

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysala

Kliininen asiantuntija

2018

Jennika Latvala

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN DIGIHOITOPOLUN KEHITTÄMINEN

TURKU AMK 
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

Jennika Latvala

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN DIGIHOITOPOLUN KEHITTÄMINEN

Päänsärkypotilaat ovat viidenneksi yleisin potilasryhmä neurologian poliklinikalla Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitoaika vaihtelee alle vuodesta useampaan vuoteen. Virtuaalisairaala 2.0 -hankkeen tavoitteena on kehittää eri sairausryhmille yliopistollisten sairaaloiden kesken virtuaalisairaala. Päänsärkypotilaille tavoitteina ovat, että nykyinen hoitoaika puolittuu ja terveysalanpalvelut ovat paremmin saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kartoittaa, miten päänsärkypotilaat kokevat Terveyskylän Aivotalon digihoitopolun suunnitellun sisällön ja keston, sekä mitä muuta sisältöä he toivoisivat digihoitopolulle. Kehittämisprojektin tutkimukselliseen osuuteen liittyi päänsärkypotilaille suunnattu kyselytutkimus (n=32). Tulosten perusteella luotiin malli potilaslähtöiselle päänsärkypotilaan digihoitopolulle. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi lisäksi yhden avoimen kysymyksen. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen.

Tulosten mukaan potilaat pitivät tärkeinä sisältöinä päänsärlyn digihoitopolulle jo aiemmin suunniteltuja toimintoja, kuten fysioterapeuttista osiota ja yksityisviestin lähettämismahdollisuutta valmentajalle. Näiden lisäksi kyselyyn vastanneet kokivat tarpeelliseksi ravitsemusta koskevan osion ja tieto-osion muun muassa erilaisiin päänsärkytyyppeihin ja niiden hoitomuotoihin liittyen. Lisäksi sisällön toiveena esitettiin elämänhallinnan ohjaus ja tukea uravalintoihin.

Tässä kehittämisprojektissa syntyneitä tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa päänsärlyn digihoitopolun kehittämisessä ja päivittämisessä. Lisäksi jatkossa on mahdollista toteuttaa laaja käyttäjäkyselytutkimus, kun päänsärkypotilaan digihoitopolku on saatu pysyväksi osaksi neurologian poliklinikan päivittäistä toimintaa.

ASIASANAT:

digitalisaatio, digihoitopolku, virtuaalisairaala, päänsärkypotilas

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being

2018 | 40 pages, 3 appendices

Jennika Latvala

DEVELOPING OF HEADACHE PATIENT DIGITAL CARE PATH

Headache patients are the fifth most common patient group at the Neurology outpatient clinic in Helsinki University Hospital. The treatment period varies from under one year to several years. The aim of project is to develop a virtual hospital among the university hospitals. The goals concerning headache patients are that the current treatment time is halved and health services are better available regardless of time and place.

The aim of this project was to find out how headache patients experience the planned content and duration of the Health Center Aivotalo digital care path and what other contents they would like to be included as part of the digital care path. This development project used a survey as a study method to gather information on the headache patients (n=32). Based on the study results, a model for a patient-oriented digital care path for a headache patient was created. Headache patient was constructed on the digital care path.

The study data was collected using a structured questionnaire, which included one open question. The data was analysed using SPSS program. According to the results, patients considered the previously planned functions of the headache digital care path as important, such as the physiotherapeutic section and the ability to send a private message to the nurse. In addition, the respondents felt it was important to include parts related to nutrition and information on different types of headaches and their treatment. Additional wishes included support for life management and career choices.

The results of this project can be utilized in the future development and updating of the digital care path for headache patients. In addition, it is possible to implement an extensive user survey in the future as the headache patient care path has become a part of the daily activities of the Neurology outpatient Clinic.

KEYWORDS:

digitalization, digital care path, virtual hospital, headache patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Kohdeorganisaation kuvaus	2
2.2 Päänsärkysairaanhoidtaja neurologian poliklinikalla HYKS:ssä	3
2.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	4
3 KIRJALLISUUSKATSAUS	6
3.1 Päänsärkypotilaan hoitopolku	6
3.2 Sähköiset palvelut terveydenhuollossa ja digitalisaatio	7
3.3 Sairaanhoidtajan rooli ja ohjausosaaminen sähköisissä palveluissa	10
3.4 Päänsärkysairaanhoidtajan tehtävänkuvan kehittäminen	10
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	12
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	14
5.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	14
5.2 Tutkimusmenetelmä	15
5.3 Kohderyhmä	15
5.4 Aineistonkeruu ja analyysi	16
6 TULOKSET	18
6.1 Taustamuuttajat	18
6.2 Yhteydenpito digihoitopolulla	23
6.3 Oikeanlainen särkylääkkeiden käyttö ja lääkkeettömät kivunhallintakeinot	24
6.4 Lääkkeettömät kivunhallintakeinot ja digihoitopolun kesto	25
6.5 Potilaan toiveet ja tarpeet	26
7 PÄÄNSÄRKYPOTILAAN DIGIHOITOPOLKU	28
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
8.1 Eettisyys	30
8.2 Luotettavuus	31

9 POHDINTA	33
9.1 Tulosten pohdinta	33
9.2 Kehittämiprojektin pohdinta	36

LÄHTEET	38
----------------	-----------

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Tutkimustiedote
- Liite 3. Kyselylomake

KUVIOT

Kuvio 1. Nykytilanne HYKS:n neurologian poliklinikalla	11
Kuvio 2. Kehittämiprojektin eteneminen	13
Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma	19
Kuvio 4. Koulutus	20
Kuvio 5. Päänsärkytilanteen kesto	21
Kuvio 6. Tietokone ja tietotekniikka käyttövalmiudet	22
Kuvio 7. Elämäntilanne	23
Kuvio 8. Kyselylomakkeen kysymykset 1-4.	24
Kuvio 9. Kyselylomakkeen Kysymykset 5-8.	25
Kuvio 10. Kyselylomakkeen kysymykset 9-13.	26
Kuvio 11. Päänsärkypotilaan digihoitopolku kehittämissuorituksen tulosten mukaan (Latvala 2018).	29

1 JOHDANTO

Migreeniä ja kroonista päänsärkyä sairastavat potilaat muodostavat viidenneksi yleisemmän potilasryhmän neurologian poliklinikalla. Päänsärkypotilaan keskimääräinen hoitoaika neurologian poliklinikalla on 1,8 vuotta ja virtuaalisairaalan tavoitteena on, että potilaan hoitoaika lyhenee lähes puolella. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017.) Päänsärkypotilailla on usein muitakin liitännäissairauksia, jotka vaikuttavat esimerkiksi potilaiden työkykyyn. Kroonista migreeniä sairastavilla on todettu ylipainoa, psykiatrisia liitännäissairauksia, alempi koulutustaso sekä heikompi sosioekonominen tilanne. (Adams ym. 2014, 563- 567.)

Mobiilisovellusten tavoitteena on tarjota asiakkaalle yksinkertaista, helppoa ja runsasta sisältöä. Suomi on maailman kärkipäässä hyödyntäessään tietotekniikkaa terveydenhuollossa. Huomioitavaa on, että terveyteen liittyvissä mobiilisovelluksissa on riskejä, jotka liittyvät esimerkiksi potilasturvallisuuteen ja luotettavuuteen. (Holopainen 2015, 1, 3-4.) Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen tavoitteena (vuosina 2016 -2018) on, että jokainen saa palveluita ajasta tai maantieteellisistä seikoista riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Suomessa MHealth teknologia ja terveystalvclujen digitalisoituminen ovat osa valtakunnallista yliopistosairaaloitten virtuaalisairaalan kehittämistä. MHealth teknologian kehittyminen haastaa myös terveydenhuollon ammattilaisia ja palvelujen tarjoajia. Sähköiset palvelut tulevat osaksi hoitotyötä, jolloin sairaanhoitajilta vaaditaan uudenlaista osaamista. Sairaanhoitajalla tiedonhallinta ja verkkolukutaito ovat tärkeässä asemassa asiakkaiden turvallisen hoidon takaamisessa. (Ahonen ym. 2015,5-6.)

Tämä kehittämissprojekti on osa Virtuaalisairaala 2.0-hanketta, jossa kehitetään yliopistollisten sairaaloitten kesken virtuaalisairaala Terveyskylää (HUS Virtuaalisairaala 2.0-hanke 2016-2018). Projektin tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli kehittää päänsärkypotilaan digihoitopolkua Terveyskylän Aivotaloon asiakaslähtöisesti. Tarkoituksena oli kartoittaa kyselyllä päänsärkypotilaiden tarpeita ja odotuksia digihoitopolulle. Kyselystä saatuja tuloksia hyödynnettiin digihoitopolun sisällön ja keston laatimisessa päänsärkypotilaille. Digihoitopolun kehittäminen edellyttää jatkossa myös päänsärkysairaanhoidajan toimenkuvan ja tehtävänkuvan tarkastelua. Sairaanhoidajan tehtävänk kuva tulee muuttumaan neurologian poliklinikalla Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa digitalisaation integroiduttua poliklinikan toimintaan.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) neurologian poliklinikalle. Päänsärkypotilaat tulevat neurologian poliklinikalle aina lääkärin läheteellä hoidon arviointiin joko perusterveydenhuollosta, työterveyshuollosta tai yksityiseltä lääkäriasemalta. Tulevaisuudessa osastonylilääkäri tai ylilääkäri valitsevat lähetteen perusteella digihoitopolkuun sopivat potilaat.

Vuoden 2015 neurologian poliklinikan tilastojen mukaan hoitotapahtumia oli n. 25 000, joista henkilökäyntejä oli vajaa 12 000. Päänsärky-diagnoosi kuului viiden yleisimmän diagnoosin joukkoon: päänsärky- diagnoosilla potilaskäyntejä oli 9 % kaikista neurologian poliklinikan käynneistä. Epilepsia, multippeliskleroosi, Parkinson, dystonia ja migreeni kattavat noin puolet neurologian poliklinikan käynneistä. (HYKS Neurologian poliklinikka 2017.) Suomessa aikuisista päänsärkypotilaista ei ole juurikaan muuta tutkimustietoa kuin genetiikan puolelta, mutta tästä huolimatta päänsärkypotilaan hoidon kehittämistarve on tunnistettu. 1-2 % maailman väestöstä kärsii kroonisesta päivittäisestä päänsärystä tai lääkepäänsärystä (Färkkilä 2015, 2).

Erityisesti Tanskassa on tehty paljon päänsärkytutkimusta ja tanskalaisen tutkimuksen mukaan 3,3 % tanskalaisesta väestöstä, jotka kärsivät kroonisesta päänsärystä käyttävät lääkkeitä lähes päivittäin. Tämä nosti heidän riskiään lääkkeiden liikkäyttöön päänsärlyn hoidossa. (Westergaard ym. 2014, 2013.) Kroonista päänsärkyä sairastavilla on useimmiten muitakin terveysongelmia. Kroonista migreeniä sairastavilla on todettu tilastollisesti enemmän ylipainoa, psykiatrisia liitännäissairauksia, alempi koulutustaso sekä taloudellisesti heikompi tilanne kuin muilla kroonista päänsärkyä sairastavilla. (Adams ym. 2014.) Liikaa lääkkeitä käyttävien päänsärkypotilaiden hoitoon on laadittu malli, joka koostuu kolmesta vaiheesta 1) potilaan koulutus ja informointi, 2) riskitekijöiden tunnistaminen ja 3) käyttäytymisen ja motivaation muuttaminen (Andrasik ym. 2009, S91.)

Tämä kehittämisprojekti oli osa neurologian poliklinikan kehitystyötä sairaanhoitajan näkökulmasta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Tätä varten perustettiin työryhmä virtuaalisairaala Terveyskylän Aivotaloa varten. Työryhmässä kehitetään päänsärkypotilaiden hoitopalvelukokonaisuutta ja digihoitopolkua virtuaalisairaalassa. Projektiryhmään kuuluu neurologeja, päänsärkyhoitajia, neuropsykologeja, fysioterapeutteja ja

sihteereitä. Kehittämiprojektin ohjausryhmään kuuluivat osastonhoitaja, neurologi, ylempään ammattikorkeakoulun edustajana opinnäytetyön ohjaaja ja projektipäällikkö.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoihin kuuluvat potilaslähtöisyys, ihmisten yhdenvertaisuus, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus, avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. Sairaanhoitopiirin asettamia päämääriä vuosille 2012-2016 olivat esimerkiksi oikea-aikainen hoito ja tiivistyvä kumppanuus perusterveydenhuollon kanssa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

2.2 Päänsärkysairaanhoitaja neurologian poliklinikalla HYKS:ssä

Neurologian poliklinikalla päänsärkyhoitajalta vaaditaan kahden vuoden työkokemus sairaanhoitajana. Lisäksi päänsärkyhoitajan täytyy lisäkouluttautua säännöllisesti erityisesti, kun digitalisaatio tulee osaksi neurologian poliklinikan toimintaa. Tulevaisuudessa päänsärkyhoitaja hoitaa potilaita osittain digihoitopolulla. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin virtuaalisairaala Terveyskylän vaatimusten mukaan eri ammattiryhmien toimenkuvia uudelleen muotoillaan. Terveyskylä sisältää eri erikoisalojen itsehoito-ohjelmia. Päänsärkysairaanhoitajan toimenkuvaa uudelleen muotoillaan myös käyntipoliklinikalla, sillä päänsärkyhoitaja alkaa tulevaisuudessa esimerkiksi pistämään botuliini-injektioita potilaille migreeni-indikaatiolla.

Sairaanhoitajan vastaanottotoiminnassa on ilmennyt kehittämistarpeita, sillä sairaanhoitajan tulevaan vastaanottotoimintaan liittyy osittaista tehtävänsiirtoa lääkäreiltä. Sairaanhoitajan vastaanotto ei korvaa lääkärin vastaanottokäyntiä, mutta voi toimia tukena potilaan hoidossa. Lisäksi kehittämissuunnitelmaan liittyi tutkimuksellinen osuus, jonka tarkoituksena oli kehittää digihoitopolku potilaiden kannalta mahdollisimman toimivaksi. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin tammi- huhtikuussa vuonna 2018 strukturoituna kyselytutkimuksena päänsärkypotilaille. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös digihoitopolun ylläpidossa.

Tällä hetkellä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neurologian poliklinikalla päänsärkyhoitajana toimii sairaanhoitajakoulutuksen omaava henkilö. Päänsärkyhoitaja pitää yhtenä päivänä viikossa itsenäistä potilasvastaanottoa, mikä toimii tukena lääkärin vastaanotolle potilaan hoidon ajan. Päänsärkyhoitajan vastaanotolla käydään läpi potilaan täyttämä päänsärkypäiväkirja sekä lisäksi potilas täyttää valitut kyselyt kuten esimerkiksi

elämäntapoihin ja kivun arviointiin liittyvät kyselyt. Vastaanotolla kartoitetaan potilaan sen hetkinen tilanne kokonaisvaltaisesti ja tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä.

Päänsärkyhoitajan tulee käydä sovitut koulutukset ja lopuksi osaamisen varmentaminen tehdään joko suullisesti tai kirjallisesti klinikan ohjeiden mukaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017.) Lisäksi pääsärkyhoitajana toimiminen vaatii itsensä lisäkoulutautumista tietyin väliajoin. Päänsärkyhoitajalle maksetaan KVTES:n mukainen tehtävänlisä tehtävän vaativuuden mukaan.

Tulevaisuudessa digihoitopolun ansiosta päänsärkyhoitajalla on mahdollisuus valmentaa useita päänsärkypotilaita kerralla. Suunnitteilla on, että päänsärkyhoitaja työskentelee 20- 40 % työajastaan digihoitopolulla. Kerrallaan potilaita voi olla noin 60 yhtä valmentajaa eli päänsärkyhoitajaa kohden. Potilas voi olla osittain tai kokonaan digihoitopolulla. Digihoitopolun kestoksi oli suunniteltu kahdeksan kuukautta, mutta suunniteltu kesto voi muuttua tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisesta osuudesta saadun tiedon perusteella. Päänsärkyhoitajalla on tarvittaessa mahdollisuus konsultoida lääkäriä digihoitopolulla olevan potilaan tilanteesta.

Potilaan digihoitopolkuun on Virtuaalisairaala 2.0-hankkeeseen liittyen tarkoitus sisällyttää oirenavigaattori, särkylääkkeiden tarkistus päänsärkypäiväkirjan avulla, estolääkityksen valinta, seuranta päänsärkypäiväkirjan avulla, sovitut kyselylomakkeet ja yhteydenpito päänsärkyhoitajaan. Digihoitopolkuun on suunnitteilla lisäksi Chat ja vertaistuki-seinät. Tarvittaessa tulevaisuudessa on mahdollistaa terveyskeskuslääkärin, erikoislääkärin ja potilaan Skype-palaveri. Digihoitopolkuun liittyen on vielä avoimia kysymyksiä ja kehityksen alla olevia kohtia.

Potilasosion lisäksi Aivotaloon avataan ammattilaisille tarkoitettu oma osio. Ammattilaisille tarkoitettussa osiossa voivat asioida esimerkiksi muut päänsärkyhoitajat kansallisesti paikasta ja ajasta riippumatta. Tässä kehittämisprojektissa kohteena oli kuitenkin vain potilaan digihoitopolku

2.3 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämisprojektina toteutettavan opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päänsärkypotilaan digihoitopolku potilaan kannalta mahdollisimman toimivaksi. Yhtenä tavoitteena oli, että tämän kehittämisprojektin tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa päänsärkysairaanhoitajan tehtävänkuvan

kehittämisessä virtuaalisairaalaan. Päänsärkypotilaat oli rajattu tässä tutkimuksessa seuraavasti: migreeniä, tensionaalista päänsärkyä, lääkepäänsärkyä sairastavat potilaat ja potilaat, joilla on vähintään kahdeksan päänsärkypäivää kuukaudessa.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli, että päänsärkypotilaalla on sisällöltään ja kestoaltaan toimiva digihoitopolku. Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli saada tietoa potilailta siitä, mitkä tekijät päänsärkypotilaan digihoitopolussa olivat potilaan kannalta merkityksellisiä ja mitä mieltä he olivat digihoitopolun sisällöstä sekä sen kokonaiskestosta.

Kehittämisprojektin pitkänajantavoite on, että tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää päänsärkypotilaan digihoitopolun sisällön kehittämisessä ja päivittämisessä ja tätä kautta digihoitopolku vastaisi paremmin potilaan hoidontarpeeseen ja saavutetut hoitotulokset olisivat pysyvämpiä.

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

Teoreettisen viitekehyksen pohjalta aloitetaan tutkimuksen suunnittelemisen. Tarkoituksena on, että kehikon avulla rajataan ja täsmennetään tutkittavaa asiaa. Kehikko on myös hyödyksi, kun aletaan muotoilla kysymyksiä. Kysymyksiä apuna käyttäen kerätään tutkimusaineistoa. (Tilastokeskus 2017.) Tutkimuksen alkuvaiheessa tutkija perehtyy tutkimuskirjallisuuteen. Tutkimuskirjallisuuden kautta tutkija tutustuu käsitteisiin ja kirjallisuus on apuna tutkimuksen menetelmävalinnoissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2016, 110.)

3.1 Päänsärkypotilaan hoitopolku

Päänsärkypotilaan on hakeuduttava hoitoon, mikäli itsehoito ei auta tarpeeksi ja päänsärkykohtauksia on vähintään kerran viikossa. Hoitoon hakeutumista ei kannata siirtää, koska esimerkiksi migreeniin voidaan auttaa tehokkaalla estohoidolla. (Atula 2017.) 5 % väestöstä kärsii päivittäisestä tai lähes joka päiväisestä päänsärystä. Päänsärkypotilaat hoidetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, tarvittaessa päänsärkypotilas voidaan ohjata neurologian erikoislääkärille konsultaatioon. (Färkkilä 2008.) Joskus myös pään kuvantaminen on aiheellista (Duodecim 2015). Tyypillinen erikoissairaanhoidon päänsärkypotilas on työikäinen nainen, joka on kärsinyt päänsärystä jo pidemmän aikaa. Päänsärkypäiviä kuukautta kohden on yli viisitoista tai kestoaltaan hoitamaton päivittäinen päänsärky kestää yli neljä tuntia (Färkkilä 2008).

Mikäli potilaalla on krooninen päivittäinen päänsärky, on tärkeää poissulkea muita syitä mitkä voivat aiheuttaa päänsärkyä. Krooniset infektiot, hampaiden ja suun alueen sairaudet, aivokasvain ja muut kallo-kuulo-alueen sairaudet on tärkeää huomioida erotusdiagnostiikassa. On kuitenkin huomioitavaa, että yksittäinen tärkein syy päivittäiseen päänsärkyyn on särkylääkkeiden liikakäyttö. Päänsärkypotilaan tärkeimpiä hoidon alueita on särkylääkkeistä vieroittautuminen ja siinä tukeminen. Lääkevieroituksen jälkeen on tärkeää suunnata hoito primaariin päänsärkysairauteen. (Färkkilä 2005.)

Päänsärkypotilaan hoitopolkua kehitetään digitalisaation avulla potilaslähtöisemmäksi ja tämän avulla pyritään vastaamaan paremmin potilaan tarpeisiin ja odotuksiin. Päänsärkypotilaan digihoitopolkua on ollut rakentamassa eri ammattiryhmien osaajia yliopistosairaaloiden kesken. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018.) Päänsärkypotilaan

hoitopolussa on huomioitava, että harvoin vain pelkkä lääkehoito riittää hoitokeinoksi vaan lääkkeettömät hoitokeinot, kuten fysikaaliset ja psykologiset hoitokeinot ovat myös tehokkaita, joillakin potilailla jopa tehokkaampia kuin lääkehoito (Färkkilä 2016). Huomiointavaa on, että migreeniä sairastavan potilaan kannattaa kiinnittää huomiota elämäntapoihin kuten uneen, stressiin ja alkoholin käyttöön. Säännöllinen liikunta auttaa myös positiivisesti migreenikohtauksien määrään. (Färkkilä 2013.)

3.2 Sähköiset palvelut terveydenhuollossa ja digitalisaatio

Sähköiset palvelut terveydenhuoltojärjestelmässä eivät ole vielä kohdanneet digitalisointia laajassa mittakaavassa. Tieto muutetaan vähitellen digitaaliseen muotoon ja tarvittavat välineet päivitetään (Forsvik & Voipio 2018, 24). Sähköisten palveluiden avulla terveydenhuolto kykenee pienempien resurssien avulla palvelemaan suurempaa potilasmäärää. Digitalisaation mukaan ottamisella tulee olla positiivinen vaikutus terveydenhuollossa. Vaikka digitalisaatio tulee integroitumaan osaksi terveydenhuoltoa ei silti vähennä terveydenhuollon ammattilaisten läsnäoloa potilaan hoidossa. Potilas tulee kuuluksi, vaikka väline onkin sähköinen. Sähköisiä terveydenhuollon palveluita ovat Mhealth joka on mobiilinen palvelu ja Ehealth joka on elektroninen palvelu.

Sähköiset palvelut tuottavat luotettavaa tietoa itsehoitolääkkeistä. On tärkeää ohjata väestöä eri tietolähteiden muiden sähköisten palveluiden käyttöön. (Puumalainen & Airaksinen 2016, 2.)

Sähköiset palvelut ovat lisääntymässä terveydenhuollossa. Digitaalisten palvelujen tarjonnassa potilaille hyödynnetään MHealth teknologiaa (Euroopan komissio 2017), joilla tarkoitetaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä mobiilisovelluksia. MHealth teknologiaa kehittäessä yksi haasteista on potilaan käyttäytymisen muuttaminen ja sen ylläpitäminen. Tärkeänä asiana muutoksen onnistumiseen pidetään potilaan motivaatiota (Bhavanin, Narulan & Senguptan 2016, 1432).

Potilaiden kokemukset ja mielipiteet ovat arvokasta tietoa teknologian avulla uusien palveluiden kehittämisessä. Potilaiden palautteen avulla MHealth palveluista saataisiin toimivia niin, että ne tukisivat potilasta motivaation ylläpitämisessä ja hoitoon sitoutumisessa. Lähitulevaisuudessa digitalisaatio ulottuu kaikkialle terveydenhuollossa. Digitalisaation avulla potilaan hoitoa voidaan yksilöllistää ja vastata näin paremmin potilaan tarpeisiin lisäksi digitalisaation avulla potilaalle mahdollistetaan osallistuminen omaan

hoitoonsa ja näin potilaan passiivisuus vähenee. Uuden teknologian avulla diagnoosien ja sairauksien seurannassa tapahtuu kehitystä ja lisäksi kansanterveys ja -talous hyötyvät huomattavasti uudesta teknologiasta. (Mäkelä & Mäkijärvi 2017, 435-436.)

Digitalisaatio käsitteenä viittaa sähköisten etäyhteyksien mahdollistavien teknologioiden yleistymiseen arkielämän toiminnoissa (Koiranen ym. 2016, 24). Digitalisaation avulla toimintaa pystytään muuttamaan huomattavasti tietotekniikkaa apuna käyttäen. (STM 2016.) Lisäksi saadaan vähennettyä tiloista aiheutuvia merkittäviä kustannussäästöjä. Terveystieteiden yhteistyötä voidaan digitalisaatiota apuna käyttäen lisätä toimipisteiden sijainnista riippumatta. (Nukari 2016.) Vuonna 2014 kartoitettiin kansalaisten kokemuksia digitaalisista terveystalouksista. Digitalisaatio mahdollistaa, että ihmiset pystyisivät asioimaan sähköisesti paikasta riippumatta. Tavoitteena on, että asiakas pystyy sähköisessä muodossa varaamaan aikansa, viestimään turvallisesti, seuraamaan asiakäsittelyprosessia ja hakea etuuksia sekä palveluja. (Hyppönen ym. 2016, 20, 25.) Vuonna 2014 kansalaisille tehdyssä kartoituksessa sähköisesti tietokoneen välityksellä koko väestöstä 12 % oli ollut yhteydessä sairaanhoitajaan tai lääkäriin. Alemmin koulutetut henkilöt asioivat sähköisesti kolme kertaa vähemmän kuin korkeasti koulutetut henkilöt. Sähköinen asiointimahdollisuus säästi vuodessa n. 1,37 terveydenhuollon kontaktia. (Hyppönen & Ilmarinen 2016, 2.)

Tulevaisuudessa sairaaloiden täytyy olla innovatiivisia, sillä vain pelkkä uuden teknologian käyttöönotto ei riitä. Teknologian käyttäjien on tärkeää osallistua kehitysprosesseihin, koska uusien järjestelmien toimintatavat ja niiden omaksuminen edesauttavat, että teknologiasta saadaan mahdollisimman hyvä hyöty. (Mäkelä & Mäkijärvi 2017, 435 - 436.) Virtuaalisairaala kehittää terveystalouksia asiakaslähtöisemmäksi. Digitaalisten terveystalouksien tarkoituksena on täydentää kasvokkain tapahtuvia palveluita. Digitaaliset palvelut eivät ole paikkasidonnaisia vaan niitä voivat hyödyntää etäisyyksistä riippumatta. (Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Chat ja vertaistukiseinä ovat täysin uusia tukimuotoja kroonisen päänsäryn hoidossa ja siksi potilaan mielipide on arvokasta tietoa ja sitä halutaan kysyä. Chat on myös uusi yhteydenpitoväline hoitajan suuntaan, jonka vuoksi halutaan tietää, miten potilaat suhtautuvat tähän. Vertaistuki on tärkeää sairastuneen potilaan hoidossa. Vertaistukiseinä on uusi digitaalinen sovellus vertaistuesta ja sen vuoksi halutaan tietää, miten päänsärkypotilaat suhtautuvat tähän.

Digitalisaatiolla tarkoitetaan, että sen avulla toimintaa pystytään muuttamaan huomattavasti tietotekniikkaa apuna käyttäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Digitaalisten palveluiden kehittämisessä on tärkeää huomioida asiakaslähtöisyys, ja että palvelut vastaisivat kullekin kohderyhmälle tarkoitettuja palveluita. Huomioitavaa on, että teknologian avulla tarjottavat välineet jäävät usein melko yleiselle tasolle, koska kohderyhmä on yleensä suuri. Aikaisimpien tutkimuksien mukaan internetin välityksellä tarjottavan palvelun taustalla on tärkeätä, että potilaalla on lisäksi mahdollisuus olla yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen. (Miettinen 2016, 60).

Kansallisen tutkimuksen mukaan asiakkaat pitivät sähköisissä palveluissa tärkeimpinä asioina helppoutta, nopeutta ja virheettömyyttä. Vain vajaa kolmasosa vastaajista (n=4703) oli sitä mieltä, että asiointi omasta kodista lisäsi turvallisuudentunnetta. (Hyppönen ym. 2014, 66). Toisen kansallisen tutkimuksen mukaan sähköisesti tietokoneen välityksellä koko väestöstä 12 % oli ollut yhteydessä sairaanhoitajaan tai lääkäriin. Alemmin koulutetut henkilöt asioivat sähköisesti kolme kertaa vähemmän kuin korkeasti koulutetut henkilöt. Sähköinen asiointimahdollisuus säästi vuodessa n. 1,37 terveydenhuollon kontakta. (Hyppönen & Ilmarinen 2016, 2.)

Päänsärkypotilaan hoito on moniammatillista ja aikaa vievää (Kallela 2016, 3081). Päänsärkypotilaan hoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota myös potilaan elämäntapoihin sekä mahdollisiin stressitekijöihin (Atula 2016, 2). Migreenin estohoidon lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat liikunta, fysioterapia ja rentoutus. Migreeniä sairastavan potilaan kannattaa kiinnittää huomiota myös siihen onko töissä mahdollisesti jokin tekijä, mikä ylläpitää migreeniä. (Färkkilä 2013, 2.) Pelkkä lääkehoito ei auta kroonisen päänsärkypotilaan hoidossa (Färkkilä 2008, 3199).

Rosenlundin ja Kinnusen laatiman kirjallisuuskatsauksen mukaan ikäihmiset ovat kiinnostuneita käyttämään sähköisiä terveydenhuollon palveluita. Iäkkäillä on kumminkin suuria eroja tietoteknisissä taidoissa. Ikäihmiset pitivät tärkeänä, että heillä on tekninen tukihenkilö, johon olla yhteydessä tarpeen vaatiessa. (Rosenlund & Kinnunen 2018, 269.)

Suomessa on otettu käyttöön jo useita sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kuten sähköinen resepti, erilaiset sähköiset lomakkeet ja esimerkiksi mahdollisuus olla omahoitajaan yhteydessä internetin välityksellä. Tilastokeskuksen mukaan esimerkiksi vuonna 2014 marraskuussa suomalaisista lähes 90 % käytti internetiä. (Jauhiainen & Sihvo 2014, 41.)

3.3 Sairaanhoidajan rooli ja ohjausosaaminen sähköisissä palveluissa

Potilasohjaus on olennainen osa sairaanhoidajan työnkuvaa erityisesti poliklinikoilla ja sen tulee kehittyä digitalisaation myötä niin, että se tukee ja vastaa potilaan tarpeita sekä odotuksia sähköisissä terveydenhuollon palveluissa.

Sairaanhoidajan ohjausosaaminen on vielä alhaisella tasolla, mutta mitä enemmän sähköisiä palveluita otetaan käyttöön terveydenhuollossa sitä enemmän ja syvällisemmin hoitohenkilökuntaa tulee perehdyttää uuteen toimintamalliin. HUS järjestää henkilökunnalle työpajoja, jotka antavat valmiudet toimia digitaalisessa hoitoympäristössä. Lisäksi omassa yksikössäni on mahdollista perehdyttää muita päänsärkypotilaan digihoitopolulla toimimiseen sen jälkeen, kun pilotointi ja testausvaihe on suoritettu. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Sairaanhoidajalta vaaditaan niin sanottua digitaalista lukutaitoa. Alkuvaiheessa sairaanhoidaja voi olla pienissä määrin osana sähköisiä terveydenhuollon palveluita, mutta tulevaisuudessa toimenkuva tulee olemaan laajempi. Suunnitelmissa on, että aluksi helpoimmat työt digitalisoidaan (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018).

Sairaanhoidajan on tärkeää tunnistaa esimerkiksi riskipotilas digihoitopolulta. Aurallisesta migreenistä kärsivä nuori naispotilas on yksi hyvä esimerkki riskipotilaasta eli on hyvä kartoittaa muutkin mahdolliset riskitekijät kuten ylipaino ja tupakointi. On tärkeää huomioida ja suunnitella lääkkeetön ja lääkkeellinen hoito kokonaisvaltaisesti. (Sumelahti 2013, 350.)

3.4 Päänsärkysairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittäminen

Sairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittämisen tarkoituksena on vastata paremmin tulevaisuuden haasteisiin. Työnkuvan kehittämisenä on myös tarkoituksena, että sairaanhoidajan työnkuva vastaisi koulutusta ja osaamista paremmin (Halonen 2012, 3).

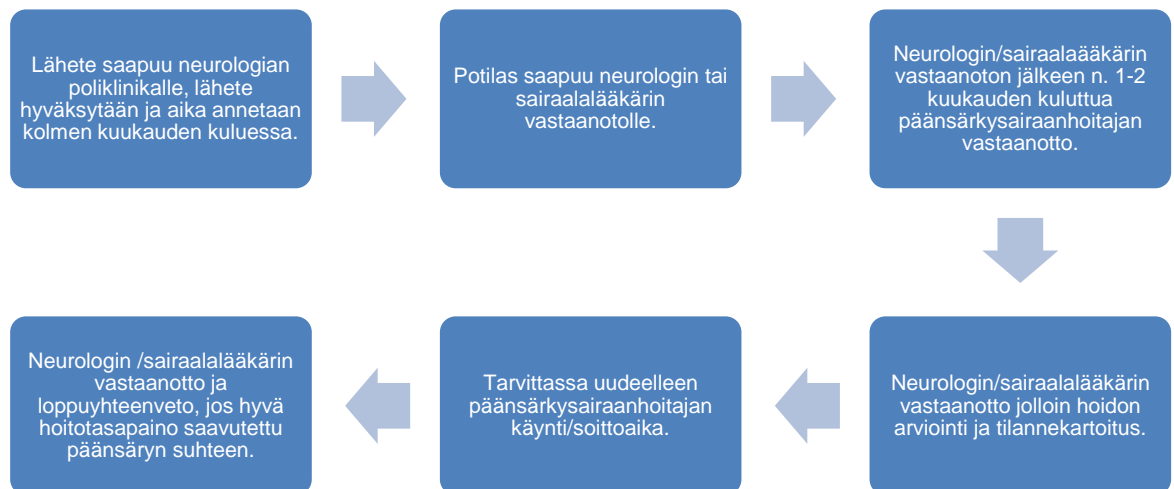
Perusterveydenhuollossa sairaanhoidajien itsenäinen vastaanotto toiminta on jo ”löytynyt paikkansa”. Hoitajavastaanottojen odotetaan yleistyvän, ja samalla heillä on tukena lääkäreiden etäkonsultaatio mahdollisuus. (Liimatainen 2009, 10.)

Tehtävät ja vastualueet heijastavat sairaanhoidajien ainutlaatuista tietämystä, kokemuksia ja näkemyksiä. Kehittyvä tekniikka ja sairaanhoidajien ammatilliseen harjoitteluun

käytettävät muutosprosessit heijastuvat sekä uusien, että kokoneiden sairaanhoitajien laajentuneisiin osaamistarpeisiin. Kokoneet sairaanhoitajat kykenevät työskentelemään kaikissa hoidon ympäristöissä. (Swihart 2009.)

Lisäkoulutautuneen sairaanhoitajan koko osaamisen käyttöönotto on tärkeää. Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoiden määrän lisääminen antaisi mahdollisuuden siihen, että sairaanhoitaja voisi omalla vastaanotollaan hoitaa potilaan kokonaisvaltaisesti, eikä potilaan tarvitse välttämättä ohjautua lääkärin vastaanotolle. (Kotila ym. 2013, 20.) Tässä kehittämisprojektissa yhtenä päänsärkyhoitajan kehittämisalueena oli päänsärkyhoitajien itsenäinen toiminta, osallistuminen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja potilaan ohjaus digihoitopolulla, mikäli potilas on soveltuva digihoitopolulle eikä tarvitse välitöntä lääkärin vastaanottoa.

Kuviossa 1 esitetään lähetteen saapumisesta alkaen hoitosuhteen päättymiseen asti kohta kohdalta nykytilanne Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neurologian poliklinikalla.



Kuvio 1. Nykytilanne HYKS:n neurologian poliklinikalla

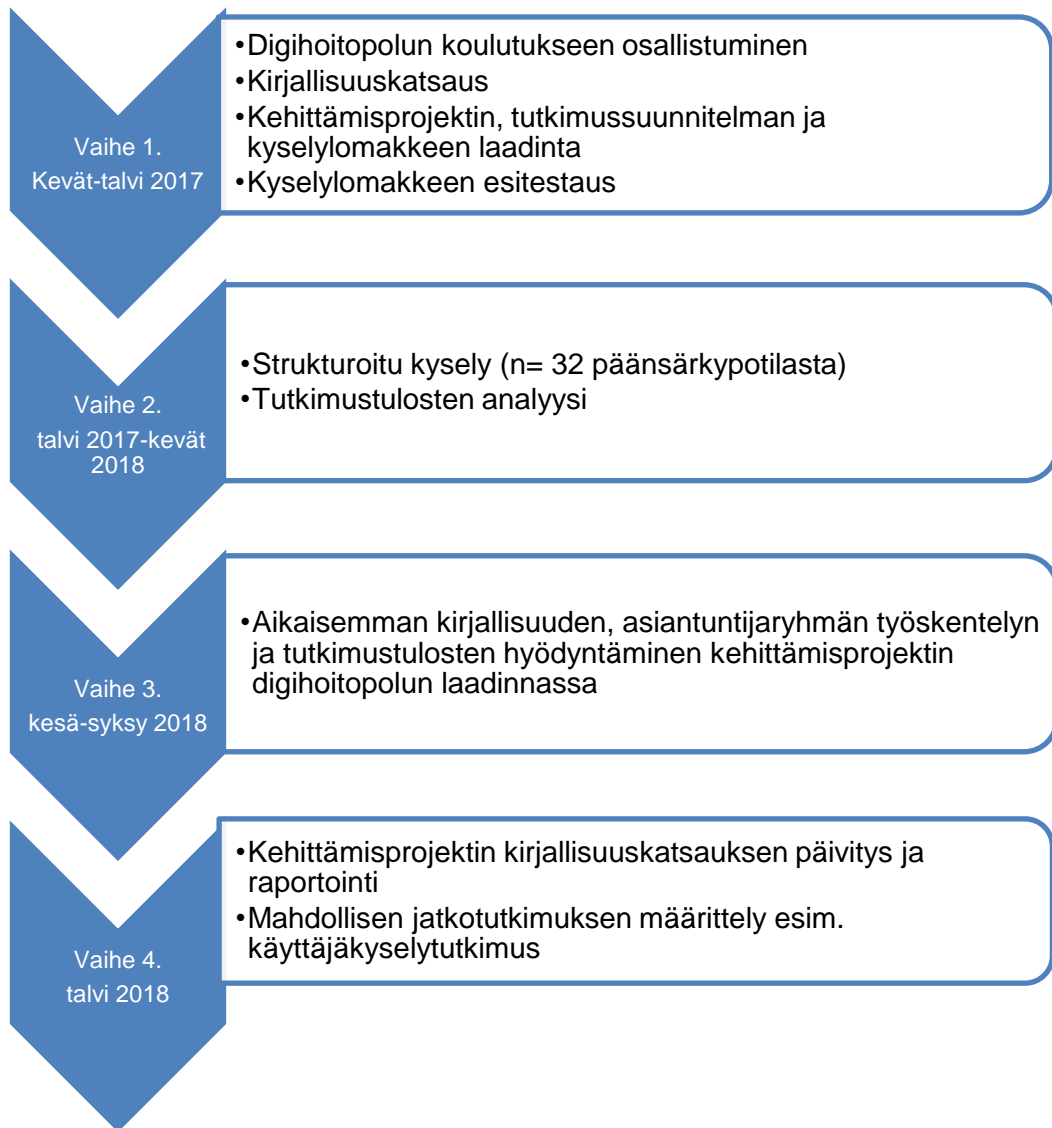
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämiprojekti käynnistyi syksyllä 2017. Kehittämiprojektin ohjausryhmä kokoontui ensimmäisen kerran 11.9.2017. Ohjausryhmään osallistuivat kehittämiprojektin ohjaaja ja yliopettaja Turun ylemmästä ammattikorkeakoulusta, neurologi ja osastonhoitaja neurologian poliklinikalta Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä sekä projektipäällikkö. Kehittämiprojektin toimeksiantosopimus allekirjoitettiin 15.12.2017 ja kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden tutkimusluvut myönnettiin Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä 18.12.2017 alkaen vuoden 2018 loppuun asti.

Projektipäällikkö esitteli alustavat suunnitelmat Power-Point esitystä tukena käyttäen. Ohjausryhmältä tuli useita korjaus- ja parannusehdotuksia. Korjausehdotukset olivat kehittämiprojektin tavoitteen ja tarkoituksen tarkempi määrittelemine. Ohjausryhmä halusi myös tarkennusta siihen, miten aineisto kerätään ja mitä tutkimustiedolla haetaan. Kyselylomakkeen kysymykset haluttiin yhteneväisiksi. Lisäksi vastaajien kriteereihin haluttiin tarkennusta. Palautetta tuli, että lähdeluettelo ei ollut laadittu kirjallisten ohjeiden mukaan lisäksi budjetti- ja julkaisusuunnitelma kaipasivat vielä tarkastelua. Marraskuussa kehittämiprojektin suunnitelma, tutkimussuunnitelma ja kyselylomake hyväksyttiin.

Kehittämiprojektissa ei käytetä ulkopuolista rahoitusta eikä siitä aiheudu merkittäviä kustannuksia tekijälle. Kehittämiprojektin raportti palautettiin marraskuussa 2018 jolloin se myös esitettiin seminaarissa Turun ammattikorkeakoulussa. Kehittämiprojekti julkaistaan Turun ammattikorkeakoulun Joukahaisenkadun kirjastossa sekä sähköisesti Theseus-verkkokirjastossa. Valmis kehittämistyö toimitettiin sähköisesti neurologian poliklinikalle Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan neurologian poliklinikalle.

Kehittämiprojektin vaiheessa 1 toteutettiin kirjallisuuskatsaus ja sen pohjalta laadittiin kehittämiprojektin suunnitelma sekä tutkimussuunnitelma. Lisäksi vaiheessa 1 laadittiin kyselylomake ja toteutettiin sen esitestaus. Vaiheessa 2 kysely toteutettiin 32:lla päänsärkypotilaalla ja sen jälkeen tutkimustulokset analysoitiin SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen. Vaiheessa 3 hyödynnettiin aikaisempaa kirjallisuutta, asiantuntijaryhmän työskentelyä ja tutkimustuloksia digihoitopolun sisällön ja päänsärkyhoitajan tehtävänkuvan laadinnassa ja kehittämisessä. Vaiheessa 4 tapahtui kehittämiprojektin kirjallisuuskatsauksen päivittäminen sekä kehittämiprojektin lopullinen raportointi. Kuviossa 2 on esitetty kehittämiprojektin eteneminen.



Kuvio 2. Kehittämisprojektin eteneminen

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

Tutkimuksen suunnitteluun sisältyy kolme vaihetta: suunnittelujakso sisältäen esimerkiksi metodivalinnat, kenttäjakso sisältäen esimerkiksi haastattelut ja lopuksi raportointijakso, jossa tutkittava asia jäsennetään kielellisesti. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 126).

5.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tarkoitus oli kerätä tietoa päänsärkypotilailta heidän tarpeistaan ja odotuksistaan digihoitopolulle. Tavoite oli, että saatava tutkimustieto tuottaa tietoa digihoitopolun rakentamiseen ja kestoon potilaan näkökulmasta. Tutkimus oli osa laajempaa projektia Helsingin - ja Uuden maan sairaanhoitopiirin Terveyskylä-hanketta. Tämän tutkimuksen tuloksia käytettiin Aivotalon päänsärkyosion potilaan digihoitopolun kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset voivat muuttua työn edetessä. Tutkimuskysymyksiä muuttaminen ei haittaa, mutta niillä on tärkeä rooli pitää työ kasassa. Tutkimuskysymystä on vaikea määrittellä, mutta se on selkeä ja yksiselitteinen. Kysymys on kiteytetty niin, että mitä aiheesta halutaan tutkia ja tietää. (Kvalimotv 2013.) Tutkimusta suunniteltaessa lopullinen aihe löytyy useiden harkinta- ja neuvotteluvaiheiden jälkeen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 66).

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä suunniteltuja palveluita päänsärkypotilaat pitivät tärkeinä digihoitopolulle?
2. Millaista sisältöä potilaat toivoivat digihoitopolulle?
3. Kumpaa, 8 vai 12 kuukauden, kestoa digihoitopolulle päänsärkypotilaat pitivät riittävänä?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineisto kerätään kyselyn muodossa. Kyselytutkimusta käyttäessä tarkoituksena on kerätä yleensä laajempaa aineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 180, 182.) Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden lähestymistapa oli määrällinen. Määrälliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimuksesta saatuja tuloksia tarkastellaan numeerisesti. Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, mittareiden käyttäminen sekä suuret vastaajamäärät. Määrällisessä tutkimuksessa tarkoituksena on selittää, vertailla, kuvata tai ennustaa sekä ilmiöitä, että ihmistä koskevia asioita. (Vilka 2007, 14, 19.) Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin strukturoidusti, otantamenetelmän ollessa kuitenkin tarkoituksenmukainen.

Kvantitatiiviselle eli määrälliselle tutkimukselle on olennaista, että vastaajamäärä on huomattava. Suuren aineiston avulla on mahdollista muodostaa havaintoja sekä siten selittää asioita numeerisesti. (Vilka 2007, 17.) Tässä tutkimuksessa kyselyjoukko ei ollut suuri, koska tarkoituksena tässä vaiheessa oli muodostaa kyselyaineiston avulla asiakaslähtöinen digihoitopolun rakenne ja keskeinen sisältö. Myöhemmin digihoitopolun arvioinnissa voidaan hyödyntää kokonaisotantaa keräten aineistoa ajallisesti pitkäkestoisemmin sekä ottaa mukaan kaikki digihoitopolun päänsärkyosiota käyttävät potilaat.

5.3 Kohderyhmä

Tämän tutkimuksen perusjoukko olivat kaikki neurologian poliklinikan päänsärkypotilaat, joita vuosittain käy vastaanotolla noin 1000. Päänsärkypotilaat oli rajattu tässä tutkimuksessa seuraavasti: migreeniä, tensionaalista päänsärkyä, lääkepäänsärkyä sairastavat potilaat ja päänsärkypotilaat, joilla on vähintään kahdeksan päänsärkypäivää kuukaudessa. Aineistonkeruun aikana tutkimukseen kutsuttiin 60 peräkkäistä neurologian poliklinikan potilasta, joilla oli jokin edellä mainittu diagnoosi. Arvioitu otos oli 60 potilasta. Tarkoituksena on, että otanta on pienempi kuin perusjoukko, mutta tulokset voidaan yleistää perusjoukkoon (Vehkalahti 2008, 43). Mukaanoton muut kriteerit: vastaajan oli oltava neurologian poliklinikan potilas ja hänellä tuli olla riittävä suomen kielen taito.

5.4 Aineistonkeruu ja analyysi

Kyselyä pidetään yhtenä perusaineistonkeruumenetelmänä, jonka tutkija itse yleensä kerää (Tuomi 2007, 137). Tutkimusaineisto kerätään ihmisiltä, jota tutkimus koskee. (Aaltola & Valli 2007, 91.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin sairaanhoitajan vastaanoton yhteydessä lääkärin vastaanoton jälkeen HYKS:n neurologian poliklinikalla tammi-huhtikuussa 2018. Suunnitellusta 60:stä vastaajasta 32 vastasi. Sairaanhoitaja näytti potilaalle havainnollistavan Power Point-videon, jossa kerrottiin mitä digihoitopolulla tarkoitetaan. Tämän jälkeen potilasta pyydettiin osallistumaan tutkimukseen ja kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista ja, että vastaaminen tarkoitti suostumusta tutkimukseen. Vastaaja jätti kyselylomakkeen sille tarkoitettuun lukittuun palautuslaatikkoon neurologian poliklinikalle sairaanhoitajan huoneeseen. Aineistoon ei päässyt käsiksi muut kuin tutkimuksen tekijä.

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa. Aineistosta analysoitiin frekvenssit ja prosenttiosuudet. Saatuja tuloksia voidaan havainnollistaa esimerkiksi diagrammeilla, mutta tärkein havainnollistamisväline on taulukko (Kananen 2008, 43.) Tämän tutkimuksen tulokset esitettiin taulukkomuodossa sekä pylväs- että piirakkakuvioiden ja kirjallisenä.

Kyselylomake täytyy laatia huolellisesti, sillä vastauksien jälkeen siihen on myöhäistä tehdä muutoksia (Vehkalahti 2008, 20). Kyselylomake oli laadittu tätä tutkimusta varten asiantuntijaryhmän avustuksella ja kyselylomakkeen kysymykset oli muodostettu sen perusteella mitä toimintoja päänsärkypotilaan digihoitopolulle on suunniteltu HUS:n omassa päänsärkypotilaan digihoitopolun projektiryhmässä. Kyselylomakkeen avulla kerätty tutkimusaineisto on yksi yleisimpiä ja perinteisimpiä tapoja. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että kysymykset on muotoiltu tarkasti, koska tämä vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen. (Aaltola & Valli 2007, 102.)

Kyselylomakkeen käyttämisessä on myös positiivista se, että tutkijalle ei jää tulkinnanvaraa, koska vastausvirheet jäävät yleensä pieniksi kyselylomaketta käyttäessä (Holopainen & Pulkkinen 2012, 42). Kyselyssä potilaalta kysyttiin yksityiskohtia, koska oli tärkeää, että potilas pystyisi vaikuttamaan digihoitopolun sisältöön ja sen keston. Tärkeintä on saada digihoitopolku toimivaksi potilaan kannalta. Mikäli potilaat eivät pidä tärkeinä kyselylomakkeessa esitetyjä asioita niin ne poistetaan digihoitopolulta tai niitä ei

oteta lainkaan käyttöön. Kehittämiprojektin tutkimuksellisella osuudella oli suuri merkitys päänsäryn digihoitopolun kehittämisessä.

Kyselylomakkeen muodossa kerättiin aineistoa siitä mitä mieltä potilaat olivat digihoitopolun suunnittelusta kestosta eli kannattivatko potilaat ennemmin kahdeksan kuukauden kestoista digihoitopolkua vai kahdentoista kuukauden kestoista digihoitopolkua sekä mitä mieltä potilaat olivat suunnitelluista osioista tulevaan päänsäryn digihoitopolkuun. Kysely oli strukturoitu kyselylomake, jossa vastausvaihtoehtona oli Likertin-arviointiaskeikko numeerisesti ja kirjallisesti (liite 3). Likertin asteikossa jokaiselle vastaajalle tulee löytyä sopiva vastausvaihtoehto (Valli 2015, 57). Kyselylomake täytyy laatia huolellisesti, ja testata ennen varsinaista aineistonkeruuta (Vehkalahti 2008, 20). Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajalta taustatiedot ikä, sukupuoli, koulutus, tietokoneen käyttövalmiudet ja kauanko vastaajan hankala päänsärkytilanne on kestänyt. Nämä ovat tyypillisiä kyselytutkimuksen taustatietoja (Vehkalahti 2008, 30).

Lomake muodostui yhdestä avoimesta kysymyksestä ja kolmestatoista strukturoidusta kysymyksestä, joihin vastattiin numeerisesti, numeroilla oli vastine myös kirjallisessa muodossa. Mikäli tutkija itse laatii kyselylomakkeen, on suotavaa, että kyselylomake esitestataan, koska esitestauksen avulla saadaan selville, että kyselylomake on varmasti toimiva ja ymmärrettävä (Aaltola & Valli 2007, 91). Esitestauksen jälkeen olisi antoisaa, mikäli tutkija pystyisi keskustella vastaajien kanssa ja saisi heti suoran palautteen mikä kyselylomakkeessa onnistui ja mikä ei (Aaltola & Valli 2007, 136).

Kyselylomake esitestattiin tammikuun alussa kolmella päänsärkyä sairastavalla. Esitestauksen avulla saatu palaute lomakkeen toimivuudesta oli positiivista. Kyselylomake oli ymmärretty oikein ja sitä pidettiin selkeänä ja ajallisesti sopivalta vastata. Esitestauksen perusteella kyselylomaketta ei ollut tarvetta muuttaa vaan vastaajat kokivat sen kaikella lailla toimivaksi. Kyselylomakkeen esitestausvastauksia läpi käydessä huomattiin, että vastaajat jättivät vastaamatta avoimiin kysymyksiin: kaksi kolmesta esitestaajasta jätti vastaamatta avoimeen kysymykseen. Avoimen kysymyksen sisältymistä kyselyyn pidettiin kuitenkin tärkeänä, joten yksi avoin kysymys säilytettiin kyselylomakkeessa esitestauksen huonosta vastausprosentista huolimatta. On olennaista kuulla vastaajalta, mikäli hänellä on jokin kehittämis ehdotus tulevaan päänsärkypotilaan digihoitopolkuun.

6 TULOKSET

Tutkimusaineistoa kerättiin sairaanhoitajan vastaanoton yhteydessä tammi-huhtikuussa 2018. 60 peräkkäistä neurologian päänsärkypotilasta kutsuttiin tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuneet vastaajat ovat olleet neurologian poliklinikan potilaita ja heillä oli jokin seuraavista sairauksista: migreeni, tensionaalista päänsärky, lääkepäänsärky tai vähintään kahdeksan päänsärkypäivää kuukaudessa. Vastaajilla on ollut riittävä suomen kielen taito.

Potilaille näytettiin Power-Point animaation avulla kuvioita mitä tulevalla päänsärkypotilaan digihoitopolulla tarkoitetaan, että vastaajalla on ollut jonkinlainen käsitys mistä digihoitopolussa on kyse. Power-Pointin näyttäminen potilaalle koettiin tärkeäksi osaksi aineistonkeruuta, koska suurin osa vastaajista ei ole ollut tietoinen virtuaalisairaala Terveyskylästä.

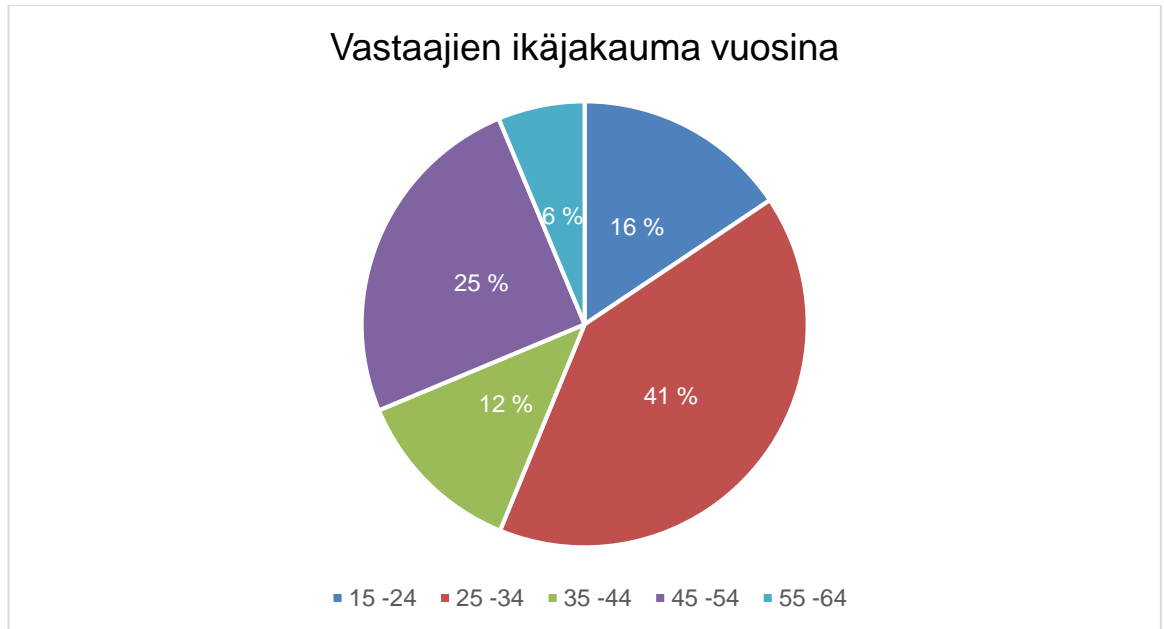
Vastaajia oli yhteensä 32/60, kuusi potilasta kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Kyselyyn osallistuneet vastaajat ovat olleet motivoituneita vastaamaan. Vastaajista kaikki olivat naispuolisia (94 %) kahta miesvastaajaa (6 %) lukuun ottamatta. Kyselylomakkeen strukturoiduissa kysymyksissä käytettiin vastausvaihtoehtoina Likertin-asteikkoa, jossa oli viisi vastausvaihtoehtoa (ei lainkaan tärkeä - ei kovin tärkeä - ei mielipidettä - melko tärkeä - erittäin tärkeä), mutta tuloksien analysointivaiheessa asteikko on tiivistetty neljään vaihtoehtoon (ei lainkaan tärkeä - ei kovin tärkeä – melko tärkeä - tärkeä) ei mielipidettä vastausvaihtoehto karsittiin pois, koska tämän huomioiminen väärentäisi tuloksia.

6.1 Taustamuuttujat

Tyypillistä on, että kyselylomake alkaa taustakysymyksillä, kuten iällä ja koulutuksella. Taustakysymykset ohjaavat vastaajaa ja toimivat pohjana. (Aaltola & Valli 2007, 103.) Tutkimustuloksia analysoidessa täytyi huomioida taustamuuttujat. Taustamuuttujia tässä tutkimuksessa olivat vastaajan ikä, sukupuoli, koulutus, tietotekniset käyttövalmiudet ja päänsäryn kesto.

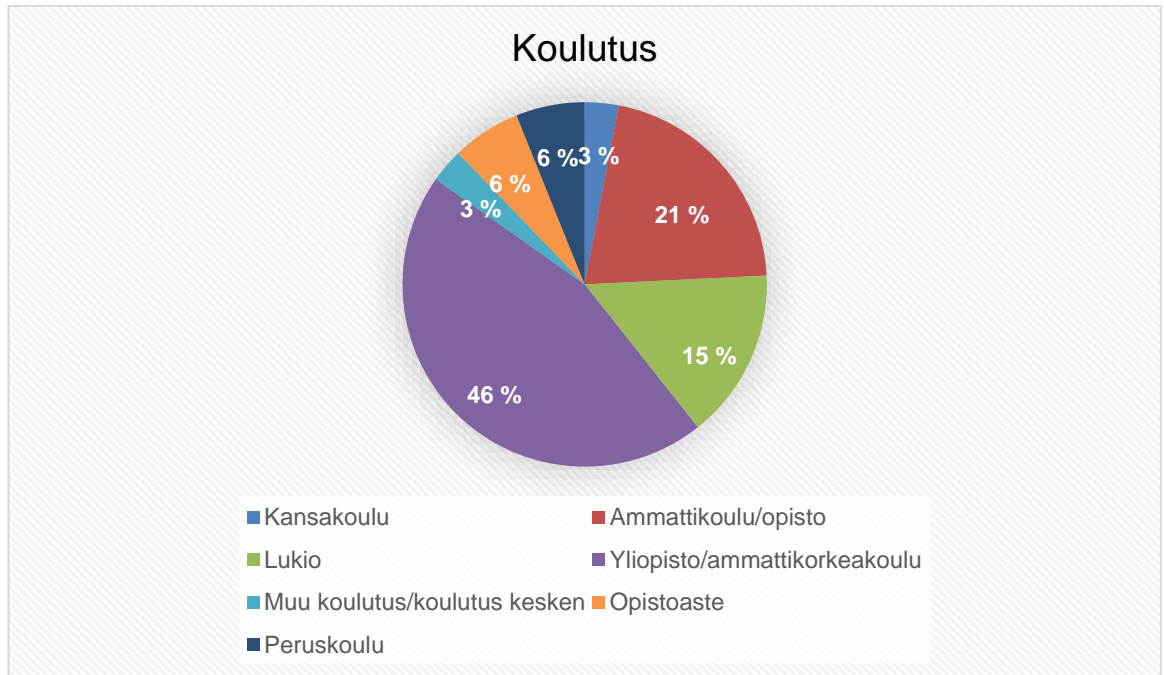
Tutkimukseen osallistuneista 32:sta vastaajasta miehiä oli kaksi (6 %) ja naisia 30 (94 %). Kuviossa 3 esitetään kyselyyn vastanneiden ikäjakauma. Vastaajista hieman alle puolet sijoittuivat 25-34 vuotiaisiin. Neljännes vastaajista oli 45-54 vuotiaita. Reilu

kymmenesosa vastaajista oli 15-24 vuotiaita ja 35-44 vuotiaita. 55-65 vuotiaita vastanneista oli vain n. vajaa kymmenesosa. Kyselylomakkeessa oli myös vastausvaihtoehtona 65-74 vuotta, mutta tällä arvolla ei ollut ainuttakaan vastaajaa, joten siksi sitä ei esitetä kuviossa.



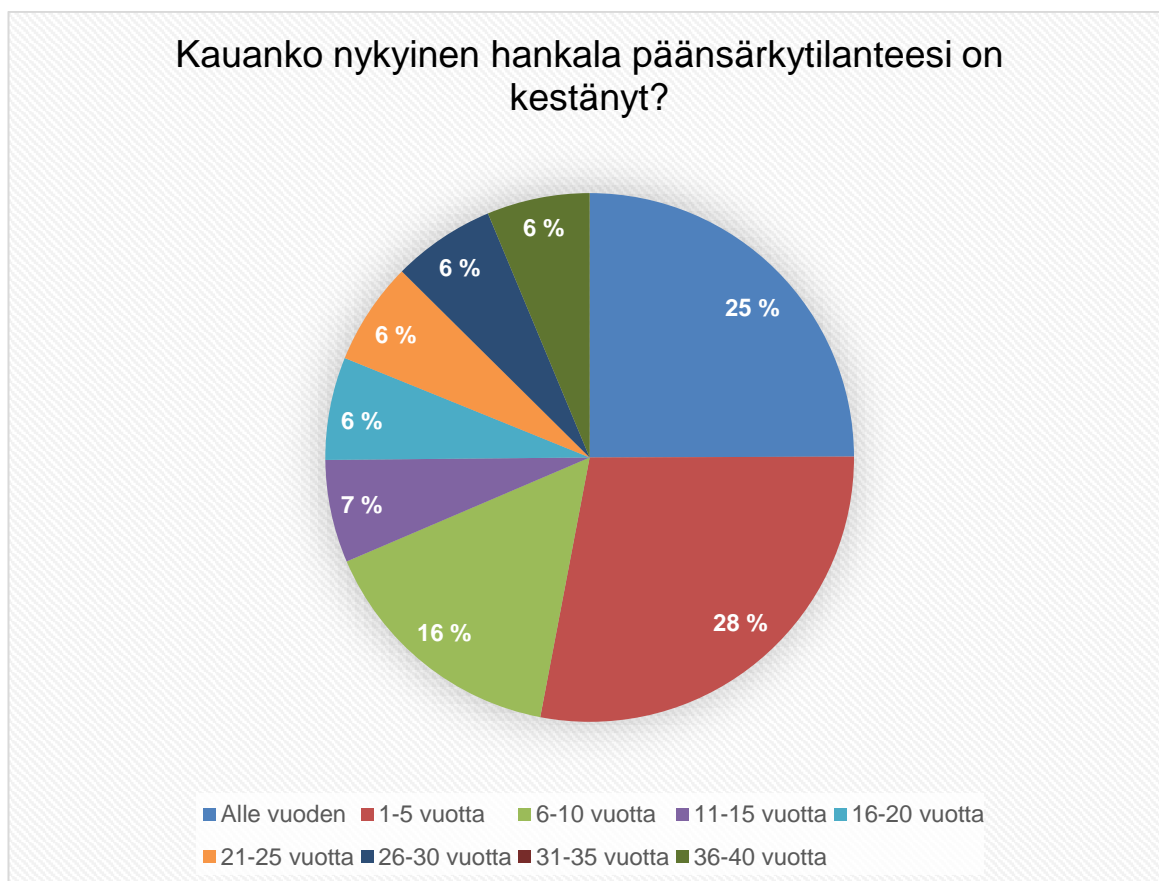
Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma

Lähes puolet kyselyyn vastanneista oli koulutukseltaan joko ammattikorkeakoulun tai yliopiston suorittanut (Kuvio 4). Viidesosa vastaajista oli suorittanut toisen asteen tutkinnon joko ammattikoulun tai ammattiopiston. Lukion oli käynyt vajaa viidesosa vastaajista. Yhteensä kymmenesosa vastaajista oli koulutukseltaan joko opistoasteen suorittanut tai pelkästään vain peruskoulun suorittanut. Vastaajista yhteensä alle kymmenesosa oli käynyt joko kansakoulun tai muun koulutuksen mitä kyselyssä ei mainittu tai sitten heillä oli jäänyt koulutus kesken.



Kuvio 4. Koulutus

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin vastaajan hankalan päänsäryn kestoa yhteensä. Vajaa kolmanneksella vastaajista hankala päänsärkytilanne kaikkineen oli kestänyt yhteensä yhdestä vuodesta viiteen vuoteen. Neljäsosa vastaajista oli kärsinyt hankalasta päänsärystä alle vuoden. Vastanneista vajaalla viidesosalla päänsärky oli ollut mukana elämässä kuusi – kymmenen vuotta. Yhteensä kolmannesosa vastaajista oli tasaisesti kärsinyt päänsärystä joko 11-15 vuotta, 16-20 vuotta, 21-25 vuotta, 26-30 vuotta tai 36-40 vuotta. Vastanneista kukaan ei ollut vastannut päänsäryn kestoksi aikaa 31–35 vuotta. Kuviossa 5 on esitetty päänsärkytilanteen kesto.



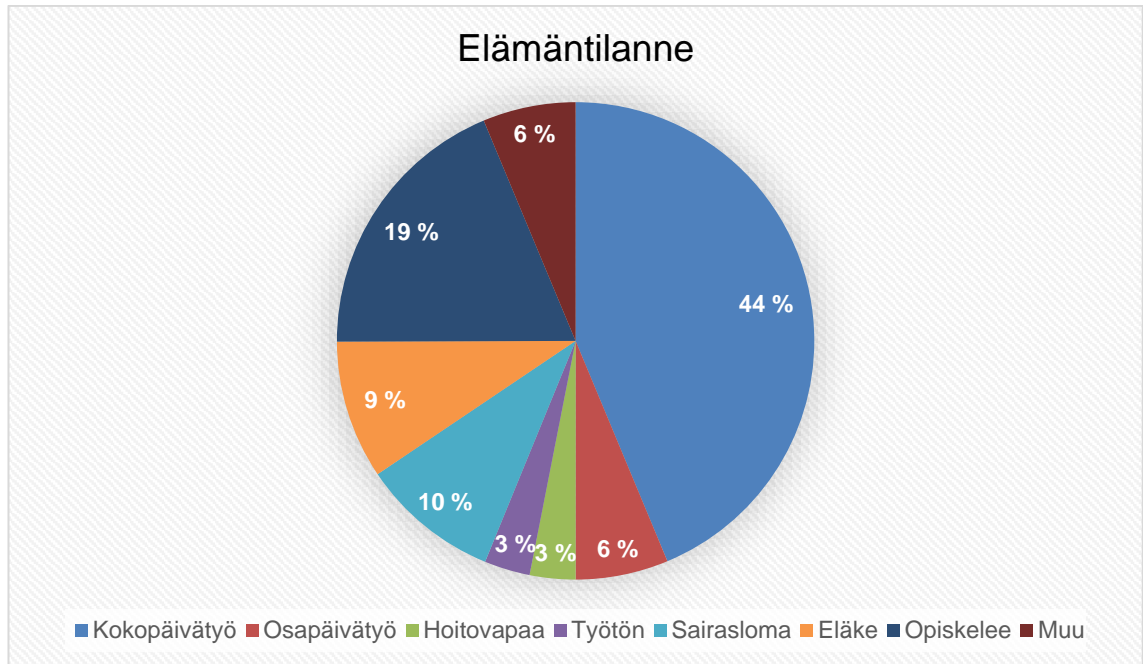
Kuvio 5. Päänsärkytilanteen kesto

Lähes 80 % vastaajista arvioi tietotekniset taitonsa tasolle yhdeksän tai kymmenen. 20 % vastaajista arvioi tasonsa olevan joko kahdeksan tai seitsemän. 3 % vastaajista koki, että oma osaaminen tietotekniikan parissa on vain tasoa kuusi. Kuviossa 6 esitetään vastaajien tietokone ja tietotekniikka käyttövalmiudet asteikolla 6-10.



Kuvio 6. Tietokone ja tietotekniikka käyttövalmiudet

Vastaajat saivat kertoa omasta elämäntilanteestaan (Kuvio 7). Lähes 50 % vastaajista oli kokopäivätyössä. Noin 20 % vastaajista opiskeli ja 20 % vastaajista oli joko sairaalossa tai eläkkeellä. Loput vastaajat eli 20 % yhteensä oli joko hoitovapaalla, työttömänä, osapäivätyössä tai jokin muu mitä kyselylomakkeessa ei tuotu esille.



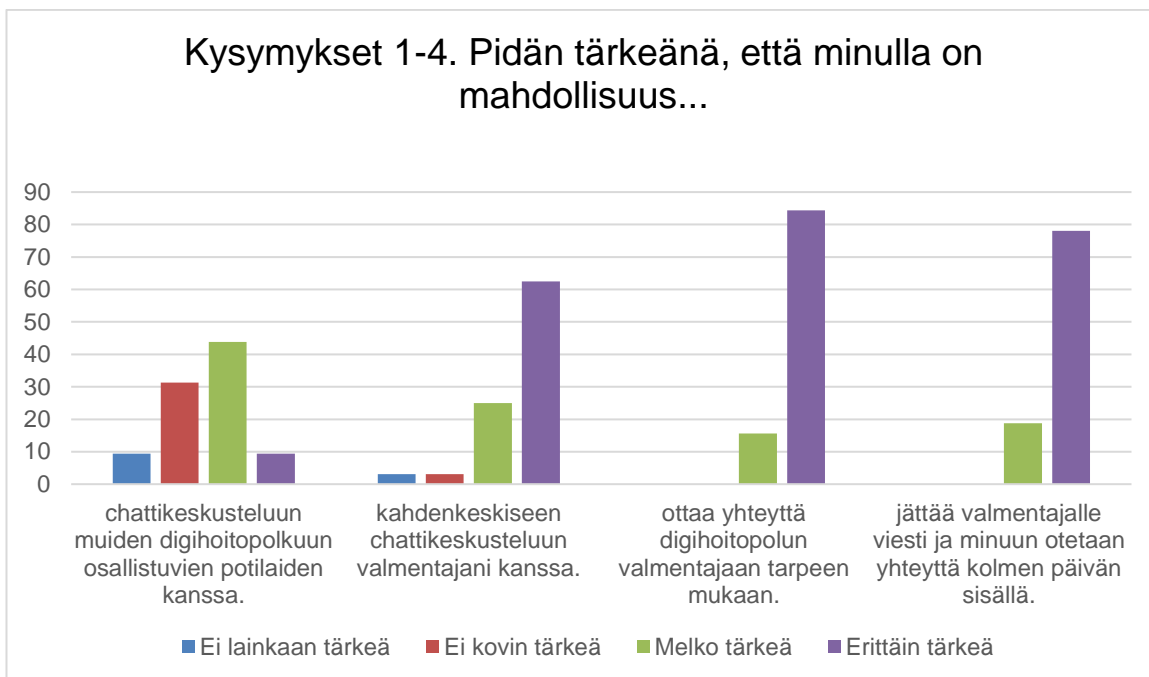
Kuvio 7. Elämäntilanne

6.2 Yhteydenpito digihoitopolulla

Vastaajista lähes puolet piti tärkeänä, että digihoitopolulla on mahdollisuus osallistua yhteiseen chattikeskusteluun muiden potilaiden kanssa, mutta taas reilu kolmannes vastaajista ei pitänyt chattikeskustelun mahdollisuutta kovin tärkeänä. Noin 10 % koki chattikeskustelun kovinkin tärkeänä kuin taas vajaa 10 % ei pitänyt tätä lainkaan tärkeänä toimintona digihoitopolulla. Kuviossa 8 esitetään kyselylomakkeen neljä ensimmäistä strukturoitua kysymystä.

Vastaajista reilu 60 % taas piti erittäin tärkeänä mahdollisuutena kahdenkeskisen chattikeskustelun digihoitopolun valmentajan eli sairaanhoitajan kanssa. Neljännes vastaajista koki tämän mahdollisuuden melko tärkeänä. Vain noin 6 % yhteensä koki, että kahdenkeskisen chattikeskustelu ei ole kovin tärkeä tai ei lainkaan tärkeä toiminto.

Yhteys digihoitopolun valmentajaan tarpeen mukaan koettiin suurimmalta osin eli vajaa 90 % erittäin tärkeäksi ja loput vastaajista koki tämän mahdollisuuden melko tärkeäksi. Myös mahdollisuus jättää valmentajalle yksityisviesti, johon vastattaisiin kolmen arkipäivän kuluessa, koettiin erittäin tärkeäksi ja vajaa 20 % vastaajista piti tätä melko tärkeänä.



Kuvio 8. Kyselylomakkeen kysymykset 1-4

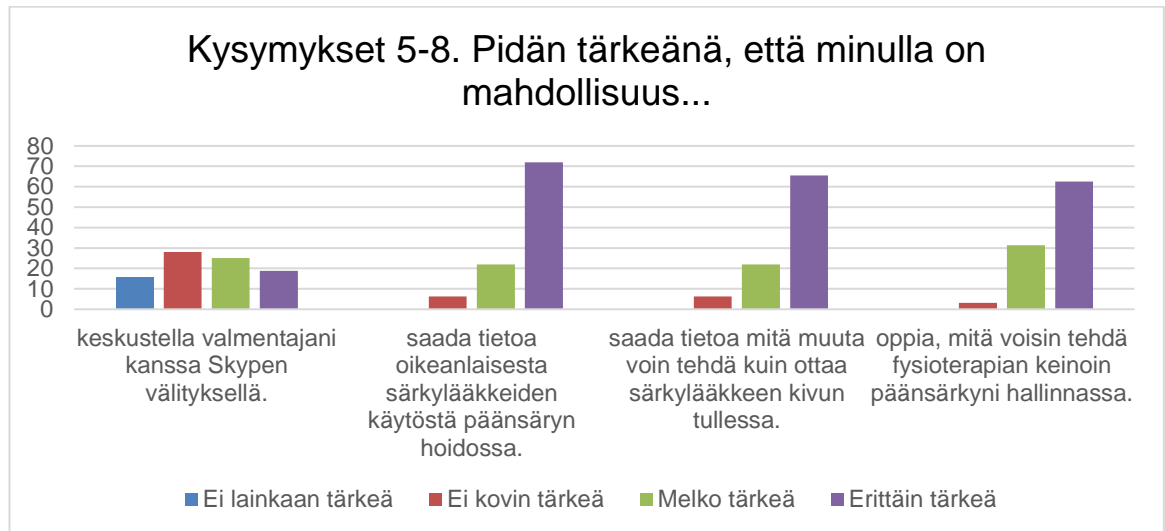
6.3 Oikeanlainen särkylääkkeiden käyttö ja lääkkeettömät kivunhallinta keinot

Kolmasosa vastaajista ei pitänyt kovin tärkeänä mahdollisuutta keskustella valmentajan kanssa Skypen välityksellä, mutta neljäsosa vastaajista piti tätä taas melko tärkeänä asiana. Viidesosa vastaajista koki tämän mahdollisuuden erittäin tärkeänä kuten taas lähes saman verran vastaajista oli sitä mieltä, että tämä ei ollut lainkaan tärkeä toiminto päänsärkypotilaan digihoitopolulle. Kuviossa 9 käsitellään kyselylomakkeen kysymykset 5-8.

Reilut 70 % vastaajista piti erittäin tärkeänä saada tietoa oikeanlaisista särkylääkkeiden käytöstä päänsäryn hoidossa. Reilut 20 % vastaajista oli myös sitä mieltä, että tämä on melko tärkeä asia ja vain 6 % oli sitä mieltä, tieto oikeanlaisesta särkylääkkeiden käytöstä ei ollut kovinkaan tärkeää.

Tietoa siitä mitä muuta voin tehdä päänsäryn ilmaantuessa kuin ottaa särkylääke n. 70 % piti tätä tietoa erittäin tärkeänä. Noin 22 % koki tämän myös melko tärkeänä. Vajaa 10 % vastaajista ei pitänyt tärkeänä tietona sitä mitä muuta voisi tehdä päänsäryn tullessa kuin ottaa särkylääkkeen.

Fysioterapeuttisia keinoja päänsärlyn ilmaantuessa pidettiin erittäin tärkeänä, yli puolet vastaajista oli tätä mieltä. Reilu kolmannes vastaajista oli myös samoilla linjoilla eli heistä oli melko tärkeää saada tietää miten päänsärkyä voi hallita fysioterapeuttisin keinoin. Vain muutama prosentti vastaajista ei pitänyt kovin tärkeänä fysioterapeuttista aihealuetta tulevalla päänsärkypotilaan digihoitopolulla.



Kuvio 9. Kyselylomakkeen kysymykset 5-8

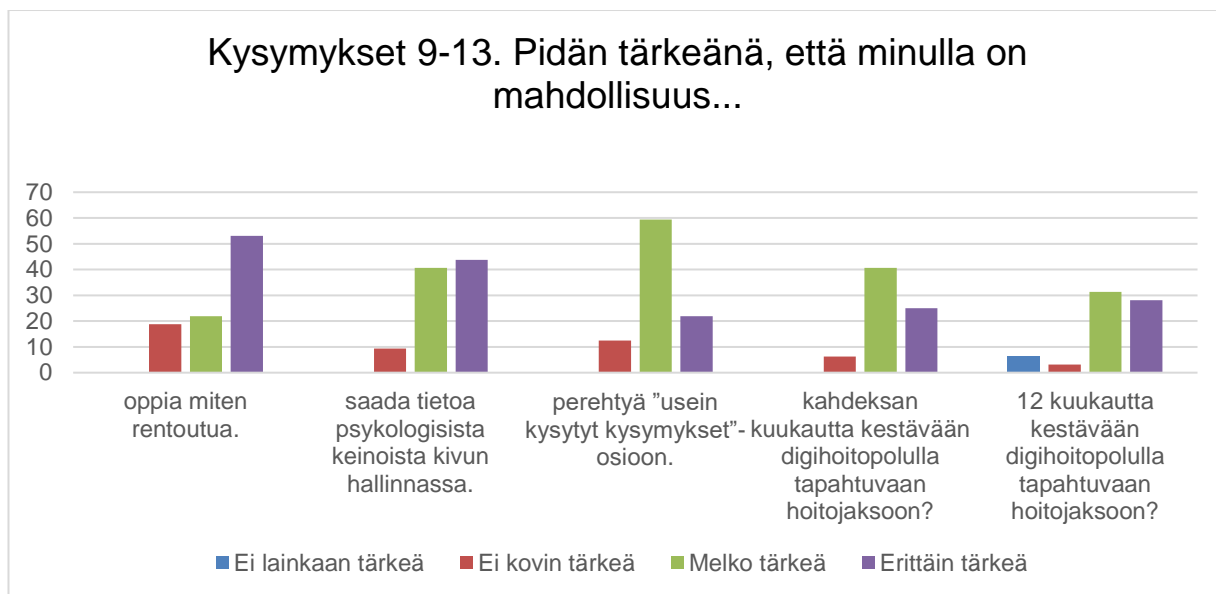
6.4 Lääkkeettömät kivunhallinta keinot ja digihoitopolun kesto

Reilu puolet vastaajista koki erittäin tärkeäksi tiedoksi sen, miten oppia rentoutumaan. Viidesosa vastaajista koki tämän tiedon melko tärkeänä. Myös saman verran eli noin 20 % vastaajista eivät kokeneet kovin tärkeänä oppia rentoutumisen keinoja. Kuviossa 10 käydään läpi kyselylomakkeen viisi viimeistä strukturoitua kysymystä.

Psykologiset keinot kivun hallinnassa koettiin vastaajien kesken suurimmilta osin joko melko tärkeäksi 41 % tai erittäin tärkeäksi 44 %. Vajaa 10 % vastaajista ei pitänyt kovin tärkeänä psykologisia kivunhallinta keinoja.

Digihoitopolulle suunnitellusta usein kysytyt kysymykset- osiosta vastaajat olivat sitä mieltä, että se koettiin melko tärkeäksi, näin vastasi 59 %. Reilu 20 % vastaajista koki sen erittäin tärkeäksi osioksi digihoitopolulle. 13 % oli sitä mieltä, että kyseinen osio ei ole kovin tärkeä. Viimeisenä vastaajilta kysyttiin mitä mieltä he ovat suunnitellusta digihoitopolun kestosta. Digihoitopolun kestoksi on suunniteltu joko kahdeksan tai kaksi kuukautta. Vajaa kymmenen prosenttia vastaajista koki, että ei ole lainkaan

tärkeää onko kesto kahdeksan vai kaksitoista kuukautta. Vajaa puolet vastaajista pitivät melko tärkeänä asiana sitä, miten pitkä kesto on digihoitopolku. Neljäsosa vastaajista koki erittäin tärkeäksi digihoitopolun suunnitellun keston eli joko kahdeksan tai kaksitoista kuukautta.



Kuvio 10. Kyselylomakkeen kysymykset 9-13

6.5 Potilaan toiveet ja tarpeet

Kyselylomake sisälsi yhden avoimen kysymyksen, jossa vastaajalla oli mahdollisuus tuoda esille omia toiveita ja tarpeita päänsärkypotilaan kehitteillä olevalle digihoitopolulle mitä strukturoidussa kysymyksissä ei tuotu esille. Avoin kysymys analysoitiin sisällön analyysiä mukaillen. Laadullisessa tutkimuksessa vastaajat on valittu tarkoituksenmukaisesti, jolloin vastaajan ääni pääsee kuuluviin. Sisällön analyysiä käyttäessä kerätty tutkimusaineisto tiivistetään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 155).

Avoimet vastaukset on jaoteltu kolmeen pääteemaan, joita olivat ravinto, stressinhallinta ja tietoa eri päänsärkytyypeistä kuten tensionaalinen päänsärky ja sarjoittainen päänsärky eli Hortonin neuralgia sekä miten niiden hoito eroaa toisistaan.

Vastaajat halusivat tietää, mikä on normaalia päänsärkyä ja mikä esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön oirekuva. Stressinhallintaan liittyen haluttiin ohjeistusta, miten toimia työpaikalla päänsärlyn tullessa tai mitä huomioida uravalintaa tehdessä. Lisäksi koettiin tärkeänä saada neuvoa, miten päänsärystä aiheutuvan huolen ja ahdistuksen kanssa

pitäisi toimia. Ruokavaliosta haluttiin tietää miten sen avulla voi hallita päänsärkyä tai provosoiko tietyntyylinen ruokavalio päänsärkyä.

7 PÄÄNSÄRKYPOTILAAN DIGIHOITOPOLKU

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kartoittaa päänsärkypotilailta, mitä mieltä he ovat jo suunnitteilla olevasta päänsärkypotilaan digihoitopolusta ja mitä sisältöä he kaipaisivat lisää. Kehittämisprojekti toteutettiin potilaslähtöisesti, ja tutkimuksella haluttiin selvittää, mitä mieltä potilaat ovat jo suunnitelluista toiminnoista. Kuviossa 11 on tuotu esille sellaiset aihealueet, mitä potilaat pitivät tärkeinä.

Strukturoidusta kysymyksistä sellaiset ehdotukset on otettu mukaan kuvioon, joissa oli vähintään 50 % vastannut joko kokevansa ehdotetun toiminnon melko tärkeäksi tai vähintään 50 % vastannut kokevansa erittäin tärkeäksi. Lisäksi avoimen kysymyksen vastaukset huomioitiin. Kuviossa 11 esitetään tutkimustulosten perusteella muodostunut päänsärkypotilaan digihoitopolku.



Kuvio 11. Päänsärkytilaan digihoitopolku kehittämissuunnitelman tulosten mukaan (Latvala 2018.)

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Eettisyys

Eettisyys auttaa ihmisiä erilaisten valintojen tekemisessä. Etiikan avulla pystymme arvioimaan ja ohjaamaan oman toimintamme lisäksi myös muiden ihmisten toimintaa. (Valtakunnallinen Terveystieteiden Eettinen Neuvottelukunta 2002.) Kehittämiprojektin työryhmän muita jäseniä kunnioitettiin ja heidän mielipiteensä huomioitiin. Tutkimuksellisessa osuudessa noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita (ks. tutkimussuunnitelma liite 3).

Kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osuudessa keskiössä olivat päänsärkypotilaat. Päänsärkypotilaiden huomioon ottaminen ja kunnioittaminen ovat tärkeitä asioita hoidon eri vaiheissa. Tähän auttaa useamman vuoden työkokemus päänsärkyhoitajana. Kehittämiprojekti perustui suunnitelmaan ja se raportoitiin huolellisesti. Projektipäällikkö on kokematon tekijä ja sai tukea koko kehittämissuunnitelman ajan tuutoreilta ja ohjausryhmältä. Lisäksi projektipäällikkö osallistui keväällä 2018 aikana SPSS-kurssille. Opinnäytetyössä hyödynnettiin opinnäytetyön ohjaajan antamaa ohjausta. Organisaatiosta tulleet toiveet huomioitiin. Kehittämissuunnitelman aikataulusta pidettiin kiinni ja kehittämissuunnitelman etenemisestä raportoitiin sovituin väliajoin.

Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta ei voida erottaa toisistaan, koska ne kulkevat yhdessä koko tutkimuksen läpi. Eettisyys on koko tutkimuksen lähtökohta. Eettisyyttä ei voida katsoa irrallaan tutkimuksesta vaan se liittyy tutkimuksen jokaiseen vaiheeseen kuten aineiston hankintaan ja tutkimuksen raportointiin. Tutkimuksessa eettisyys sekä ohjaa tutkimusta, että vaikuttaa tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Tutkijan täytyy selvittää tutkimukseen osallistuvilla tarkasti seuraavat seikat, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, menetelmät ja riskit. Tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä on mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen kesken tutkimuksen (Tuomi 2007, 143, 145.) Tutkimuksen tulokset ovat luotettavia, mikäli tutkimus on tehty tieteellisen käytännön tavoin perustuen rehellisyyteen, yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Ohjausryhmän asianmukainen huomioon ottaminen sekä eettisyys tiedonhaussa ja raportoinnissa kuuluvat myös hyviin tieteellisen käytännön tapoihin. (Tenk 2012, 6.) Tutkija itse oli laatinut kysymykset, joissa hän käyttää vastausvaihtoehtoina Likertin

arviointiasteikkoa numeerisesti ja kirjallisesti. Asiantuntijatyöryhmä tietoa oli myös hyödynnetty kyselylomakkeen laadinnassa. Tutkittavalle henkilölle jaettiin saatekirje.

Saatekirje on tärkeä osa kyselytutkimusta, koska se kertoo tutkittavalle oleelliset asiat kuten mitä tutkitaan ja mihin tuloksia tullaan jatkossa käyttämään (Vehkalahti 2008, 47). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, kohdeorganisaatio ja mihin hanke liittyi. Lisäksi saatekirjeessä mainittiin, että vastaaminen on vapaaehtoista ja anonymiteetti säilyy läpi tutkimuksen sekä sen jälkeen. Tutkimusluvan saanti ja ajankohta kerrottiin myös saatekirjeessä. Saatekirjeen lopussa mainittiin tutkijan opinnäytetyöohjaaja sekä tutkijan yhteystiedot. Tutkittavalla henkilöllä oli oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistuminen tai keskeyttää se. Mikäli tutkittava vastasi kyselyyn niin sitä pidettiin suostumuksena tutkimukseen. Tutkimuksiin osallistuneiden henkilöiden anonymiteetti säilyi läpi tutkimuksen. Tutkimusaineiston käsittelyn jälkeen tutkimusaineisto hävitettiin tietoturvalisella tavalla.

Tähän tutkimukseen haettiin tutkimuslupa sovitun käytännön mukaisesti Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tämä tutkimus ei edellyttänyt tutkimuseettisen toimikunnan lausuntoa, koska tässä tutkimuksessa ei kerätty potilaiden henkilökohtaisia tietoja heidän sairaudestaan tai sairauskertomusteksteistä, joten potilasrekisteriä ei syntynyt. Olen ollut henkilökohtaisesti sähköpostitse yhteydessä eettisen toimikunnan sihteeriin, joka on vahvistanut kirjallisesti, että eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita (Henkilökohtainen tiedonanto, Tuija Sipiläinen toimikuntas sihteeri 28.09.2017, Medisiininen eettinen toimikunta).

8.2 Luotettavuus

Käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti mittaavat kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ja hyvyttä (Tuomi 2007, 149). Validiteetilla tarkoitetaan, että mitataan sitä asiaa mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla ei ole merkitystä, ellei validiteetti toteudu. (Vehkalahti 2008, 41.) Tutkimuksen validiutta arvioitaessa on tärkeää, että tutkija onnistuu operatiivisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielelle eli ymmärrettävälle tasolle. Lisäksi validiutta mitataan kysymysten ja vastausvaihtoehtojen onnistuneella asettelulla sekä asteikon toimivuudella. (Vilkkä 2007, 150.) Tässä tutkimuksessa validiteetilla tarkoitettiin sitä, miten esitetyt kysymykset oli laadittu onnistuneesti kyselylomakkeeseen niin, että kysymykset olivat ymmärrettävällä tasolla.

Kyselylomakkeelle tehtiin esitestaus, mikä lisäsi luotettavuutta. Kyselylomaketta täytyy esitestata kohderyhmään kuuluvilla henkilöillä, muutamakin henkilö riittää. Esitestauksen kautta saadaan totuudenmukainen vastaus siitä, onko kyselylomakkeessa kaikki kysymykset ymmärretty oikein ja onko siinä kenties jotain poistettavaa. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa on otettava huomioon, että kyselylomakkeen vastaajamäärät jäävät usein alle 50 %:n (Vehkalahti 2008, 44, 48).

9 POHDINTA

9.1 Tulosten pohdinta

Tulosten mukaan potilaat kokivat digitalisaation positiivisena asiana, kuitenkin unohtamatta kasvotusten tapahtuvaa kontaktia. Digitalisaatio kuuluu olennaisena osana terveydenhuollon palvelujen kehittymistä, ja tulevaisuudessa suuren osan työstä tekee älykkäät laitteet ja koneet (Honkanen 2017, 3). Terveydenhuollon palveluissa digitalisaatio ei ole vielä laajasti käytössä, mutta tietoa on muutettu jo digitaalisen muotoon (Forsvik & Voipio 2018, 24).

Digitalisaatio tarjoaa uusia tapoja käsitellä maailmanlaajuisia terveyteen liittyviä asioita. Digitalisaatio voi olla hyödyksi terveydenhuollossa ennalta ehkäisevän työn ja tiedon leviämisen suhteen. Digitalisaatio voi auttaa ihmisiä, jotka epäilevät itsellään jotakin sairautta. He saavat digitaalisten palvelujen avulla tietoa oireistaan ja voinnistaan erilaisten tietokantojen avulla. Ihmiset saavat apua digitaalisessa muodossa olevista sosiaalisista verkostoista, joissa ihmiset ovat käyneet läpi samoja asioita ja miten he ovat selvinneet näistä. (Gulliksen 2017, 1, 4.) Edellä mainittu antaa vahvistusta tässäkin tutkimuksessa havaitulle asialle, että potilaat pitivät melko tärkeänä (yli 40 %) yhteistä chattikeskustelua muiden digihoitopolulle osallistuneiden potilaiden kanssa. Yhteenvetona voidaan todeta, että vertaistuki on tärkeää sairauden eri vaiheissa.

Digitalisaation avulla voidaan auttaa potilaita muun muassa lääkehoidossa. Heitä voidaan muistuttaa ottamaan lääkkeensä tai tarjoamaan heille tietoa lääkkeisiin liittyen. Moni tarvitsee apua oikeanlaiseen lääkkeiden käyttämiseen. (Gulliksen 2017, 5.) Mobiiliteknologia on turvallisempaa, halvempaa ja yksilöllisempää käyttää (Gulliksen 2017, 6).

Jotta ihmiset hyötyisivät ja ymmärtäisivät digitaalisessa muodossa olevista terveystalvituista, on tärkeää, että tällaiset palvelut rakennetaan niin, että ne vastaavat käyttäjien osaamista, resursseja ja tarpeita (Kayser ym. 2018, 1). Tämä kehittämissujecti on tehty potilaslähtöisesti ja kehittämissujectin tutkimustulokset vahvistavat sitä, että "potilaiden ääni" täytyy saada kuuluviin, kun digitaalisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kehitetään.

Digitalisaation avulla voidaan parantaa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisiä suhteita, koska sen avulla voi olla enemmän aikaa vuorovaikutukseen.

Digitaalisessa hoitomuodossa voidaan toteuttaa paremmin yksilöllistä hoitoa ja diagnostiikkaa. Automaattiset järjestelmät voivat hoitaa osan potilaan hoidosta, jolloin terveydenhuollon ammattilaiset voivat keskittyä muuhun. Potilaalle annettu suora palaute hänen terveydentilaan koskevista asioista sitouttaa potilasta omaan hoitoonsa. (Steinhubl & Topol 2015, 7.)

Mielenkiintoista oli, että suurin osa vastaajista (n. 80 %) koki tietotekniset osaamistaitonsa kiitettävän tasoiseksi. Tähän viitaten digihoitopolun käytölle ei liene ongelmaa. Yhteydenottoa Skypen välityksellä valmentajaan ei pidetty juurikaan tärkeänä toimintona. Vastaajista yli 40 % piti melko tärkeänä chattikeskustelua muiden digihoitopolulla olevien kanssa, ja yli 60 % vastaajista koki valmentajan eli sairaanhoitajan kanssa kahdenkeskisen chattikeskustelun tärkeäksi. Yksityisviestin lähettämismahdollisuus koettiin myös tärkeäksi osaksi digihoitopolkua.

Digitalisaation avulla voidaan säästää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, mutta silti vaikuttavin tapa säästää sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja on sairauksien ennaltaehkäisy (Huttunen 2018). On olennaista kehittää ei-lääkkeellisiä hoitokeinoja. Krooninen migreeni voi esiintyä liiallisen lääkkeenkäytön yhteydessä tai myös ilman sitä. On tärkeää, että potilaat, jotka käyttävät liikaa lääkkeitä saavat terveydenhuollon ammattilaisilta tukea ja neuvontaa oikeanlaiseen lääkityksen käyttöön ja lääkitykseen lopettamiseen. Olennaista on myös saada monialaista hoitoa krooniseen migreeniin. (Diener ym. 2012, 168-169.)

Dienerin tutkimuksen mukaan ei-lääkkeellisillä keinoilla kuten riittävän levon ja unen, säännöllisten elämäntapojen ja elintapojen merkityksen ymmärtämisellä on selvä merkitys migreenin esiintymiseen. (Dieneri ym. 2012, 168-169.) Tämä tukee sitä, kuinka tärkeä rooli elämäntapaneuvonnalla on päänsärkypotilaan digihoitopolulla. Elämäntapaneuvonta sekä ravitsemukseen liittyvä neuvonta olivat avoimen kysymyksen vastauksissa esitettyjä ehdotuksia digihoitopolulle.

Fysioterapeuttiset hoitokeinot koettiin päänsäryn hallinnassa ja hoidossa koettiin suurimmilta osin erittäin tärkeäksi. Aiempien tutkimusten mukaan meditaatiolla on positiivinen vaikutus tensionaaliseen päänsärkyyn ja migreeniin. Meditaation rooli on kuitenkin kiistanalainen. (Gu, Hou & Fang 2018.)

Päänsäryssä ei-lääkkeellisiä tutkimuksia on niukasti. On kuitenkin tärkeää huomata, että lääkkeettömät hoitomuodot ovat joillekin potilaille yhtä tehokkaita kuin lääkehoito ja joskus lääkkeetön hoitomuoto voi olla jopa tehokkaampi. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat

fysikaaliset hoidot, psykologiset tai psykobiologiset menetelmät. Päänsäryn hoidossa on tärkeää kokonaisvaltainen potilaan hoito ja siksi onkin olennaista, että potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu esimerkiksi lääkäri, kipupsykologi ja sairaanhoitaja. (Kallela 2016, 3080-3081.)

Tuloksia analysoidessa havaittiin rentoutumisen oppimisen tärkeys. Psykologiset kivunhallintakeinot koettiin tärkeäksi osaksi kivunhoidossa, ja fysioterapeuttiset hoitokeinot päänsäryn hallinnassa ja hoidossa erittäin tärkeiksi.

Yli puolet vastaajista oli kärsinyt päänsärystä viisi vuotta tai alle sen. Tärkeää on huomioida, että lääkehoito ei yksin ratkaise potilaan päänsärkyongelmaa, vaan hoidon tulee olla kokonaisvaltaista (Färkkilä 2005, 662). Vastaajat kokivat erittäin tärkeäksi mahdollisuuden saada tietoa oikeanlaisesta särkylääkkeiden käytöstä päänsäryn hoidossa ja erittäin tärkeänä pidettiin neuvoa ja ohjeistusta siitä, mitä muuta voi tehdä kuin ottaa särkylääkkeen kivun tullessa. Potilaan informointi on välttämätöntä, mikäli hän esimerkiksi kärsii lääkepäänsärystä, koska vain lääkkeitä vieroittautuminen mahdollistaa parantamaan elämänlaatua (Färkkilä 2015, 3).

Neljällä viidestä kroonisesta migreenistä kärsivästä potilaasta on ongelmana lääkkeiden liikkakäyttö. Lääkehoito yksinään ei riitä kroonista päänsärkyä sairastavan hoidossa. Esimerkiksi erilaiset terapiat kuten käyttäytymisterapia ja lääkehoito yhdessä antavat parempia hoitotuloksia kuin lääkehoito yksinään. Potilas tarvitsee seurantaa, että lääkitys pysyy suositelluissa rajoissa ja, että särkylääkkeiden liikkakäyttö ei uusiudu. Elämänhallinnalla ja liikunnalla on myös tärkeä rooli hoidon onnistumisessa. (Färkkilä 2008, 3179.) Tämän kehittämissuorituksen tutkimukseen vastanneet kokivat fysioterapeuttisen osuuden tärkeäksi osaksi digihoitopolulle.

Liialliseen särkylääkkeiden käyttöön liittyvä päänsärky on usein hankala hoitaa, koska tehokkaita ja käytännönläheisiä hoitomuotoja ei ole saatavilla (Tassorelli ym. 2014, 645). Tutkimuksen mukaan viiden vuoden seuranta-ajan aikana yli 50 % päänsärkypotilaista sairastui uudelleen lääkepäänsärkyyn (Färkkilä 2015, 3).

Tämän kehittämissuorituksen tutkimuksellisen osuuden mukaan suurin osa päänsärkyistä kärsiviä on naisia. Tutkimuksessa ilmeni, että päänsärystä kärsivä potilas on iältään yleensä 25–34 vuotias tai 45–54 vuotias. Myös Sumelahden (2013) mukaan suomalaiset nuoret ja keski-ikäiset naiset kärsivät eniten migreenistä (Sumelahti 2013, 345).

Tämän tutkimuksen mukaan lähes puolet päänsäryistä kärsivistä naispuolisista potilaista on koulutukseltaan joko ammattikorkeakoulun tai yliopiston suorittaneita ja viidesosa vastaajista oli koulutukseltaan joko ammattikoulun tai ammattiopiston käyneitä. Vastaa- jista viidesosa opiskeli ja kymmenesosa oli eläkkeellä, mutta lähes puolet oli kokopäivä- työssä. Tämä tulos vahvistaa sitä, että suurin päänsäryistä kärsivä potilasryhmä on työs- säkäyvät naiset. (Sumelahti 2013, 345).

Tulosten perusteella nyt luotavaan päänsärkypotilaan digihoitopolkuun olisi järkevää si- sällyttää oma osio ravinnosta. Avoimissa vastauksissa tämä aihealue tuli useamman kerran esille. Lisäksi digihoitopolkuun toivottiin sisällytettävän tietoa eri päänsärkytyy- peistä, kuten lääkepäänsäryistä. Tietoa toivottiin myös normaalista päänsäryistä, ja neu- voja siihen, milloin päänsäryn vuoksi tulee hakeutua lääkäriin. Myös aivoverenkiertohäi- riön oireet toivottiin sisällytettävän digihoitopolulle.

Kyselyyn vastanneet toivoivat tietoa yleisesti elämänhallinnasta ja esimerkiksi uravalin- nan. Digihoitopolulle tulisi koota tietoa siitä, miten pärjätä päänsäryn kanssa työelä- mässä. Fysioterapiaosuuteen toivottiin vaihtelevia sisältöjä, kuten videoita ja erilaisia ku- vallisia ohjeita.

Jatkossa suunnitelmissa on, että potilas saapuu neurologian poliklinikalle lääkärin lähete- teellä joko terveysasemalta, työterveyshuollosta tai yksityiseltä lääkäriasemalta. Potilaan suostumuksen jälkeen hänet ohjataan Terveyskylän Aivotalo-osion digihoitopolkuun. Di- gipolun suunniteltu kesto on kahdeksan kuukautta ja tämän jälkeen potilas jatkaa hoito- ansa tarvittaessa terveyskeskuslääkärin luona. (HUS, Neurologian poliklinikka 2018.)

Tämä kehittämisprojekti on tehty potilaslähtöisesti. Kuviossa 13 esitetään tämän kehit- tämisprojektin perusteella laaditun päänsärkypotilaan digihoitopolku. Kuviossa esitetään eri osa-alueita mitä vastaajat pitivät tärkeinä päänsärkypotilaan digihoitopolulle.

9.2 Kehittämisprojektin pohdinta

Kehittämisprojektin toteuttaminen oli projektipäällikölle uutta ja innostavaa. Koko proses- sin ajan huomasi kuinka kehittämisprojektin suunniteltu eteneminen vaatii oikeanlaista aikataulutusta ja organisointikykyä. Projektissa mukana oleminen vahvisti ajatusta siitä, että projektipäällikkönä olemisena vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja sekä järjestel- mällisyyttä. Ohjausryhmän kokoontumisien järjestelyt olivat mieluisia ja niistä oppi hyvin, miten projektipäällikön tulee hallita koko projektin etenemistä.

Kehittämiprojektin tutkimuksellista osuutta toteutettaessa aikataulu ei edennyt täysin alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Tavoitteena oli saada useampi kuin 32 vastaajaa 60:sta, mutta tähänkin vastaajamäärään projektipäällikkö oli tyytyväinen. Aineistonkeruuta laajennettiin helmikuulta 2018 maaliskuun 2018 loppuun, mutta vastausprosentti jäi vain reiluun puoleen. Ongelmaksi havaittiin, että vastaajille esitetty video saattoi olla liian pitkä, ja kaikkineen koko vastausprosessi vei vastaajalta aikaa noin 15 minuuttia. Osa tutkimukseen pyydettyistä kieltäytyikin osallistumisesta aikataulusyistä. Jatkossa järkevämpää olisi toteuttaa sähköinen kysely, jolloin tuloksien analysointikin olisi helpompaa. Tässä tutkimuksessa projektipäällikkö ”syötti” kaikki tunnusluvut manuaalisesti SPSS-ohjelmaan, koska vastaukset olivat paperiversioina.

Avoimeen kysymykseen vastasi vain kolmasosa vastaajista, mutta näistä vastauksista saatiin lisäarvoa tutkimukseen. Tämä vahvistaa avoimien kysymysten merkitystä strukturoidussa tutkimuksessa. Avoimen kysymyksen avulla ”potilaan ääni” saatiin hyvin kuuluviin eli tietoa siitä, mitä potilaat haluaisivat digihoitopolulle, mikä oli koko tutkimuksen perustarkoitus.

Aineistoa kerätessä huomattiin ulkomaalaisten päänsärkypotilaiden määrä. Ulkomaalaisilla potilailla on tarvetta tulevaisuudessa digitaaliselle päänsärlyn hoitopolulle. Olisi tarpeellista luoda digihoitopolku myös englanniksi. Englanninkielinen digitaalinen hoitopolku voidaan ainakin aluksi laatia suppeammaksi kuin nykyinen suomenkielinen digihoitopolku.

Tässä kehittämiprojektissa luodun päänsärkypotilaan digihoitopolun mallin pilotointia ja käyttöön ottamista voi harkita tulevaisuudessa Helsingin yliopistollisen sairaalan neurologian poliklinikalla.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Adams, A., Serrano, D., Buse, D., Reed, M., Marske, V., Fanning, K. & Lipton R. 2014. The impact of chronic migraine: The chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study methods and baseline results. *Cephalalgia*, 35(7), 563-578.
- Ahonen, O., Kouri, P., Liljamo, P., Granqvist, H., Junntila, H., Kinnunen, U., Kuurne, S., Numminen, J., Salanterä, S. & Saranto, K. 2015. Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveystietojen strategia vuosille 2015- 2020. Sairaanhoidajaliitto, 1-20.
- Andrasik, F., Grazi, L., Usai, S., Buse, C. & Bussone, G. 2009. Non-pharmacological approaches to treating chronic migraine with medication overuse. *Neurological Sciences*, 30(suppl 1), 89-93.
- Atula, S. 2016. Migreeni. Lääkärikirja Duodecim, 1-3.
- Bhavnani, S., Narula, J. & Sengupta, P. 2016. Mobile technology and the digitization of healthcare. *European Heart Journal*, 37 (18), 1428–1438.
- Diener, H., Dodick, D., Goadsby, P., Lipton, R., Olesen, J. & Silberstein, S. 2012. Chronic migraine – classification, characteristics and treatment. *Nature reviews, neurology*, (10), 1-10.
- Euroopan komissio. 2017. Sähköiset terveystietojen palvelut.
- Forsvik, H. & Voipio, V. 2018. Keskustellaan tavoitteista, ei vain keinoista. *Lääkärilehti* (73) 24-31.
- Färkkilä, M. 2015. Lääkepäänsärkyä hoidetaan lääkkeistä vieroittautumalla. *Fimea*.
- Färkkilä, M. 2013. Migreeni. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129(10): 1051-2.
- Färkkilä, M. 2008. Kroonisen päivittäisen päänsärlyn hoito avohoidossa. *Suomen lääkäri-lehti*, (39) 3197- 3201.
- Färkkilä, M. 2005. Krooninen päivittäinen päänsärky. *Duodecim*. 121:667-63.
- Gu, Q., Hou, J. & Fang, X. 2018. Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. *Chinese Medical Journal*. 131 (7): 829-838.
- Gulliksen, J. 2017. Institutionalizing human-computer interaction for global health. *Global Health Action* 10 (sup3).
- Halonen, U. 2012. Sairaanhoidajien näkemys työkuvansa kehittämisen pitkäaikaishoidossa. Uudistuvat työnkuvat-hanke 2012. Viitattu 06.05.2017. <file:///F:/Työnkuvan%20muutos,%20koulu-tusta%20vastaava.pdf>
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjä, L. 2010. Toiminnasta tietoon. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017. Neurologian poliklinikka.
- Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri Virtuaalisairaala 2.0-hanke 2016-2018.
- Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016. Virtuaalisairaaloita yliopistollisten sairaanhoitopiirien yhteistyönä. Viitattu 26.04.2017. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/ uutishuone/Sivut/Virtuaalisairaaloita-yliopistollisten-sairaanhoitopiirien-yhteistyönä.aspx>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A. 2015. Mobiiliteknologia ja terveyssovellukset, mitä ne ovat? *Duodecim*, 131 (13), 1285-90.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2012. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Honkanen, V. 2017. Digimaailma ja tekoäly – mielihyvän tuojia vai viejiä? *Duodecim* 133(23):2225-8.
- Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 1-9.
- Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi, Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 1-109.
- Hyppönen, H., Aalto, A., Persephone, D., Hämäläinen, P., Kangas, M., Keränen, N., Kärki, J., Lääveri, T., Reponen, J. & Ryhänen, M. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Seurantamittarit ja tuloksia Sote-tieto hyötykäyttöön- strategian näkökulmasta. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos*, 1-117.
- Jauhiainen, A. & Sihvo, P. 2014. Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa. Teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulu.
- Kallela, M. 2016. Migreenin hoitoon yksilöllisiä vaihtoehtoja. *Suomen lääkärilehti*, (48) 3077-3083.
- Kananen, J. 2008. Kvantti kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Hyväs kylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY Pro Oy.
- Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, KB., Elsworth, G. & Osborne, RH. 2018. A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ).
- Koiranen, I., Räsänen, P. & Södegård, C. 2016 Mitä digitalisaatio on tarkoittanut kansalaisen näkökulmasta? *Talous ja yhteiskunta*, 3/2016, 24–29.
- Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2013. Sairaanhoidattajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. *Sairaanhoidattajaliitto*, 1-54.
- Kvalimotv 2013. Tutkimusongelmat. Viitattu 05.04.2017 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_1.html
- Liimatainen, T. 2009. Sairaanhoidattajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaatintutkielma.
- Miettinen, T. 2016. Internet kivunhallinnan vahvistamisessa kroonisessa kivussa. *Kipuviesti* 1, 56-61.
- Mäkelä, M. & Mäkijärvi, M. 2017. Teknologia mullistaa sairaalat ja lääkärinkäytön – otatko haasteen vastaan? *Duodecim*, 133 (5), 435-436.
- Nukari, E. 2016. Digitalisaatio uudistaa oppimista. *Työterveyslääkärilehti*, 34 (3), 26-28.
- Puumalainen, I. & Airaksinen, M. 2016. Järkevä itsehoito on osa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. *Duodecim*.

Rosenlund, M. & Kinnunen, U. 2018. Ikäihmisten kokemukset terveydenhuollon sähköisten palvelujen käytöstä ja kokemusten hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Kuopio, Suomi, 264-284.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Helsinki, 1-37.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Palvelut asiakaslähtöisiksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Helsinki.

Steinhubl, S. & Topol, E. 2015. Moving from Digitalization to Digitization in Cardiovascular Care: Why is it Important and What Can it Mean for Patients and Providers? HHS Public Access.

Sumelahti, M. 2013. Nainen, hormonit ja migreeni. *Duodecim*, 129 (4), 345-350.

Swihart, D. 2009. Nursing professional development: Roles and accountabilities. *Medscape. American Nurses Credentialing Center*, 1-2.

Tassorelli, C., Jensen, R. Allena, M., De Icco, R., Sances, G., Katsarava, Z., Lainez, M., Leston, JM., Fadic, R., Spadafora, S., Pagani, M., Nappi, G. & COMOESTAS Consortium. 2014. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia*. Vol. 34(9) 645-655.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valtakunnallinen Terveydenhuollon Eettinen Neuvottelukunta 2002. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 30.04.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Westergaard, M., Glumer, C., Hansen, E. & Jensen, R. 2014. Prevalence of chronic headache with and without medication overuse: Associations with socioeconomic position and physical and mental health status. *Therapeutic Advances in Drug Safety*. Pain. Oct;155(10):2005-2013.

Saatekirje

SAATEKIRJE

Tutkimus: Päänsärkypotilaan tarpeet ja odotukset päänsärryn digihoitopolulle.

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselytutkimukseen, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa päänsärkypotilailta mitä mieltä he ovat digihoitopolun palveluista, sisällöstä ja kestosta. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Terveyskytlyn Aivotalo-hankkeeseen. Lupa tutkimukselle on saatu Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tämän tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa digihoitopolun sisällön, rakenteen ja keston kehittämiseksi päänsärkypotilaille. Kyselylomakkeessa kysytään potilaiden näkemystä digihoitopolun sisältöön ja sen keston.

Jokainen vastaus on arvokasta tietoa. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömänä. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoon HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa. Kyselyyn vastaaminen kestää noin viisi minuuttia. Vastauslomakkeen voit jättää huoneeni ulkopuolella olevaan suljettuun palautuslaatikkoon.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, TtT, yliopettaja, Turun AMK /Terveys ja hyvinvointi.

Vastauksistasi kiittäen

Sairaanhoitaja Jennika Latvala

Turun ammattikorkeakoulu, YAMK-opiskelija

Tutkimustiedote

TUTKIMUSTIEDOTE

Arvoisa potilaamme,

Kutsumme Teitä osallistumaan kyselytutkimukseen, joka on ylempään ammattikorkeakouluun kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus: Päänsärkypotilaan tarpeiden ja odotusten kartoitus päänsärryn digihoitopolulla. Opinnäytetyö on osa Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Terveyskylähanketta. Tutkimukselle on myönnetty HUS:sta tutkimuslupa 18.12.2017.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päänsärkypotilaiden tarpeita ja toiveita kehitteillä olevan, sähköisen, digitaalisen hoitopolun sisällöstä ja sen kestosta. Tutkimuksen tuloksia käytetään päänsärkypotilaiden digihoitopolun sisällön ja keston kehittämisessä.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeella päänsärkypotilailta, jotka ovat hoitosuhteessa HYKS:n neurologian poliklinikalla. Aineiston keruu tapahtuu marras-joulukuussa 2017. Saatte kyselylomakkeen ja siihen liittyvän saatekirjeen vastaanottonne yhteydessä.

Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, TtT, yliopettaja, Turun AMK /Terveys ja hyvinvointi.

Jokainen vastaus on arvokas asiakaslähtöisten sähköisten palvelujen kehittämisessä.

Lisätietoja

Jennika Latvala

Sairaanhoitaja (AMK), YAMK-opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

Kyselylomake

AIVOTALON PÄÄNSÄRKYOSION DIGIHOITOPOLKUUN LIITTYVÄ KYSELYTUTKIMUS

Ikä: _____ Sukupuoli: _____
- Elämäntilanne: a) kokopäivätyössä b) osapäivätyössä c) vanhempainlomalla / hoitovapaalla / äitiyslomalla d) virkavapaalla e) lomautettu f) työtön g) sairauslomalla h) eläkkeellä i) opiskelen j) olen kotona ilman ansio- tai muita tuloja k) kuntoutustuella l) muu, mikä? _____
- Koulutus: a) kansakoulu b) peruskoulu c) ammattikoulu/opisto d) opistoaste e) lukio f) yliopisto/ ammattikorkeakoulu g) muu koulutus / koulutus kesken _____
- Kauanko nykyinen hankala päänsärkytilanteesi on kestänyt? _____ kuukautta/ _____ vuotta
- Millaiseksi arvioit tietokoneen ja tietotekniikan käyttövalmiutesi asteikolla 1-10 (1 erittäin huono – 10 erinomainen) _____

Ympyröi jokaisen kysymyksen oikealta puolelta numero, joka vastaa parhaiten mielipidettäsi päänsäryn digihoitopolkuun liittyvän asian tärkeydestä. Käytä taulukon ylärivillä olevaa asteikkoa.

Kysymys: Pidän tärkeänä, että minulla on mahdollisuus -	Tärkeys				
	Ei lainkaan tärkeä	Ei kovin tärkeä	Ei mielipidettä	Melko tärkeä	Erittäin tärkeä
chattikeskusteluun muiden digihoitopolkuun osallistuvien potilaiden kanssa.	1	2	3	4	5
kahdenkeskiseen chattikeskusteluun valmentajani kanssa.	1	2	3	4	5
ottaa yhteyttä digihoitopolun valmentajaan tarpeen mukaan.	1	2	3	4	5
jättää valmentajalle viesti ja minuun otetaan yhteyttä kolmen päivän sisällä.	1	2	3	4	5
keskustella valmentajani kanssa Skypen välityksellä.	1	2	3	4	5
saada tietoa oikeanlaisesta särkylääkkeiden käytöstä päänsäryn hoidossa.	1	2	3	4	5
saada tietoa mitä muuta voin tehdä kuin ottaa särkylääkkeen kivun tullessa.	1	2	3	4	5
oppia, mitä voisin tehdä fysioterapian keinoin päänsärkyni hallinnassa.	1	2	3	4	5
oppia miten rentoutua.	1	2	3	4	5
saada tietoa psykologisista keinoista kivun hallinnassa.	1	2	3	4	5
perehtyä ”usein kysytyt kysymykset”-osioon.	1	2	3	4	5
kahdeksan kuukautta kestävään digihoitopolulla tapahtuvaan hoitojaksoon?	1	2	3	4	5
12 kuukautta kestävään digihoitopolulla tapahtuvaan hoitojaksoon?	1	2	3	4	5

Mitä muuta toivoisit päänsäryn digihoitopolkuun, mitä yllä ei mainittu?
