitetaan Käypä hoito –suosituksen (2014) mukaan potilaan itsensä toteuttamaa hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä ammattihenkilöiden kanssa ja sopii parhaiten potilaan sen hetkiseen tilanteeseen
- Omahoitoon sisältyvät tehtävät; lääketieteellinen hoito, roolin – ja tunteidenhallinta. Omahoidon taitoja; ongelmanratkaisu, päätöksenteko, voimavarojen hyödyntäminen, kumppanuuden muodostaminen potilaan ja ohjaajan välillä, toiminnan suunnittelu ja sopivan hoidon räätälöinti. (Lorig & Holman 2003, I.)
- Minäpystyvyys keskeistä, voimaantumisen helpottaa voimavarojen suuntaamisessa ja pystyvyys tunteena antaa luottamusta omiin kykyihin uuden elämäntilanteen hallinnassa (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009).



HARJOITUKSIA



- Yksin tai pienessä ryhmässä 2-3 henkeä; tutustutaan sivustoihin älypuhelimien tai kannettavan tietokoneen avulla
 - Tehdään kiinnostavia testejä, <https://sydan.fi/terveysmittaus/>
- Halutessaan voi harjoitella kirjautumista Medinet –terveyspalveluun, <https://medinet.pohjoiskarjala.net/>
- Käyttökokemuksia

Keskustelua, mitä hyötyä digitaalisista terveyspalveluista? Saako apua ja tukea omahoitoon? Millainen palvelu olisi tarpeellinen?

Miten voisin hyödyntää digitaalisia terveyspalveluita osana Tulppa-avokuntoutusta?



OPINNÄYTETYÖSTÄ

- Ryhmähaastattelu kokemuksista alustavasti helmi/maaliskuussa 2019
- Pilotointi on osa YAMK opinnäytetyötä JAMK ” Digitaaliset terveyspalvelut osaksi valtimotaudin ja sen riskitekijöiden omahoidon tukemista”
- Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää valtimotautia ja sen riskitekijöitä sairastavan potilaan omahoidon tukemisen kehittämistä digitaalisten terveyspalvelujen avulla
- Tavoitteena on tukea ja pyrkiä lisäämään Tulppa-avokuntoutukseen osallistuvien kuntoutujien valmiuksia digitaalisten terveyspalvelujen käyttämiseen osana omahoitoa ja ryhmämuotoista avokuntoutusta
- Opinnäytetyön toteutus koostuu kolmesta vaiheesta:
 - I teemahaastattelut ohjaajille ja vertaisohjaajalle →
Kehittämideoita digitaalisten terveyspalveluiden hyödyntämiseen
 - II Pilotointi digitaalisten terveyspalvelujen esittelyä & käyttökokeilua
 - III Ryhmähaastattelu palautteen keräämiseen ja arviointiin käyttökokemuksista
- Opinnäytetyö tehdään toimeksiantona Pohjois-Karjalan DigSote –hankkeelle
- Tutkimuslupa saatu kesäkuussa 2018 Siun sotelta

LÄHTEET

- Käypä hoito. 2014. Omahoidon määritelmä. Käypä hoito verkkosivusto. Viitattu 22.7 2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02107>.
- Lorig, K. & Holman, H. 2003. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioural medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26, 1, 1-7. Viitattu 17.9 2017.
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48418482/Self-management_education_history_defini20160829-5397-Igt03bb.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1505383911&Signature=V80nHX1yNMhQI5CrILGexfiHic%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSelf-management_education_History_defini.pdf.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 9.5 2017.
http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf.