

Sydän- ja verisuonitautipotilaiden elämäntapaneuvontatuotteiden kehittäminen TerveysPajussa

Henna Kautto

Opinnäytetyö

Liikunta-alan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Liikunta-alan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

2011



<p>Tekijät Henna Kautto</p>	<p>Ryhmä tai aloitusvuosi YAMK 2009</p>
<p>Opinnäytetyön nimi Sydän- ja verisuonitautipotilaiden elämäntapaneuvontatuotteiden kehittäminen TerveysPajussa</p>	<p>Sivu- ja liitesivumäärä 71 + 1</p>
<p>Ohjaaja tai ohjaajat Timo Vuorimaa</p>	
<p>Tässä opinnäytetyössä selvitettiin minkälaisia näkemyksiä ja tarpeita sydänpotilailla on elämäntapaneuvontatuotteista. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella pyrittiin selvittämään mitkä sydänpotilaiden terveystyötyymiseen liittyvät seikat tulisi erityisesti huomioida uuden sydänpotilaille tarkoitetun elämäntapaneuvontatuotteen kehittämisessä. Tavoitteena oli myös selvittää eroaako hoitoalan ammattilaisten ja sydänpotilaiden odotukset tuotteen sisällöstä. Näiden selvitysten pohjalta tavoitteena oli kehittää Liikuntakeskus Pajulahden TerveysPajuyksikön elämäntapaneuvonnan palvelutuotteita, jotka ovat suunniteltu sydän- ja verisuonitautipotilaille sekä taudin riskiryhmään kuuluville henkilöille.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastatteluin. Haastateltaviksi valittiin kokemusasiantuntijoita ja ammatillisia asiantuntijoita. Valitun kokemusasiantuntijaryhmän tehtävänä oli toimia tuotekehityksessä innovaattoreina.</p> <p>Potilaat kokivat, että elämäntapaneuvontaa on saatavilla, mutta se ei ole riittävää. Tiedonhaku koettiin haastavaksi ja sen lisäksi potilaat kokivat, että ammattilaisten terveystiedotuksessa on eroja. Potilaat toivoivat tiedotukseen selkokieliisyyttä. Potilaat halusivat kuntoutuksessa korostaa sosiaalisuutta, mutta samalla he toivoivat tiedon henkilökohtaistamista. Muutoshetki korostui tutkimuksessa yhdeksi päätulokseksi: kokemusasiantuntijan ja lääkärin haastattelulausuntojen perusteella varhaisen diagnoosin jälkeen on suurin mahdollisuus vaikuttaa potilaan elämäntapamuutoksiin. Myöhemmin elämäntapamuutosten teko on vaikeampaa. Tukihenkilön merkitys sydänpotilaan kuntoutumisessa nousi yhdeksi selkeäksi tutkimustulokseksi. Ammattilaisten ja potilaiden näkemykset erosivat lähinnä kuntoutusmallien ja liikuntalajien osalta. Kuntoutusmalleiksi potilaat toivovat kurssimuotoista kuntoutusta, kun taas lääkärin näkemys pysyviin elämäntapamuutoksiin on avokuntoutusmuoto. Sydänasiantuntija näki liikuntalajit monipuolisemmin kuin potilas. Potilas yhdistäisi liikunnan johonkin muuhun toimintaan hyötyliikunnan tavoin.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella selvisi, että tuotteen sisältö ja markkinointi kaipaa uudistamista. Uudistamista on kohdistettava erityisesti yksilötason selkeämpään ohjeistukseen. Sosiaalista toimintaa sekä kulttuurin ja liikunnan yhdistämistä tulee lisätä tuotteeseen. Selkokieliisyyttä tulee korostaa. Räätelöinnin mahdollisuutta tulee lisätä selkeämmin sisällön osiin ja tuotteen laajuuteen. Eri ammattilaisten osuuksia tuotteen sisällä tulee laajentaa ja lisätä. Markkinointia tulee kohdentaa oikeaan kohderyhmään. Tutkimuksessa selvinnyt muutoshetkeä ja mainontapaikkoja tulee hyödyntää markkinoinnissa.</p>	
<p>Asiasanat Elämäntapaneuvonta, palvelutuoteinnovaatio, kokemusasiantuntija, TerveysPaju</p>	

Degree programme

<p>Authors</p> <p>Henna Kautto</p>	<p>Group or year of entry</p> <p>YAMK2009</p>
<p>The title of thesis</p> <p>Cardiovascular Disease Patients Lifestyle Advice Products Development to the TerveysPaju</p>	<p>Number of pages and appendices</p> <p>71 + 1</p>
<p>Supervisors</p> <p>Timo Vuorimaa</p> <p>In this thesis examined what kind of opinions and needs are cardiovascular disease patients of the lifestyle advice service products. Goal was to find out what are issues what need to be taken into account to development process of new service products for cardiac patients. The aim was also to clarify what are the professionals and cardiac patients expectations of product scope and do they have lot of different thoughts of that. Based on results the goal was to improve products of lifestyle services which where applied to cardiovascular disease patients and the persons who belong to high-risk group.</p> <p>In this qualitative research material was collected with individual and group interviews. Interviewees consist of persons who have professional expertise and persons whom expertise based on experiences. The persons who have been elected to expertise group were to be as innovators of product development.</p> <p>The results showed that patients want to have more advising for lifestyle services. Patient's experiences were that available information is difficult to find out. Patients wished that information should be more understandable. Patients wanted to emphasize meaning of sociality but at the same time they hope that information should be more individual. Based on expert's statements the early after diagnosis is the best opportunity to influence the patient's lifestyle. This research shows that support person has a significant role of patient rehabilitation process. There were differences of thoughts between professionals and patients concerning rehabilitation models and exercises. The patients wish for rehabilitations are that they have been implemented as a course format. But the doctor opinion is the best ways to reach constant lifestyle changes are to use rehabilitations what are not fully served. The cardiac specialist has more versatile thoughts of sport events than the patients. The patient would combine the sport more close to every day life.</p> <p>Based on research results the content of product and it's marketing needs to be refreshed. Refreshing process needs will be applied particularly to combine social, cultural and sport activities. It has also important role to improve individual instructions. The important thing is to emphasize instructions so that they are understandable. Customization possibilities need to be increased scope of the product. The research presented that wider range of experts need to be utilize in the product. Based on results marketing should be more focused on target. It is also important that advertising is published at right media and it should be right timed.</p>	
<p>Key words</p> <p>Lifestyle advice, service product innovation, expertise of experience, TerveysPaju</p>	

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Yleisimmät sydän- ja verisuonisairaudet	3
2.1	Sepelvaltimotauti	3
2.2	Sydämen vajaatoiminta.....	4
2.3	Aivoverenkiertohäiriöt	4
2.4	Kohonnut verenpaine	4
2.5	Rasva-aineenvaihdintahäiriöt.....	5
3	Sydänkuntoutus Suomessa	6
3.1	Suomen Sydänliitto ry kuntouttajana.....	6
3.2	Julkisen terveydenhuollon sydänkuntoutus	7
3.3	Kuntoutuksen kannattavuus ja tulevaisuuden näkymät.....	8
4	Tuotteistaminen	10
4.1	Tuotteistamisen määritelmä.....	10
4.2	Palvelu tuotteena	10
4.3	Palvelun tuotekehitys ja tuotteistamisen keinot.....	11
5	Asiakas tuotekehityksen osana.....	14
5.1	Käyttäjätutkimusmalli tuotekehityksessä	14
5.2	Asiakas kokemusasiantuntijana.....	17
5.3	Kokemusasiantuntija tuoteinnovaation osana.....	17
6	Innovaatiot palvelutuotteen kehityksessä	19
6.1	Mitä on innovaatio?	19
6.2	Palveluinnovaatiot.....	20
6.3	Yksityinen palveluliiketoiminta	20
7	TerveysPaju osana Pajulahden palveluita.....	22
7.1	TerveysPajun segmentit.....	22
7.2	Sydän- ja verisuonitauti segmentti.....	22
7.2.1	Sydämen asialla - kuntoremontti.....	23
7.2.2	Sydämen asialla - päivä ja Sydämen asialla - lyhytkurssi.....	25
7.2.3	Sepelvaltimotauti - Takaisin kuntoon! -kurssi.....	26
8	Kehityshankkeen tavoite ja tutkimusongelmat.....	29

9	Tutkimusmenetelmät	30
9.1	Kohderyhmä	30
9.2	Tiedonkeruun kuvaus	31
9.2.1	Haastattelumenetelmä: yksilöhaastattelut	32
9.2.2	Haastattelumenetelmä: ryhmähaastattelu.....	33
9.3	Aineiston käsittely	34
10	Tulokset ja pohdinta.....	36
10.1	Elämäntapaneuvontatuotteista olemassa olevat ennakko-odotukset	37
10.2	Potilaiden kokemuksia elämäntapaneuvontatuotteista.....	39
10.3	Potilaan elämäntapa ennen sairastumista.....	44
10.4	Potilaan elämäntapa sairastumisen jälkeen	44
10.5	Ihannepalvelutuotteen sisältö ja kustannus.....	48
10.6	Sydäntietouden hakeminen	60
10.7	Potilaan ja ammattilaisen mahdolliset näkemyserot tuotteesta	61
11	Tutkimuksen johtopäätökset.....	63
11.1	Sydäntuotteen painopisteet muuttuvat.....	63
11.2	Toimenpidesuositukset: Innovatiiviset ratkaisumallit.....	63
11.3	Jatkokehittämissuositukset	65
11.4	Kehittämisprosessin evaluaatio	67
	Litteet.....	74

1 Johdanto

Usealla työpaikalla muodostetaan paljon työryhmiä. Nämä erilaiset työryhmät pyrkivät kehittämään ideoita ja tuotteita. Vaikka tuotekehitysryhmät käyttävät paljon omaa ja yrityksen aikaa tuotekehitykseen, voi suureksi hämmästykseksi koitua ilmiö, että kehitetylle tuotteelle ei löydykään käyttäjää. Tuotekehitysryhmän näkemyksen mukaan potentiaalinen asiakasryhmä on kuitenkin jo olemassa. Vaikka työryhmä on ollut moniammatillinen ja tuote on helposti saatavilla, niin silti kysyntää ei ole. Ehkä on käynyt niin, että kaikessa tuotteenluomisen innossa onkin tärkein unohtunut: hän, joka sitä tuotetta käyttäisi, puuttuikin tuotekehitysryhmästä. Hän, joka tuotteen kuluttajana olisi voinut kertoa mitä toivoisi tuotteen sisältävän ja mitä se voisi maksaa.

Toikon (2008) mukaan kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta kyseisestä asiasta juuri asiakkaan näkökulmasta ja joka osallistuu kokemuksellaan tuotteen kehittämistyöhön. Tässä kehittämishankkeessa kokemusasiantuntijat ovat innovoimassa sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisyä ja hoidon elämäntapaneuvonnan palvelutuotetta. Innovointi palvelutuotteen kehittämisessä tarkoittaa uusien toimintamallien, ajattelutapojen ja uusien tuotteiden kehittämistä (Työ- ja elinkeinoministeriö, 2011).

Tässä työssä kehitetään sydäntuotteita, jotka kuuluvat TerveysPajun sydänsegmentin palvelutuotteisiin. TerveysPaju on Nastolassa sijaitsevan Liikuntakeskus Pajulahden toimiva hyvinvointipalveluita tuottava yksikkö. Tämän kehityshankkeen merkittävänä osana käytetään kokemusasiantuntijoiden innovaatioita sekä kahden ulkopuolisen asiantuntijan näkemyksiä sydäntuotteista. Sen lisäksi työssä tarkastellaan ilmiöitä ja mahdollisia näkemyseroja tuotteesta, joita ammatillisen asiantuntijan ja kokemusasiantuntijan saattaa olla. Tässä työssä painotetaan kokemusasiantuntijoiden ideoita, jotta tuotteen asiakaskeskeinen kehittäminen onnistuisi. TerveysPajun sydäntuotteen sisältö on jo aiemmin luotu ja kaikki muukin oleellinen tuotteen näkökulmasta on olemassa. Tuotteen kysynnän puute on silti suuri, koska tuotteelle ei ole tehty riittävän tarkennettua kohderyhmärajausta. Myös markkinointia ja sen menetelmiä tarkastellaan tämän työn edetessä.

Sydän- ja verisuonitautipotilaiden elämäntapaneuvonta ja sydänkuntoutus on niin yhteiskunnan kuin yksilönkin näkökulmasta tärkeää ja ajankohtainen aihe. Yhteiskunnalle kyseinen kansansairaus on suuri kustannuserä, koska sepelvaltimotauti muodostaa suurimman yksittäisen kuolinsyyryhmän (Tilastokeskus 2010). Ennustus sairauden tulevaisuudesta on

rohkaiseva tuotteen kehittämisen ja tulevaisuuden kannalta. Oletettavissa on, että valitettavasti vielä nykyistäkin suurempi osa suomalaisista tulee sairastumaan sydän- ja verisuonitauteihin elämäntapojensa vuoksi. Suomalaiset ovat lihavimpia kuin 20-vuotta sitten ja tupakointi varsinkin nuorten naisten keskuudessa on lisääntynyt. Elämäntapaneuvonta aiheena on noussut myös ajankohtaiseksi esimerkiksi julkisuudessa laajasti esillä olevan rasvakeskustelun myötä. Jopa asiantuntijat kiistelevät julkisesti eri rasvalaatuojen haitoista ja hyödyistä. Tässä julkisessa asiantuntijaväittelyssä tulisi tavallisen kuluttajan pystyä tekemään itseään koskevia päätöksiä.

Tämän kehitystyön tavoitteena on rakentaa haastatteluiden perusteella elämäntapaneuvonnan palvelutuote niin, että se vastaa potentiaalisen asiakkaan toiveita. Samalla on tärkeää huomioida laadukas ammatillinen näkökulma palveluntuottamisesta, jolla pyritään hyvään ja pysyvään elämäntapamuutokseen.

2 Yleisimmät sydän- ja verisuonisairaudet

Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdintahäiriöt. Riskitekijöihin näissä sairauksissa kuuluvat perinnölliset tekijät, ravinnon rasvapitoisuus, veren korkea kolesterolipitoisuus, erityisesti LDL-kolesterolin osuus sekä tupakointi. Miehillä on suurempi todennäköisyys sairastua sydän- ja verisuonitauteihin sekä sairastuvuuden riski lisääntyy ikääntyessä. (Reunanen 2005.)

Kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt huomattavasti 70-luvulta lähtien, mutta ne silti aiheuttavat vajaan puolet työikäisten kuolemista Suomessa. Sydän- ja verisuonitaudit muodostavat suurimman yksittäisen kuolinsyryryhmän (Reunanen 2005). Vuonna 2009 suomalaisista kuoli sepelvaltimotautiin 11 534 henkilöä, joka on 22 prosenttia kaikista kuolemista. (Tilastokeskus 2010.)

Suomen alueella sydän- ja verisuonitautisairastavuudessa ja kuolleisuudessa on paljon eroja. Sepelvaltimotautia on eniten Itä- ja Koillis-Suomessa, jopa puolitoistakertaa enemmän kuin Lounais-Suomessa. Myös sosioekonomisia eroavaisuuksia löytyy ja onkin huomattu, että vähempituloisten ryhmissä on suurempi riski sairastua ja kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. (Reunanen 2005.)

2.1 Sepelvaltimotauti

Yleisin Sepelvaltimoverenkierron heikkenemisensyy on valtimonseinämien kovettuminen. Sepelvaltimotaudin riskitekijöiksi luetaan liian vähäinen liikunta, tupakoinnin, korkean kolesterolin ja kohonneen verenpaineen (Suomen Sydänliitto ry. 2011b). Sepelvaltimotauti ilmenee muun muassa sydänlihaksen kuoliona, sydäninfarktina sekä rasisurintakipuna (Reunanen 2005). Säännöllistä liikuntaa harrastavalla on puolet pienempi vaara sairastua sepelvaltimotautiin kuin vähemmän liikuntaa harrastavalla ja liikunnan on todettu ehkäisevän sepelvaltimotautia vaikuttamalla taudin keskeisiin vaaratekijöihin. Vaaratekijöiksi luetaan kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, diabetes ja ylipaino (Suomen Sydänliitto ry. 2011b). Sydänsairauden oireita ei aina nähdä tai havaita, ja siksi on mahdollista, että oireeton sepelvaltimotautia sairastava menehtyy äkkikuolemaan (Reunanen 2005).

Miesten kuolleisuus oli vähentynyt noin neljännekseen sen korkeimmasta tasosta 2000-luvulta tultaessa (Reunanen 2005). Sepelvaltimotautiin kuolee vuosittain noin 12 000 suomalaista (Tilastokeskus 2010). 1960-luvulla Suomi oli maailman kärkisija keski-ikäisten miesten

sepelvaltimotautikuolleisuudessa (Reunanen 2005). Yhteensä 11 534 henkilöä kuoli sepelvaltimotautiin vuonna 2009 ja näistä miesten osuus oli yli puolet (Tilastokeskus 2010).

Elintapojen ohella parantunut hoito on vuosikymmenten saatossa vaikuttanut sepelvaltimotaudin vähenemiseen. Erilaiset toimenpiteet kuten liuotus- ja lääkehoito, lisääntyneet ohitusleikkaukset ja pallolaajennukset ovat kehittyneet viime vuosikymmeninä (Reunanen 2005). Sairauden vähentyessä on silti odotettavissa jälleen lisää sepelvaltimotautiin sairastuvia. Syynä siihen on väestön ikääntyminen ja tehokkaammasta hoidosta johtuva sairastuneiden elinennusteen parantuminen. Huomattava kuitenkin on, että lähitulevaisuudessa tupakoinnin vaikutus alkaa näkyä naisten lisääntyneenä sepelvaltimotautisairastuvuutena ja –kuolleisuutena. Nuorten naisten ikäluokissa on tapahtunut tupakoinnin lisääntymistä, joten kestää vielä jonkun aikaa, ennen kuin he saavuttavat iän, jossa sepelvaltimotautitapahtumat käyvät ajankohtaisiksi. (Salomaa 2006.)

2.2 Sydämen vajaatoiminta

Yleisimpiä sydämen vajaatoiminnan syitä on sepelvaltimotauti ja verenpainetauti. Sen lisäksi syihin lukeutuu synnynnäiset sydänviat, hankitut läppäviat sekä sydänlihassairaudet, nämä ovat kuitenkin harvinaisempia. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien määrä on laskussa. Vajaatoimintaa esiintyy yleisimmin Itä- ja Pohjois-Suomessa. (Reunanen 2005.)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöt tarkoittavat aivovaltimoverenkierron pysyvää tai tilapäistä heikkenemistä tai aivoverenvuotoa. Aivotoimintahäiriöt, kuten tajunnan heikkeneminen ja halvausoireet, johtuvat näistä syistä. Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ovat verenpaine, tupakointi, ravinnon rasvapitoisuus, ja veren kolesterolipitoisuus täten myös aivoverenkiertohäiriöissä on samat riskitekijät. (Reunanen 2005.)

2.4 Kohonnut verenpaine

Suomalaisista aikuisista 60 %:lla on korkea verenpaine, jopa viidenneksellä hoito on tarpeellista. Yleinen verenpaineen suositustaso on 140/90 mmHg. Vuonna 2001 kohonneen verenpaineen lääkityksen erityiskorvausoikeus oli 9,1 %:lla suomalaisista ja vuosittain uusia tapauksia todetaan 0,8 %:lla suomalaisista. Kohonnutta verenpainetta ilmenee eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa ja verenpaine kohoaa iän myötä. (Reunanen 2005.)

2.5 Rasva-aineenvaihduntahäiriöt

Rasva-aineenvaihduntahäiriöt ovat veren kolesterolipitoisuuksien häiriöitä. Tästä johtuen valtimonseinien kovettumien syntymisriski kasvaa. Voidaan puhua rasva-aineenvaihduntahäiriöistä kun kokonaiskolesteroli on yli viisi mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuus yli 3 mmol/l, tai HDL-kolesteroli alle yksi mmol/l. (Reunanen 2005.)

Kolesteroliarvot ovat yleisesti kehittyneet hyvään suuntaan. Osasy siihen on elintapojen ja ruokailutottumusten parantuminen. Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ovat yleisempiä pienempien tulojen ja vähäisemmän koulutuksen ryhmissä sekä sitä ilmentyy eniten Itä- ja Pohjois-Suomen alueella (Reunanen 2005). Tutkitusti työikäisistä miehistä lähes 70%:lla ylittyy kolesteroliarvojen ihannearvot, vastaava prosentti naisilla on 63. Ihannearvon ylitys tarkoittaa yli 5 mmol/l (Laatikainen ym. 2002, 94).

3 Sydänkuntoutus Suomessa

Sydänkuntoutusta on annettu Suomessa jo 1960-luvun alusta alkaen. Näitä kursseja pidettiin sydäninfarktiin sairastuneiden toipilasvaiheen kuntoutuskursseina. 1970-luvulla on todettu, että sydänkuntoutus voi alentaa sydänkuolleisuutta, erityisesti äkkikuolleisuutta. Tutkimukseen osallistui kaksi keskusta Suomesta, Helsinki ja Turku, jotka osoittivat WHO:n monikeskustutkimuksessa kuntoutuksen hyödyn. Sydämen kuntoutus laajeni kokonaisvaltaisemmaksi kuntoutukseksi seuraavina vuosikymmeninä sen ollessa aikaisemmin lähinnä liikunnan ja fyysisen harjoittelun näkökulmasta. Kokonaisvaltainen kuntoutus tarkoittaa tässä pyrkimystä sekundaaripreventioon (varhaisen diagnoosin jälkeinen ehkäisy tai hoito pyrkimyksenä vähentää sairauden etenemisen) lisääntyneitä riski- ja vaaratutkimuksen tietoa hyödyntämällä. Pallolaajennuksella ja ohitusleikkauksilla hoidetut toipilaat pääsivät myös 1990-luvulla mukaan kuntoutukseen. Näiden lisäksi vajaatoimintapotilaille ja synnynnäisiä sydänvikoja sairastaville on saatu tuotettua kuntoutusta. Avokuntoutusmallit ovat myös tällöin kehitetty laitospotilaiden rinnalle. Vuonna 2008 todetaan Käypähoito katsauksessa: ”Liikuntaan perustuva sydänkuntoutus vähentää ennenaikaisen kuoleman ja sepelvaltimotaudin aiheuttaman kuoleman vaaraa sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä.” Tupakoinnin lopettamiseen, kokonaiskolesteroliarvoihin ja systoliseen verenpaineeseen on voitu vaikuttaa suotuisasti sekundaaripreventiossa. 1990-luvulla kuntoutukseen tuki mukaan hoito, jolla pyrittiin vaikuttamaan myös depressiivisiin oireisiin. (Saarinen 2011.)

3.1 Suomen Sydänliitto ry kuntouttajana

Sydänliitto on kansanterveys- ja potilasjärjestö, jonka tavoitteena on edistää sydän- ja verisuoniterveyttä. Sydänliiton toimintaan kuuluu elämäntapamuutoksien tukeminen ja avun antaminen sairaudesta toipumiseen (Suomen Sydänliitto ry. 2011a). Suomen Sydänliiton toimintaan kuuluu myös tuottaa monipuolista sydän tietoutta ja kuntoutusapua. Suomen Sydänliiton kanssa yhteistyössä toimii Sydäntutkimussäätiö. (Vanhanen & Penttilä 2006.)

Sydänliiton tavoitteeksi on määritelty sydänterveyden parantuminen Suomessa 2020-luvulle mentäessä. Tavoitteena on, että vältettävissä olevat sydän- ja verisuonisairaudet eivät ole merkittävä kansanterveysongelma. Sen lisäksi tavoitteena on, että ihmiset saavat elää sydänterveyttä edistävissä ympäristössä toimien aktiivisesti oman terveytensä parhaaksi ja saaden vaatimansa hoidon oikea-aikaisesti hoitoketjun kaikissa vaiheissa asuinpaikasta riippumatta. (Suomen Sydänliitto ry. 2011a.)

Kuntoutuksen tulevaisuuden haasteet Suomen Sydänliitto luettelee seuraavasti: Tukea potilasta elämäntapamuutoksissa (liikunta ja ravinto) sekä tupakoinnin lopettamisessa. Sen lisäksi haasteiksi luetaan sekundaaripreventio, depression tunnistaminen ja hoito sekä sosiaalinen tuki ja aktivointi (Vanhanen & Penttilä 2006). Sydänliitto mainitsee toimintaansa kuuluvan Sydänohjelman toimintalinjoiksi kolme oleellista tekijää:

1. Väestötasolla terveiden elintapojen tiedottaminen pienestä pitäen
2. Sairauden ehkäisyä ja hallintaa
3. Sairauden pahenemisen ja uuden kohtauksen ehkäisyä ja kuntoutusta

Toimintalinjan kolmannessa osassa tavoitteena on, että Sydänohjelmalla pystyttäisiin turvaamaan riittävät voimavarat sydän- ja verisuoniterveyttä edistävän avokuntoutuksen kehittämiseksi. Sydänliiton toimintaan kuuluu TULPPA-avokuntoutusohjelma, jonka tarkoituksena on tuoda kuntoutumismahdollisuus lähelle potilasta. Tätä kuntoutusmuotoa järjestetään ryhmäkuntoutuksena terveyskeskuksissa sydänpiirien ja julkisen terveydenhuollon yhteistyönä. Ohjelma on tarkoitettu sepelvaltimotautia tai lievää aivoverenkiertohäiriötä sairastavien kuntoutukseen sekä tyypin 2 diabeetikoille, joilla on korkea riski sairastua valtimotauteihin. TULPPA-ohjelma on alkanut vuonna 2006 kuudessa eri sydänpiirin alueessa Raha-automaattiyhdistyksen tuella. (Suomen Sydänliitto ry. 2011a.)

3.2 Julkisen terveydenhuollon sydänkuntoutus

Mäkinen & Penttilä (2007) ovat kartoittaneet julkisen terveydenhuollon palvelukäytäntöjä Suomen Sydänliitto ry:n toimeksiannosta. Selvityksen tarkoituksena oli kartoittaa sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuskäytäntöä ja -palveluja julkisessa terveydenhuollossa.

Suomen Sydänliitto ry:n tekemän selvityksen mukaan 7-8 % sepelvaltimotautipotilaista pääsee järjestetyn kuntoutuksen piiriin julkisessa terveydenhuollossa. Määrä luokitellaan Euroopan pienimmiksi. Liikunnalliseen kuntoutukseen ohjaamisessa koettiin puutteita ja esimerkiksi liikunta- ja ravitsemusneuvonnan antoivat sairaanhoitajat ja lääkärit. Selvityksessä todetaan myös, että potilasohjaukseen sopivasta tukiaineistosta oli pulaa. Selvityksessä ilmeni, ettei sydänkuntoutus toteudu määrältään eikä sisällöltään toivottavalla tavalla julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksessa mainitaan myös, että sydänkuntoutus tulisi sisällyttää potilaiden hoitoketjuihin yli organisaatorajojen. Oleellista on, että potilasohjausta tulisi muuttaa sekä sisällöltään että ajoitukseltaan, jotta se vastaisi paremmin potilaiden tarpeisiin.

Huomioitavaksi tulevaisuudessa tulee suuret ikäluokat. Miten suunnitella potilaan itsehoitoympäristöä paremmaksi sekä miten antaa vuorovaikutteista, tietotekniikan avulla annettavaa, potilasohjausta. (Mäkinen & Penttilä 2007.)

3.3 Kuntoutuksen kannattavuus ja tulevaisuuden näkymät

Rantala ja Virtanen (2008) selvittävät artikkelissaan sydänpotilaan kuntoutuksen kannattavuutta. Kannattavuus koetaan silloin parhaimmaksi kun huolehditaan kunkin potilaan ohjautumisesta sopivaan ohjelmaan ja estetään palveluiden päällekkäisyydet. Kuntoutus saadaan toteutettua yhdessä terveydenhuollon, Kansaneläkelaitoksen, sydänyhdistysten ja muiden järjestöjen tarjoamalla kuntoutuspalveluilla. Yhdeksi ydinasiaksi korostui, että ohjattu fyysinen harjoittelu voidaan toteuttaa hyvin turvallisesti myös avokuntoutuksena. (Rantala & Virtanen 2008.)

Sepelvaltimokuntoutuksen huonosta tilasta Suomessa ollaan vielä yksimielisiä (Saarinen 2011). Vaikka Clarkin, Hartlingin, Vandermeerin & McAlisterin tutkimuksessa (2005) selkeästi osoitetaan, että elämäntapaneuvonnalla on suuri merkitys sepelvaltimopotilaan hyvinvoinnissa, ei Suomessa kuntoutuksen taso yllä kuitenkaan hyvälle tasolle asiantuntijoiden mielestä (Saarinen 2011). Tavoitteena tutkimuksessa (Clark ym. 2005) oli selvittää seondaariprevention vaikutukset niin liikunnan kanssa, että ilman liikuntaa. Tutkimuksessa selvisi, että laajaa vaihtelua sisältävät sekundaaripreventio-ohjelmat kohentavat sepelvaltimotautipotilaiden terveystuloksia.

Tulevaisuudessa varsinkin sepelvaltimotaudin osa on suuri. Sepelvaltimotaudin esiintyvyys on pienentynyt viimeisen 10 vuoden aikana (Tilastokeskus 2010). Tulevaisuudessa sairaus näyttelee kuitenkin suurta osaa kansansairauksissa: sairastavuuden myönteisestä kehityksestä huolimatta huomattavalla osalla suomalaisista on edelleen riski sairastua moniin verenkiertoelinten sairauksiin ja diabetekseen. (Kattainen & Reunanen 2002.)

Ylipainolla on merkitys sairastavuuteen ja sen näkymiin tulevaisuudessa, koska kaikenikäisissä miehissä ja naisissa on selvästi enemmän lihavia kuin 20 vuotta sitten. Terveys 2000-tutkimuksessa todettiin, että kokonaiskolesteroli oli tutkimuksen aikana suositusten mukainen miehistä vain noin 18 prosentilla ja naisista 20 prosentilla (alle 5 mmol/l). Terveys 2000-tutkimus on tuottanut ajantasaiset tiedot eri verenkiertoelinsairauksien esiintyvyydestä suomalaisessa aikuisväestössä (30-99-vuotiailla). (Kattainen & Reunanen 2002.)

Terveys 2000 -tutkimuksen avulla voitiin havaita, että erityisen myönteistä on

sepelvaltimotaudin esiintyvyyden pieneneminen, mutta muutos on kuitenkin selvä vain työikäisillä ja varhaisessa eläkeiässä. Suomessa kolesterol- ja verenpaineso ovat muuttuneet myönteiseen suuntaan. Huolestuttavaksi aiheeksi sairastumisen näkökulmasta todettiin kuitenkin lihavuuden lisääntyminen. Verenkiertoelinsairauksien esiintyvyydessä on tapahtunut oleellista parantumista, mutta sairausryhmä on edelleen kansanterveydellisesti merkittävä ja erityisesti lisääntyvät vaaratekijät edellyttävät entistä aktiivisempaa suhtautumista. (Kattainen & Reunanen 2002.)

4 Tuotteistaminen

Tuotteistaminen voidaan käsittää eri tavoin. Jollekin tuotteistaminen on tuotteen myyntiin laittoa ja siihen liittyvää hinnoittelua ja toiselle se voi olla uuden keksinnön muokkaamista kuluttajalähtöiseksi (Parantainen 2008, 11). Luotu tuote voi olla siten konkreettinen, mahdollisesti käsin kosketeltava, mutta tuotteeksi voidaan luokitella myös palvelu.

Tuotteistamisen käsitteeseen voidaan sisällyttää kaikki vaiheet palvelutarjonnan määrittelystä yksittäisen tuotteen sisältöön. Vaikka tuotteistaminen on pitkä prosessi, niin sen kannattavuus on erittäin tärkeä yrityksen menestyksen kannalta.

4.1 Tuotteistamisen määritelmä

Tuotteistamiselle ei ole yhtä ainoaa määritelmää eikä tuotteistaminen terminä ole vielä kovin tunnettu. Tuotteistus ja tuotteistaminen, joita käytetään usein synonyymeinä, liittyvät kiinteästi tuotesuunnitteluun ja -kehitykseen, markkinointiin sekä asiakassuhteiden ja liiketoimintaprosessien kehittämiseen. Tuotteistuksen avulla on mahdollista kehittää palveluideoita ja niiden luomista toistettaviksi palvelukonsepteiksi. Tuotteistamalla voidaan tehostaa jo olemassa olevien palveluiden tuotantoa sekä parantaa niiden laatua. (Jaakkola, Orava & Varjonen 2009, 5.)

Tuotteistuksella tarkoitetaan ajattelutapaa sekä tuote- ja tuotekehitysstrategian toteutusta käytännössä. Tuotteistaminen on asiakkaalle tarjotun palvelun määrittelyä, suunnittelua, kehittämistä, kuvaamista ja tuottamista. Tuotteistus asiantuntijapalvelussa koskee lähinnä palveluprosesseja eikä niiden kautta syntyviä palvelukohtaisia sisältöratkaisuja. (Sipilä 1996, 12 - 13; 2003, 34). Asiantuntemuksen tai osaamisen jalostaminen myynti-, markkinointi- ja toimituskelpoiseksi palvelutuotteeksi on myös tuotteistamista (Parantainen 2007, 11).

4.2 Palvelu tuotteena

Tuote koetaan usein käsin kosketeltavaksi eikä sitä ole totuttu näkemään usein asiantuntijapalveluna ja osaamisena. Usein saatetaan jopa karsastaa ajatusta kutsua omaa erikoisosaamistaan tuotteeksi ja siksi sen hahmottaminen on vaikeaa (Sipilä 1996, 14). Mikäli asiantuntijuutta tai palvelua ei käsitetä tuotteena, saatetaan hukata paljon ylimääräisiä resursseja. Näin nähdään, että jokainen palvelu on erityistä työtä vaativa ja saatetaankin tehdä

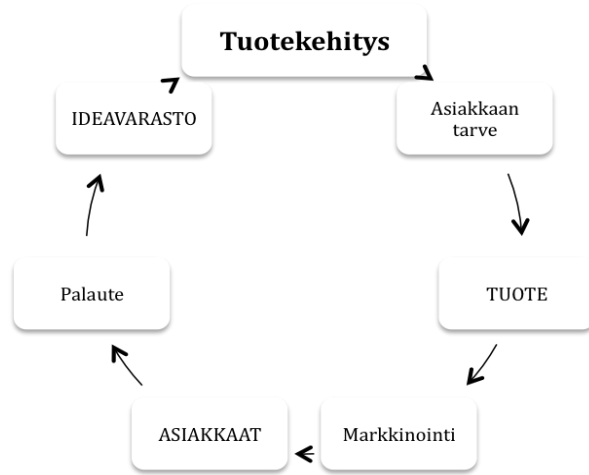
sama työ useaan kertaan käyttäen siihen paljon ylimääräistä aikaa. Mikäli palvelu nähdään myös tuotteena, voidaan sen kehitykseen, tuotantoon sekä myyntiin ja markkinointiin tehdä helpommin muutoksia. Tuotteistamisen avulla voidaan ohjata huomiota tuotteisiin ja asiakkaisiin. Näin voidaan kasvattaa tuotoskeskeistä, asiakaslähtöistä ja markkinointihenkistä ajattelutapaa. Työntekijätasolla voidaan myös vahvistaa henkilön asemaa yrityksessä ja niin antaa valmiuksia yrittäjämäiseen ajattelutapaan. Palvelun tuotteistamisesta hyöttyy siis suuresti niin asiakkaat, omistajat, yritysjohto kuin työntekijätkin. (Sipilä 1996,23.) Jari Parantaisen (2007) mukaan hyvin tuotteistetun palvelun voisi kuvata näin:

Oletetaan, että ulkomainen ostaja ottaa yrityksesi haltuun. Samalla uusi omistaja sanoo kaikki työntekijäsi ja esimiehesi irti välittömästi ilman työvelvoitteita. He lähtevät kaikki siltä seisomalta omille teilleen, eivätkä enää koskaan palaa. Seuraavana päivänä yritykseen tulee uusi joukko saman alan ammattilaisia, mutta he eivät ole edes koskaan ennen kuulleet palvelustasi. Jos näin uusittu firma alkaa tuottaa parin viikon sisällä samaa palvelua samalla tavalla kuin ennenkin, palvelusi oli hyvin tuotteistettu. Sitä voi kutsua palvelutuotteeksi. (Parantainen 2007, 12.)

4.3 Palvelun tuotekehitys ja tuotteistamisen keinot

Palvelun tuotteistamisen voi tähdätä erilaisiin uudistuksiin. Kohteeksi voidaan valita esimerkiksi nykyisen palvelun tyylin tai ilmeen muutos, nykyisen palvelun parannus, nykyisen palvelutarjonnan laajennus, uudenlainen palvelu tai räätälöidyt palvelutuotteet. Oleellista on, että kaikki uudistukset näkyvät asiakkaalle niin hyvin kuin mahdollista. (Raatikainen 2008, 72.)

Tuotekehittely ja tuotteistamisen organisoidaan usein projektiksi. Raatikainen (2008) on laatinut tuotekehityksen logiikkamallin kuvatakseen tuotekehitystä (kuva 1.). On yrityksiä, joissa tuotekehitys on jatkuvasti toiminnassa oleva kehittämisprojekti. Palvelun tuotteistamisprojektissa on myös määriteltävä selkeästi tavoite, mihin ollaan pyrkimässä. (Raatikainen 2008, 73.)



Kuva 1. Tuotekehityksen logiikka (Raatikainen 2008, 73).

Raatikainen (2008) selvittää teoksessaan myös palvelun rakentumista. Hän kuvaa palvelun sipulin malliin (kuva 2.), jonka sisältö rakentuu sipulin kerroksista. Ajatuksena on, että sipuli ikään kuin kerros kerrokselta rakennetaan isommaksi ja näyttävämmäksi. Sipulin ytimeen laitetaan perustuote eli tuoteaihio. Tämän päälle rakennetaan tuotteistamisprosessin oleellisia asioita. (Raatikainen 2008, 70.)



Kuva 2. Palvelusipuli (Raatikainen 2008, 69).

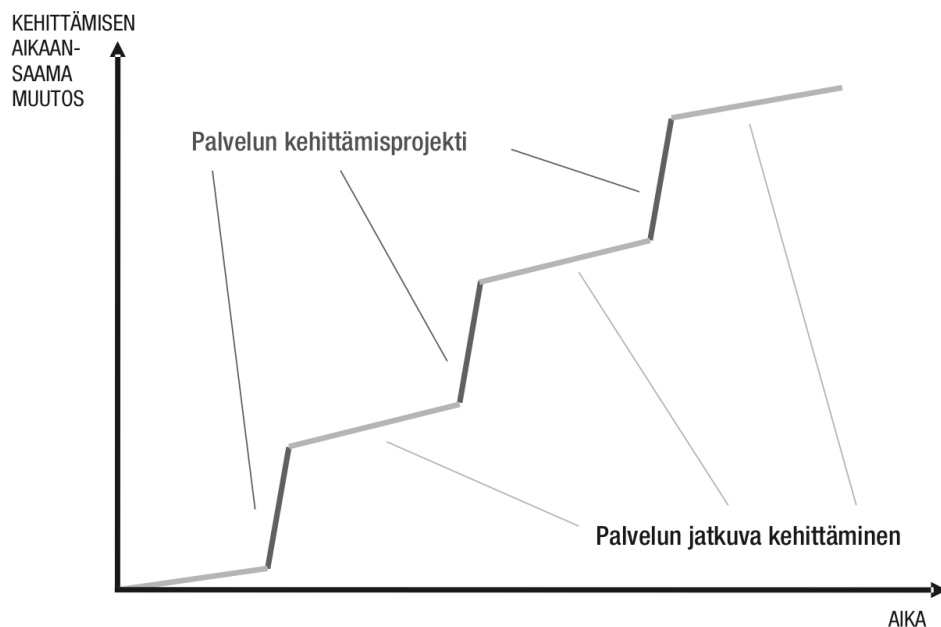
Palvelutuote muodostuu aineettomista ja aineellisista osista, työsuorituksista, tiedoista, taidoista sekä tunteista, tunnelmasta ja maineesta. Palveluiden tuotteistaminen on kokonaan tai osin näkymättömän palvelun tekemistä konkreettisemmaksi. Palvelutuotteessa tuoteaihio

voidaan korvata kysymyksellä: minkä asiakkaan ongelman palvelu poistaa? Havaitussa palvelussa se voi olla odotusaika, tuotemerkit, palveluaika, henkilöstö, palveluprosessi, palvelulaitteet tai Internet-sivut. (Raatikainen 2008, 71.)

Palveluja tuotteistaessa jää usein epäselväksi kenelle tuote on oikeastaan tarkoitettu ja mitkä ovat palvelun saamisen kriteerit. Tuotteistuksessa tärkeitä kysymyksiä ovat: keitä ovat asiakkaat, mitkä ovat asiakkaiden tarpeet, mikä on organisaation perustehtävä, mitä laatuvaatimuksia palveluun liittyy ja paljonko palvelun tuottaminen maksaa. (Karinharju 2005, 7.)

Yrityksen tuottavuuden ja kilpailukyvyn kannalta on tärkeää uusien palveluiden ja palveluinnovaatioiden kehittäminen (kuva 3.). Tuotekehitys on yksi yritysten tärkeimmistä toiminnoista, ilman sitä yritys tuskin pysyy markkinoilla (Raatikainen 2008, 59).

Palveluinnovaatio on kokonaan uusi tai jollakin tavalla uudistettu palvelu. Palveluinnovaatiossa uutuusarvo voi liittyä esimerkiksi asiakkaan kohtaamiseen, tapaan jolla palvelua tuotetaan tai asiakkaalle tarjottuun hyötyyn. Tuotteistaminen konkretisoi palvelua ja sen tarjoamaa lisäarvoa. Siksi se tekee palvelun arvioimisesta ja ostamisesta asiakkaan näkökulmasta helpompaa (Jaakkola ym. 2009, 4-5).



Kuva 3. Jatkuva ja hankeluontoinen palvelun kehittäminen (Jaakkola ym. 2009, 4).

5 Asiakas tuotekehityksen osana

Asiakkaan osallistuminen tuotteen kehittämistyöhön on tärkeää. Tavoitteena on ohjata ammattilasten toimintaa taloudelliseen ja tehokkaaseen suuntaan. Markkinaehtoisen toiminnan keskiössä ovat tilaaja ja tuottaja, mutta ennen kaikkea myös kuluttaja. Tällä ajattelulla saavutetaan paras hinta-laatusuhde. Kuluttaja voi halutessaan valita tuotteen hankinnan itse. Aidoissa markkinatilanteissa tilaaja ja tuottaja saa rinnalleen vapaan kuluttajan, joka voi valinnoillaan vahvistaa kilpailua. Kuluttajan rooli nousee näin yhtä vahvaan rooliin kuin tilaajan ja tuottajakin. Parhaimmillaan kuluttaja voi ohjata valinnoillaan palveluita ja tuotekehitystä. (Toikko 2009, 2.)

Asiakslähtöistä tuotekehitystä on tehnyt yritys Lapuan Ketju (De Mooij ym. 2005, 42-499). Vaikka tuotteena tässä esimerkissä onkin konkreettinen tuote, on asiakslähtöisessä tuotekehityksessä samoja piirteitä palvelutuotteen kanssa. Ongelmana Lapuan Ketjulla on ollut, että heidän asiakaspalautteensa on tullut monen mutkan kautta ja siten saattanut muuttua matkan varrella. Lapuan Ketjut kerää asiakaspalautteita ja käyttää sitä hyödykseen erityisesti tuotekehityksessä ja palveluiden parantamisessa. Lapuan ketju lähti mukaan M2- hankkeeseen, jossa on tarkoitus parantaa asiakslähtöistä tuotekehitystä. Tavoitteena oli löytää uusia toimintatapoja myynnin ja tuotekehityksen yhteistyöhön sekä tiivistää yhteistyötä loppukäyttäjien ja asiakkaiden kanssa. Oleellista M2-hankkeessa oli, että siinä oli mukana jakeluketjun eri osapuolet teemahaastatellen sekä yksilöittäin että ryhmissä. Yhteenvetona mainitaan, että tämän M2-hankkeen avulla he ovat saaneet asiakkaisiin enemmän kontaktipintaa, tiedonkulku on tehokkaampaa ja yhteistyö joustavampaa. Yritys on kokenut, että asiakkailta ja käyttäjiltä saa enemmän hiljaista tietoa, joka täytyy hyvin tulkita ja analysoida ennen sen viemistä käytäntöön. (De Mooij ym. 2005, 47.)

5.1 Käyttäjätutkimusmalli tuotekehityksessä

Käyttäjillä on tarpeita, jotka tulee tyydyttää. Käyttäjillä on haluja, jotka tuote täyttää. Käyttäjillä on unelmia ja toiveita, joiden saavuttamisen väline tuote on. (De Mooij ym. 2005, 146.)

Käyttäjätutkimus on tapa selvittää asiakkaiden toiveita. Yksi tapa on kerätä alle kymmenen yksittäistä henkilöä, jonka uskotaan edustavan kohderyhmää. Useimmiten käyttäjiä haastatellaan ja kerätään tietoa seuraten heidän toimintaansa. Tällaisessa tilaisuudessa on oleellista, että tiedon keräämisen tulee olla järjestelmällistä, jotta siihen voidaan luottaa.

Käyttäjien tarpeisiin on erityisen tärkeää perehtyä tuotteen menestymisen kannalta. On suuri riski suunnitella tuotetta, joka perustuu vain arvauksiin ja kehittäjän omiin näkemyksiin millainen tuote voisi olla. Käyttäjätutkimuksessa on siis oleellista mennä sanotun ja nähdyn taakse, ja miettiä miksi asiakas sanoi sitä mitä sanoi ja miksi toimi niin kuin toimi.

Käyttäjätutkimukseen kuuluu siis oleellisesti tulosten tulkinta kerätystä tiedosta.

Tulevaisuudessa tuotekehityksen uskotaan tapahtuvan yhä enemmän saumattomassa yhteistyössä käyttäjien kanssa. Nykypäivänä käyttäjälähtöisyydellä tarkoitetaan kokonaisvaltaista käyttäjän huomioimista. Käyttäjää voidaan tarkastella moniulotteisena toimijana, joka toimii yksilönä sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä ja on ajatteleva ja aktiivinen toimija. (De Mooij ym. 2005, 151.)

Kuluttajan arvot ovat oleellisessa osassa tuotteen olemassaoloa. Vaikka teknologian hyödynnetään tuotteissa paljon ei sen edistyksellisyys takaa tuotteiden menestymistä, jos kuluttaja ei näe tuotetta tarpeellisena (De Mooij ym. 2005, 151). Joskus käy niin, että suunnittelijan ja käyttäjän näkemykset tuotteesta tai sen kehityksestä eroavat oleellisesti.

Käyttäjätutkimuksen ei tulisi olla erillinen tai yksittäinen tapahtuma, vaan se kuuluisi nähdä osana tuotteen kehittämisen prosessissa. Tällä tavoin yrityksen käyttäjätieto karttuu ja pysyy käyttäjälähtöisenä. Käyttäjätutkimuksen avulla saatetaan nähdä miksi nykyinen tuote ei kiinnosta käyttäjää. Tällaisen tutkimuksen jälkeen on mahdollista kehittää tuotetta. (De Mooij ym. 2005, 151.)

Tiedonkeräämisen menetelmiä ovat valmiit lähteet, haastattelu- ja havainnointiperusteisiin menetelmiin ja itsedokumentointimenetelmiin. Käyttäjätutkimuksen voi tehdä esim. tuotekehittäjä ja hänen on oleellista löytää henkilöitä, joilta saadaan hyödyllisintä tietoa. Parhaimpia henkilöitä tähän ovat he, jotka joko nyt käyttävät vastaavanlaista tuotetta tai tulevat sitä oleellisesti käyttämään. Laadullisessa tutkimuksessa henkilömääräksi riittää alle kymmenen henkilöä, sillä tutkimukseen käytetään enemmän aikaa ja aineistoon pureudutaan syvemmälle. (De Mooij ym. 2005, 151.)

On tärkeää, että tutkija tutustuu aineistoon ennen tutkimuksen tekemistä. Joskus voi käydä niin, että asiaa on jo tutkittu tai siihen liittyvästä materiaalista on saatavilla kaikki oleellinen tieto. On myös mahdollista, että aiheesta ei ole juuri mitään tietoa olemassa. Kun tietoa ei ole saatavilla ryhtyy tutkija itse toimiin ja menee kentälle tutustumaan käyttöympäristöön ja käyttäjiin. Kun tietoa on saatavilla voi tutkija tutustumalla kirjallisuuteen nähdä mikä on

olennaista tietoa ja mitä kannattaa kysyä ja havainnoida tutkittavilta. Kun tehdään taustaselvitystä on hyvä että laitetaan kaikki ennakko-oletukset syrjään. (De Mooij ym. 2005, 156.)

Käyttäjätutkimuksia on helppo tehdä: haastatellaan ja havainnoidaan sopivia henkilöitä. Haastattelut tehdään joko ryhmä- tai yksilöhaastatteluna. Haastattelemalla voidaan kerätä monen tyyppistä tietoa. Haastattelun aiheet voivat olla etukäteen hyvin tarkkaan määriteltyjä tai ne voivat edetä tutkijan mielen mukaan. Yksi tärkeä tekijä on, että haastateltava joutuu aina perustelemaan miksi on kulloinkin tiettyä mieltä. Näin päästään perille siitä mitä käyttäjä tuotteesta ajattelee. (De Mooij ym. 2005, 157.)

Ryhmähaastattelua voidaan kutsua kuluttajapaneeliksi. Ryhmähaastattelu on suosittu menetelmä markkinatutkimuksissa ja se soveltuu hyvin tuotekehitykseen. Haastattelu kestää yhdestä kahteen tuntiin, jonka aikana tutkijan johdolla keskustellaan ennalta laaditun rungon pohjalta. Parhaimmassa tilanteessa ryhmä on innostunut aiheesta ja kannustaa toisiaan kertomaan aiheesta lisää. Ryhmähaastattelun paras puoli on se, että lyhyen ajan sisällä saadaan paljon tietoa. Tällaisessa tilanteessa on oleellista, että tilanne nauhoitetaan. Näin voidaan rauhasa tehdä havainnoiteja ja keskittyä haastattelun sujuvaan etenemiseen. (De Mooij ym. 2005, 158.)

Tutkimusaineiston hyödyntäminen tapahtuu järjestelyllä, joka on aineiston analyysia ja tulkintaa. Tällä tarkoitetaan, että pyritään käyttäjätarpeen muodostumisesta ja edelleen suunnittelutavoitteiden asettamisesta. Käytännössäkin tuloksena on kirjallisia ja mahdollisesti visuaalisia kuvauksia tuotekonseptille asetetuista vaatimuksista. Haastattelu voidaan käydä läpi koko tuotekehitysryhmän kanssa, siihen on syytä valmistua litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelujen kulku paperille. Tuotos voi vaikuttaa sekavalta kasalta, mutta tekstimassan organisointiin on olemassa muutamia hyviä tapoja. Yhtenä tapana voidaan pyrkiä saamaan aikaan samankaltaisuuskaavio. Tällä kaaviolla pyritään selvittämään tutkittavien puheissa olevat teemat ja aiheet. Suoraviivaisempi tapa on kääntää samankaltaisuuskaavio käyttäjätarpeeksi ja tulkita lauseista tarpeet. Tarve kertoo sen, mitä tuotteen tulee tehdä, eikä miten tuote sen tekisi. Tutkittava ei osaa ehkä mainita sitä tarkasti, mutta osaa vaatia sitä miten se toimii. (De Mooij ym. 2005, 160.)

5.2 Asiakas kokemusasiantuntijana

”Palveluita tuotetaan palvelun käyttäjille, joten on outoa, jos heitä ei huomioida niiden suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä” (Toikko 2009, 2).

Mikäli palvelun käyttäjän roolin korostamista käytetään, edellyttää se asiakaslähtöisen toimintatavan lisäksi myös muutakin: palvelun käyttäjät nähdään asiantuntijoina, joiden tietoa käytetään palvelujärjestelmässä toimintatapojen arvioinnissa ja kehittämisessä. Näin ollen kysymys ei ole vain asiakkuudesta, vaan sen lisäksi asiantuntijuudesta. (Toikko 2009, 3.)

Mikäli asiakas osallistuu palvelun kehittämiseen voidaan hänet tunnustaa kokemusasiantuntijaksi. Palvelujärjestelmän kehittäminen on vaikeaa, jos sen kehittämisessä ei ole mukana heitä, joita tuote oikeastaan koskettaa. Kokemusasiantuntijat toimivat yhdessä muiden asiantuntijoiden kanssa, jotka ovat ammatillisia asiantuntijoita. Kun kokemusasiantuntijat nähdään palvelun tuotannon keskeisenä osatekijänä, tällöin sen tuoma kokemustieto muodostaa keskeisen kehittämistoiminnan lähteen. Kokemustiedon muodostamisessa edellytetään usein asiakkaiden keskinäistä toimintaa eli vertaistoimintaa. Yhteiset kokemukset saattavat vahvistaa yksittäisen asiakkaan kokemuksia. Tämä edellyttää kokemusten jakamista ja jalostamista kohti sosiaalista tietoa. Näin henkilökohtaisesta tiedosta muodostuu sosiaalista tietoa. Tavoitteena on kuitenkin kokemustiedon ja ammatillisen tiedon välinen vuorovaikutus. Näitä kahta ei voida synnyttää eriyttämällä palveluiden käyttäjien toimintaa ja ammattilaisten toimintaa toisistaan. (Toikko 2009, 3.)

Asiakasosallisuutta korostavien kokeilujen rinnalla on tarpeellista säilyttää myös kriittinen asenne. Pystytäänkö lupauksiin vastaamaan, joita asiakkaalle luvataan? Onko tarpeellista osallistaa asiakasta ihan aidosti? Mitkä ovat rajat, jossa osallistuminen kulkee? Tämän tapaiset ovat kriittisiä kysymyksiä terveen kehittämistoiminnan ehtona. On vaikea kehittyä ilman kriittistä otetta. (Toikko 2009, 10.)

5.3 Kokemusasiantuntija tuoteinnovaation osana

Käyttäjiä voidaan käyttää tuotteen kehityksessä hyvin suurena apuna. Käyttäjät voivat toimia innovaattoreina. Yhtenä tapana toimia kuluttaja- ja asiakaslähtökohtaisesti on kerätä asiakkailta tietoa tutkimuksien avulla ja siten hyödyntää sitä tuotteen kehityksessä tai markkinoinnissa. Tutkimuksen lisäksi voidaan hyödyntää asiakkaiden mielipiteitä ottamalla he mukaan

tuotekehitystiimiin. Olennaista on, että tuotekehitystiimissä olevilla henkilöillä on kokemusta tuotteen käytöstä ja tietoa itse tuotteesta. Tuotteen kokemusasiantuntijaksi voidaan luokitella henkilö, jolla on tietoa tuotteesta, syvällistä kokemusta tuotteesta, motivaatiota sekä halua sitoutua kehittämistyöhön ja hänellä on mahdollisesti voinut olla ongelmia tuotteen kanssa. Innovoivalla henkilöllä tulee olla tarvetta ja halua innovatiivisiin ja uudensuuntaisiin ratkaisuihin sekä kykyä huomata innovaatioiden hyödyt aikaisin. Lisäksi hänellä tulee olla tulevaisuuteen suuntautuva asenne. (De Mooij, Kortesmäki, Lammi, Lautamäki, Pekkala & Sinkkonen 2005, 24.)

Kuusisto ja Päällysaho (2008) esittelevät teoksessaan asiakkaan osallistumistapoja tuotteen kehittämiseen. He jakavat osallistumistavat neljään eri rooliin, jolla tavoin asiakas voi olla mukana tuotteen kehittämisessä:

1. Asiakas käyttäjänä. Asiakkaan rooli on olla tuotteen käyttäjänä.
2. Asiakas esittäjänä. Asiakas on tuottoisa resurssi; voi olla jossakin tuotteen kehittämisen osassa. Tuotteen ”ytimen” kehittäminen tapahtuu tuotteen tarjoajan toimesta.
3. Asiakas luoja. Asiakas luo tuotteen ”ytimen” tuotteen ratkaisulla keskustelemalla tuotteen tarjoajan kanssa.
4. Asiakas suunnittelijana. Palvelun tarjoaja ja asiakas ovat kiinteässä suhteessa tuotteen kehittämisessä ja tuotteen kehittämisessä käytetään avointa dialogia. Palveluntarjoajan ja asiakkaan roolit voivat olla vaihtelevia. (Kuusisto & Päällysaho 2008, 16.)

6 Innovaatiot palvelutuotteen kehityksessä

Liiketoiminnan uusiutuminen vaatii innovaatioita, joiden myötä saadaan markkinoille uusia tuotteita ja palveluja. Innovaatioiden syntyprosessiin voidaan vaikuttaa monin eri keinoin: yksilöt voivat kehittää omaa luovuuttaan ja niin voivat myös organisaatiot tehdä. Töihin tarvitaan nykyisin luovia henkilöitä ja yksipuolinen tehokkuutta tavoitteleva ajattelu estää usein luovuuden. (Raatikainen 2008, 46.) Tuotekehityksellä ja tuotteistuksella on merkitys innovaation onnistumiselle (Dubois, Jolibert & Muhlbacher 2007, 244). Vaikka usein unelmoidaan keksinnön tulevasta maailmanmarkkinoista, uusista tuoteideoista vain harvasta syntyy merkittävää innovaatiota (Fogelholm 2009, 27). Oikeat innovaatiot ovat hyvin harvinaisia ja usein markkinoille suunnattu tuote onkin muunnelma aiemmin suunnitellusta tuotteesta (Dubois ym. 2007, 244).

6.1 Mitä on innovaatio?

Innovaatioiden syntyyn liittyy usein ennakkoluuloja ja tunnepohjaan- sekä mystiikkaan perustuvia harhakuvia. Innovaatio ei kuitenkaan tarkoita mitään ihmeellistä. Saatetaan uskoa, että innovaatioalalla tapahtuu jotakin ihmeellistä ja nerokasta, vaikka innovaatioiden ja tuotekehityksen kaupallistaminen onkin vain työtä. (Fogelholm 2009, 63).

Schumpeter eritteli jo vuonna 1934 innovaatiotoimintaa siten, että se on uuden tuotteen esittelyä, uuden tuotantotavan tai –menetelmän esittelyä, uuden markkinoiden avautumista, uuden raaka-aineen tai puolivalmisteen toimituslähteen haltuunottoa tai uuden teollisen markkinarakenteen toteuttamista. Toisaalta Rogers on vuonna 2003 ilmaissut samaa asiaa seuraavasti: Innovaatio on idea, käytäntö tai esine, jota yksilöt pitävät uutuuksena.

Innovaatioiden ei tarvitse olla upouusia, vaan oleellista on, että yksilö kokee sen uutuuksena. (Raatikainen 2008, 48.)

Nykyisin innovaatio termiä on muunneltu lähemmäksi ja sopivammaksi tämän hetken elämään. Suomessa Työ- ja elinkeinoministeriö ottaa kantaa innovaatioista. Ministeriö näkee, että innovaation ero ideasta tai keksinnöstä on selkeä: sen on tuotava hyötyä asiakkaalle ja asiakkaiden on oltava valmiita maksamaan siitä. Innovaation ei välttämättä tarvitse olla markkinoilla uusi tuote, vaan innovaation merkitys näkyy siinä, että se palvelee asiakkaita ja on yrityksen näkökulmasta uutta liiketoimintaa. Innovaatio ei tarkoita, että se on teknologinen ilmiö vaan se on taloudellinen ilmiö. Palveluinnovaatiossa se tarkoittaa esimerkiksi tapaa

tarjota palvelua asiakkaalle tai kokonaan uutta palvelua, se voi olla myös uusi liiketoimintamalli tai vaikka uusi asiakasrajapinta. Palvelu voi olla siis sama, mutta se tarjoillaan asiakkaalle eri tavalla kuin ennen. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Suomen uuden kansallisen innovaatiostrategian määritelmän mukaan innovaatio käsite on laajentunut sen ollessa aiemmin niin sanotusti teknologiapainotteinen (Fogelholm 2009, 13). Palveluinnovaation tyypeiksi luetellaan teknologisten innovaatioiden ohella myös uudet organisaatiomuodot, johtamisen tavat, toimintatavat ja mallit tai uudet palvelut (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011). Työ- ja Elinkeinoministeriön innovaatio-osaston laatiman määritelmän avulla voi tarkastella määritelmää laajemmin:

Innovaatio on osaamisesta syntynyt ja kilpailuetu, joka hyödyttää liiketoimintaa, yhteiskuntaa ja hyvinvointia. Innovaatio voi olla

- uusi tieto, osaaminen, teknologia
- uusi tuote, tekninen ratkaisu, tuotantoprosessi
- uusi asiantuntijapalvelu
- uusi muotoilu tai brändi
- uusi liiketoimintamalli, arvoketju tai –verkosto
- uusi työtapa, organisaatio- tai johtamismalli
- uudella tavalla toteutettu julkinen palvelu. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

6.2 Palveluinnovaatiot

Palvelut kuuluvat jokapäiväiseen toimintaan. Tavallisia ja helpoimmin nähtävillä olevia palveluita ovat arkipäivän toimintoja: työmatkaliikenne, ruokakauppa, lasten opetuspalvelut, terveyspalvelut ja esimerkiksi viihde- ja kulttuuripalvelut. Elinkeinoelämä, joihin kuuluvat niin palvelu- kuin teollisuusyrityksetkin, tarvitsevat liiketoiminnan tueksi palveluita. Palveluiden osuus työllisyydestä ja bruttokansantuotteesta on yli 70 prosenttia. Tämä palveluyhteiskunnan hyvinvointi on kiinni palveluiden tuottavuudesta. Tulevaisuudessa Suomen hyvinvoinnin säilyminen ja kasvu riippuu entistä enemmän kyvystä säilyttää palveluinnovaatiota, sillä yksityisen ja julkisen sektorin palvelut ovat jo nyt entistä useammin palveluinnovaatioita. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

6.3 Yksityinen palveluliiketoiminta

Koska palveluyritykset ovat keskenään erilaisia on palveluiden uudistamista lähestyttävä laaja-alaisesti. Huomioitavaa on, että täsmennetään palveluinnovaatioiden ja innovaatiopolitiikan

yhteyttä palveluiden tuottavuuden lisäämisessä. Keskiössä on luonnollisesti käyttäjien tarpeet ja sen ympärille rakentuu asiakaskeskeinen toimintamalli, johon on otettu huomioon teknologian kehitys. Nykyisin on asiakkaalle räätälöityjä tuotteita ja kokonaisuuksia enemmän saatavilla. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Innovaatiostrategiaa toteutetaan kansallisella tasolla muun muassa luomalla palveluyrityksille edellytyksiä kehittää toimintaansa. Näihin kuuluu uusien toimintamallien, ajattelutapojen ja uusien tuotteiden kehittäminen. Palvelualalle kohdennettujen välineiden suunnittelua ja käyttöönottoa kehitetään palvelualan uusien tuotteiden ja –konseptien kehittämiseksi. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Euroopan unionin palvelukaupan vapautuminen on avannut palvelut myös kansainväliselle kilpailulle. Sen tavoitteena on palveluviennin suuri kasvattaminen. Yksi mahdollisuus sen kasvattamiseen on palveluiden digitalisoituminen, ainakin sellaisissa sovelluksissa, joilla on menestymisen mahdollisuuksia kansainvälisille markkinoille. Yhdessä teollisuuden tavartuotannon kanssa palvelut ovat osoittautuneet menestyneiksi konsepteiksi. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Palveluinnovaatioilla on kasvun mahdollisuuksia toimintaympäristön näkökulmasta, oleellista on, että luotettavuus ja turvallisuus ovat toiminnassa raamittavat määreet. Ennakkoluulottomat uudet avaukset ovat kehittymisen ehtona, jotta uudenlainen palvelukulttuuri voi rakentua. On huomattu, että esimerkiksi käyttäjien sosiaalisia verkostoja ja niihin liittyvää teknologiaa on hyödynnetty liian heikosti. Tieto- ja viestintäteknikkaa käyttävät tekniset ratkaisut ja -alustat mahdollistavat sen, että asiakkaat ja tuottajat pystyvät yhdessä muokata palveluja tarvelähtöisesti niin, että niiden sisältö ja laatu vastaavat aikaisempaa paremmin käyttäjien tarpeita ja odotuksia. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

7 TerveysPaju osana Pajulahden palveluita

Liikuntakeskus Pajulahti on koulutus-, valmennus ja terveystuokakeskus. Pajulahden tehtävänä on toimia Opetusministeriön ylläpitämisluvan mukaisesti yleishyödyllisenä liikunnan koulutuskeskuksena. Toiminnan tavoitteena on lisätä liikunnan avulla ihmisten terveyttä sekä järjestää liikunta-alan ammatillista koulutusta ja urheiluvalmennusta. (Pajulahti 2011.)

TerveysPaju on Liikuntakeskus Pajulahdessa toimiva yksikkö. TerveysPajun toimintaan kuuluu tuottaa lääketieteelliseen näyttöön perustuvia terveystuokunta- ja hyvinvointipalveluita yrityksille. TerveysPajun lähtökohdaksi määritellään tavoite kohentaa koko työyhteisön hyvinvointia yksilön hyvinvoinnin kautta. TerveysPajun toiminnan avulla saavutetaan parempi elämänlaatu ja pyritään vaivojen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. (Liukkonen & Tohkanen 2008.)

7.1 TerveysPajun segmentit

Hyvinvointi koostuu kolmesta tekijästä: sosiaalisesta, fyysisestä ja psyykkisestä osa-alueesta, siksi yksilön hyvinvointi on moniulotteinen. TerveysPaju pyrkii huomioimaan hyvinvoinnin yksilöllisen kokonaisuuden ja toimii lähinnä lääketieteen ja liikunnan näkökulmasta hyödyntäen laajaa liikunta- ja valmennustietoa Suomesta ja maailmalta. Kokonaisuuden luomiseksi ja hahmottamiseksi TerveysPaju on jaettu neljään segmenttiin:

- Sydän- ja verisuonitaudit
- Tules
- Aineenvaihdunta
- Hyvinvointi (Liukkonen & Tohkanen 2008.)

Tässä työssä esitellään vain sydän- ja verisuonitautisegmentti, joka on tämän kehityshankkeen kohteena.

7.2 Sydän- ja verisuonitauti segmentti

Sydän- ja verisuonitautisegmentti tähtää paremman elämänlaadun ja toimintakyvyn saavuttamiseen sydän- ja verisuonitautia sairastaville ja riskiryhmään kuuluville ihmisille.

Terveyden parantamiseksi käytetään liikuntalääketieteen perusteiden pohjalta laadittuja suunnitelmia ja riskiarvioinnissa käytetään jo yleisesti esillä olevia mittareita kuten SCORE, DMriskilaskureita ym. Sydänsegmentti keskittyy lähinnä verenpainetaudin ja valtimosairauksien hoitoon ja ehkäisyyn ja segmentin yhteiskunnallisena tavoitteena on vastata sydän- ja verisuonitautien kansanterveydellisiin haasteisiin. TerveysPaju on laatinut esimerkkiohjelmia, joilla voi tutustua toimintaan, mutta tarpeisiin vastataan myös räätälöityjen tuotteiden osalta. Esimerkkiohjelmina on Sydämen asialla -päivä, Sydämen asialla -lyhytkurssi ja Sydämen asialla -kuntoremontti. TerveysPajun henkilökunta on myös toteuttanut vuonna 2009 Sepelvaltimotauti – Takaisin kuntoon! – projektin, joka oli valtionavun alainen kurssi. (Liukkonen & Tohkanen 2008.)

7.2.1 Sydämen asialla - kuntoremontti

Pajulahden palveluihin kuuluvat kuntoremontit. Kuntoremontit ovat eri palkansaajalomajärjestöjen kehittämää toimintaa motivoidakseen työikäisiä liikkumaan enemmän ja syömään terveellisemmin. Myöhemmin kuntoremonttiin on lisätty myös työssä jaksamiseen ja mielen hyvinvointiin liittyviä osioita. (Palkansaajalomajärjestö 2011.)

Kuntoremontteja toteutetaan eri teemoilla ja yksi niistä on TerveysPajun Sydämen asialla-kuntoremontti. Sen keskeinen teema on sydämen terveys ja tästä johtuen se ohjataan asiakkaille, joilla on kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin tai on jo sairastunut kyseiseen sairauteen. Kuuden päivän mittaisen kurssin tavoitteena on ohjata asiakasta terveellisiin elämäntapoihin (kuva 4.). Tähän tavoitteeseen pyritään liikunnanohjauksen-, ravinto-ohjauksen ja muun elämäntapaohjauksen keinoin. Kuntoremontin ohjelmaa sanelee pitkälti yleiset ohjeet asiantuntijatasolle ja yksi niistä on lääkärin osallistuminen kurssin toimintaan. Kurssiin kuuluu esim. lääkäriluennot, joita kuntoremontilla on kaksi. Lääkäri osallistuu myös muihin kurssilla oleviin toimintoihin esim. tarkistaa EKG-mittauksen tulokset, jotta päästään mahdollisimman turvalliseen testaukseen ja liikunnanohjaukseen.

Ohjelman runkoa määrittelee yleiset kuntoremonttitoteutuksen ohjeistukset, mutta sen lisäksi huomioon on otettu sairauden erityispiirteet. Ohjelma jakautuu koko päivän ajalle niin, että pienet lepoetkin päivällä on mahdollisia. Päivällisen jälkeen liikunta on omaehtoista ja näin päästään yksilöllisempään liikuntamäärään: kun enemmän liikkuva voi hyödyntää illan haluamalleen liikuntamuodolle ja toinen asiakas voi levätä kehon niin vaatiessa. Illalla on varattu aikaa yhteiselle tarinatuokiolle, jossa tehtävävihkon avulla opastetut teemat käydään

läpi keskustellen. Nämä keskustelut ovat asiakasryhmän keskinäisiä missä ohjaaja ei ole paikalla, jotta ryhmällä on tilaa toimia myös keskenään.

SUNNUNTAI	MAANANTAI	TIISTAI	KESKIVIikko	TORSTAI	PERJANTAI
	AAMIAINEN 07.30 – 09.30	AAMIAINEN 07.30 – 09.30	AAMIAINEN 07.30 – 09.30	AAMIAINEN 07.30 – 09.30	AAMIAINEN 07.30 – 09.30
	Lepo-EKG, verenpaine ja pulssinmittaus ma- aamu-päivällä muun ohjelman ohessa	PP-testit ti- iltapäivän ja ke-aamupäivän aikana muun ohjelman ohessa	06.30 – 07.30 AAMU-UINTI		06.30 – 07.30 UINTI
12.00 – 13.00 LOUNAS (ei sisälly hintaan)	09.00 – 10.30 Sydänliikuntaa sykemittarein	08.30 – 10.00 Sydämen asialla: Ravinnon ABC aiheena suola	08.30 – 09.30 Ravintoaihe jatkuu. Aiheena rasva ja kalorit	08.30 – 10.00 Kävelytesti	08.30 – 09.15 Testien tulkinta & Terveyskuntoprofiili testiluento 1
13.00 – 14.00 SYDÄMELLISETTI TERVETULO! Ohjelman läpikäynti Viikon tavoitteet	11.00 – 12.00 Palauttava harjoitus venytellen ja rentoutuen	10.15 – 11.45 Terveyskunto testiin	10.00 – 11.00 Kuntoveturiharjoit- us 11.15 – 12.00 Vesiliikunta	10.30-11.30 Vesijumppa	09.30 – 11.00 Keho haltuun Flexi- barilla Parivenyttelyt
14.00 – 14.30 MAJOITTUMINEN	12.30 – 13.30 LOUNAS	12.00 – 13.30 LOUNAS	12.30 – 13.30 LOUNAS	11.30 – 12.30 LOUNAS	11.30 – 12.30 LOUNAS
14.30 – 16.00 TUTUSTUMISLIIK- UNTAA Alueeseen tutustuminen & Motoriikkarata Lappset leikkipaikalla c Lähtö etupihalta	14.00 – 14.45 Verenpaine kohdalleen 15.00 – 16.00 Ompuvatsan ”pienennys”	14.00 – 15.30 Sydänliikuntaa: Kuntosaliharjoittel- un ABC	13.30 – 14.30 Liikkuvuusharjoitu- s & kehon hallinta	13.00 – 14.30 VYÖTÄRÖÖTE Vinkit painonhallintaan	12.30 – 13.30 Oman harjoitusohjelman Laatiminen Arviointi & Kurssin päätös
16.15 – 17.00 Hyvä tietää Terveysliikunnasta luento #NAME?	16.30 – 17.30 LÄÄKÄRIN LUENTO Joka miehen ja naisen terveysriskit	16.00 – 17.00 Sydänliikuntaa sykemittarein	15.30 – 16.30 Sydän ja stressi: mielen hyvinvointia rentoutuen	15.00 – 16.30 Lihassoimaa Gymstickillä	
17.00 – 18.00 PÄIVÄLLINEN	18.00 – 19.00 PÄIVÄLLINEN	17.30 – 18.30 PÄIVÄLLINEN	17.00 – 18.00 PÄIVÄLLINEN	16.30 – 17.30 PÄIVÄLLINEN	
19.00 – 20.30 RANTASAUNAT		19.00 – 20.00 OMAEHTOINE N ILTALIIKUNTA	19.00 – 20.00 OMAEHTOINE N ILTALIIKUNTA	18.00 – 20.00 YLEISÖUINTI	
20.00 – 21.00 RYHMÄN OMA TARINATUOKIO	20.00 – 21.00 RYHMÄN OMA TARINATUOKIO	20.00 – 21.00 RYHMÄN OMA TARINATUOKIO	20.00 – 21.00 RYHMÄN OMA TARINATUOKIO	20.00 – 21.00 RYHMÄN OMA TARINATUOKIO	

Kuva 4. Esimerkkiohjelma Sydämen asialla - kuntoremonttiohjelmasta (Tohkanen & Ryyppö, 2008).

7.2.2 Sydämen asialla - päivä ja Sydämen asialla - lyhytkurssi

Sydämen asialla - päivä ja Sydämen asialla - lyhytkurssi (kuva 5. ja 6.) ovat TerveysPajun tuottamaa palvelua. Näiden esimerkkipäivien tarkoituksena on tuottaa päivä ja lyhytkurssi, jossa perehdytään sydänliikuntaan, terveisiin elämäntapoihin sekä muuhun terveyteen liittyviin asioihin moniammatillisen asiantuntijaryhmän avulla. Ohjelmaan kuuluu liikunnanohjaajan liikuntatunteja ja luentoja ravinnosta sekä muista elämäntavoista. Lisäksi Sydämen asialla - lyhytkurssilla on lääkärin luentoa, liikuntafysiologin testejä ja sairaanhoitajan mittauksia. Nämä kurssit ovat tarkoitettu työyhteisölle, joissa henkilökunnalla on esimerkiksi kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin.

SYDÄMEN ASIALLA	
Ohjelma painottuu sydämen hyvinvointiin liikunnan ja terveysneuvonnan avulla. Tiedon ja opastuksen jakajina on liikunnan- ja terveydenammattilaiset.	
Esimerkki päiväohjelma	
09.00	Tervetuloa, kahvit ja ruisleipä * päivän tavoitteen asettelu
09.30 - 10.30	Ravinnon ja liikunnan merkitys sydämen terveyteen
10.30 - 11.30	Sydänliikuntaa lenkkeillen (vuodenajan mukaan esim. lumikenkäily, sauvakävely, pyöräily) * syke seuranta mittarein
12.00	Keittolounas
13.30 - 15.00	Kuntosali * Vinkkejä lihaskuntoharjoitteluun kuntosalilla ja kotona
15.00 - 15.45	Kevyt vesijumppa ja uinti
16.00	Pieni välipala, palautteen kokoaminen ja kotiin paluu
Käytettävä riskiarvioinnin mittari: Finnriski- taulukko	

Kuva 5. Sydämen asialla - päivä (Tohkanen & Ryyppö, 2008).

SYDÄMEN ASIALLA - Lyhytkurssi esimerkkiohjelma	
Ohjelma painottuu sydämen hyvinvointiin liikunnan ja terveysneuvonnan avulla. Tiedon ja opastuksen jakajina ovat liikunnan- ja terveydenammattilaiset	
1.päivä	
14.00	Majoittuminen
16.30	Tervetuloa! Kahvi + ruuseipä
18.00 - 19.00	Ekg, verenpaine, vyötärön ympärys, seurantamittaus Lääkärin luento, sepelvaltimotauti Tutustumista tiloihin
19.30 - 21.00	Sauna / ryhmän oma iltaruoka saunalla
2. päivä	
07.30 - 09.00	Kolesterolin mittaus ja Inbody mittaus, seurantamittaukset
08.00 - 09.30	Aamupala
09.30 - 10.30	Luento: Sydänystävän ravintotietous
10.30 - 11.30	Sydänliikuntaa luonnossa. Sykemittariin tutustuminen. Turvallisen sykkeen etsi
12.00	Keittolounas
14.15 - 15.45	Lepo / omaa toimintaa Gymstick- liikuntaa Vinkkejä lihaskuntoharjoitteluun kotona
15.45 - 16.45	Vesivyojumppa ja uinti
17.15	Päivällinen
20.00	Illalla lepoa/ omaa toimintaa esim. kävely/sauvakävely Sauna ja yhtenen illanvietto
3. päivä	
06.30 - 08.00	Aamu uinti
08.00	Aamupala
09.00 - 10.15	Luento: Sydämen liikuntaa turvallisesti
10.30 - 11.30	Pallojumppaa, vinkkejä kotona tehtävään jumppailuun
12.00	Keittolounas
12.45 - 14.30	Kestävän kehityksen suunnitelma omatoimiseen liikuntaan. Kursin päätös. Lopussa Venytys / Rentoutus Turvallista kotimatkaa!

Kuva 6. Sydämen asialla - lyhytkurssi (Tohkanen & Ryyppö 2008)

7.2.3 Sepelvaltimotauti - Takaisin kuntoon! -kurssi

Pajulahdessa on toteutettu vuonna 2008 Sepelvaltimotauti - Takaisin kuntoon! -kurssi. Tämä projektikurssi oli liikunnan koulutuslaitoksille myönnetyn valtiontuen alaista toimintaa. Sitä haettiin jo vuonna 2007 saaden myöntävä päätös, mutta kurssi voitiin toteuttaa vasta vuonna 2008 osallistujamääräpuutteen vuoksi.

Valtiontukea voitiin hakea tähän projektiin, koska se kehittää vapaansivistystyön koulutusta ja sen tarkoituksena on ohjata aikuisten terveyden edistävää liikuntaa. Vastaavan toiminnan valtiontuen alaisia kursseja ei tämän jälkeen ole ollut Pajulahdessa.

Kurssille osallistui 13 henkilöä, joilla oli todettu sydänsairaus, yleisimmin sepelvaltimotauti. Joillekin henkilöille oli tehty toimenpiteitä mm. pallolaajennus tai ohitusleikkaus, mutta kurssille osallistui myös henkilöitä, joille ei ollut tehty mitään toimenpiteitä. Kurssi eteni niin, että ensimmäisen (kuva 7.) ja toisen jakson (kuva 8.) välissä oli noin 2 kuukauden tauko, jolloin asiakkaiden tuli suorittaa omalla kotipaikallaan yhdessä laadittuja, yksilöllisiä ohjeita.

Jälkimmäisellä jaksolla tehtiin samat mittaukset kuin ensimmäisellä jaksolla. Tulokset jaksojen välillä olivat selkeitä: lähes jokaisella muutokset olivat havaittavissa kaikissa mittauksissa. Kolmas jakso oli tarkoituksenaan suorittaa noin 6 kk kuluttua jälkimmäisestä jaksosta, mutta se peruuntui korkean omakustannuksen takia. Tämä kolmas jakso olisi ollut kokonaan omakustanteinen.

Sepelvaltimotauti! - Takaisin kuntoon! ohjelma

Jakso 1

Perjantai 24.10

16:30	Tervetuloa! ohjelman esittely, kahvi + ruisleipä tarjoilu, majoittuminen
17:00-18:00	Lääkärin luento, sepelvaltimotauti
18:00-18:30	Ekg, verenpaine, vyötärön ympärys
18:30-19:30	Terveyttä kävellen
19:30-21:00	Sauna / ryhmän oma iltaruoka saunalla

Lauantai 25.10

7.30-9.00	Kolesterolin mittaus/ Inbody mittaus /
8.00-9.30	Aamupala
9.30-10.30	Ravinnon ABC
10.30-11.30	Sydänliikuntaa lenkkeillen. Askelmittareiden jako ja ohjeistus.
12.00	Keittolounas
	Lepo / omaa toimintaa
13:00-14:00	Henkilökohtaiset keskustelut
14.15-15.45	Kuntosali
	Vinkkejä lihaskuntoharjoitteluun kuntosalilla ja kotona
15.45-16.45	Kevyt vesijumppa ja uinti
17.15	Päivällinen
	Illalla lepoa/ omaa toimintaa esim. kävely/sauvakävely
20:00	Sauna ja yhteinen illanvietto

Sunnuntai 26.10

6.30	Aamu uinti /yleinen?
8.00	Aamupala
9.00-10.15	Sydämen liikuntaa turvallisesti. Luento liikunnasta.
10.30-11.30	Kuminauhaa ja keppelyä, vinkkejä kotona tehtävään jumppailuun
12.00	Keittolounas
12.45 -14.30	Henkilökohtaisen hyvinvointisuunnitelman teko.
	Kurssin päätös.
	Lopussa Venytys /Rentoutus
	Turvallista kotimatkaa

Kuva 7. Sepelvaltimotauti – takaisin kuntoon! 1. jakson ohjelma (Pöyhönen ja Ryyppö 2008).

Sepelvaltimotauti! - Takaisin kuntoon! ohjelma

Jakso 2

Perjantai 12.12

15:00	Majoittuminen
15:30-16:00	Tervetuloa! Kuulumiset Kahvi + ruisleipä tarjoilu
16:00-17:00	Verenpaine, vyötärön ympärys, seurantamittaus
17:00-18:00	Lääkärin luento, sepelvaltimotauti, Mika Liukkonen
18:00-19:00	Sydänliikuntaa sisällä
19:00-20:00	Henkilökohtaiset keskustelut (5 henkilöä)
19:00-21:00	Rantasauna / ryhmän oma iltaruoka ravintolassa Saaressa

Lauantai 13.12

7.30-9.00	Kolesterolin mittaus ja Inbody mittaus, seurantamittaukset
-----------	--

8.00-9.30	Aamupala
9.30-10.30	Ravintoasiolla, luento
10.30-11.30	Sydänliikuntaa luonnossa. Sykemittariin tutustuminen.
12.00	Keittolounas Lepo / omaa toimintaa
12:45-14:00	Henkilökohtaiset keskustelut (7 henkilöä)
14.15-15.45	Gymstick-liikuntaa, vinkkejä lihaskuntoharjoitteluun kotona
15.45-16.45	Vesivyöjumppa ja uinti
17.15	Päivällinen Illalla lepoa/ omaa toimintaa esim. kävely/sauvakävely
20:00	Sauna ja yhtenen iltanvietto

Sunnuntai 14.12

6.30	Aamu uinti /yleinen?
8.00	Aamupala
9.00-10.15	Sydämen liikuntaa turvallisesti. Liikuntasuunnitelmien katselmus.
10.30-11.30	Pallojumppaa, vinkkejä kotona tehtävään jumppailuun
12.00	Keittolounas
12.45 -14.30	Kestävän kehityksen suunnitelma omatoimiseen liikuntaan. Kurssin päätös. Glögitarjoilu. Lopussa Venytys /Rentoutus Turvallista kotimatkaa!

Kuva 8. Sepelvaltimotauti – takaisin kuntoon! 2. jakson ohjelma (Pöyhönen ja Ryyppö 2008).

8 Kehityshankkeen tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän kehityshankkeen tavoitteena oli kehittää TerveysPajun elämäntapaneuvonnan palvelutuotteita, jotka ovat suunniteltu sydän- ja verisuonitautipotilaille sekä riskiryhmään kuuluville henkilöille. Tämän kehityshankkeen avulla pyrittiin saavuttamaan asiakaslähtöisempi palvelutuote haastatteleamalla kokemusasiantuntijoita ja ammatillisia asiantuntijoita. Haastattelututkimuksen avulla pyrittiin ymmärtämään asiakasta enemmän ja siten tuottamaan palvelua ja tuotteita, jotka olisivat lähempänä asiakkaan tarpeita.

Tutkimusongelmia olivat:

1. Mitkä sydänpotilaiden terveyskäyttäytymiseen liittyvät seikat tulisi erityisesti huomioida uuden sydänpotilaille tarkoitetun elämäntapaneuvontatuotteen kehittämisessä?
 - i. Minkälaisia ennako-odotuksia elämäntapaneuvontatuotteista on olemassa?
 - ii. Millaisia kokemuksia potilailla on tuotteista?
 - iii. Millainen oli potilaan elämäntapa ennen sairastumista?
 - iv. Muuttuivatko potilaan elintavat sairastumisen myötä?
 - v. Mistä potilas saa hoitoa ja elämäntapaneuvontaa?
 - vi. Mitä ihannetuote voisi sisältää ja mitä se voisi kustantaa?
 - vii. Mistä potilas etsii sydäntietoutta?
2. Eroaako hoitoalan ammattilaisten ja sydänpotilaiden odotukset tuotteen sisällöstä?

Tutkimusongelmien laadinnassa olen hyödyntänyt Arantolan & Simosen (2009) julkaisua asiakasymmärryksestä, jossa paneudutaan keskeisten kysymysten äärelle kun pyritään pääsemään lähelle hyvää palveluliiketoimintaa. Arantola & Simonen viittaavat julkaisussaan, että hyvä palveluliiketoiminta perustuu kolmeen osaan: asiakasymmärrykseen, innovaatioiden johtamiseen ja palveluliiketoiminnan kehittämiseen (Arantola & Simonen 2009, 4). Kysymysten laadinnassa olen myös käyttänyt omaa näkemystäni juuri sydäntuotteille teemoihin niin, että kysymykset vastaavat tämän kehittämishankkeen tutkimusongelmiin.

9 Tutkimusmenetelmät

Tämän kehityshankkeen tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Laadullisten menetelmien keinoin pyrittiin selvittämään ja kirkastamaan tavoite, eli ymmärtämään potentiaalista asiakasta, sydänpotilasta. Menetelmäksi valikoitui yksilöhaastattelun ja ryhmähaastattelun menetelmät.

9.1 Kohderyhmä

Tutkimuksessa haastateltavana olleet henkilöt:

N=16. Haastattelututkimukseen osallistui 11 henkilön ryhmä, jonka keskustelun pohjalta tehtiin yhteenveto:

Haastateltava 1	Asiakas, joka on käynyt aikaisemmin kurssilla. Sairastaa sepelvaltimotautia.
Haastateltava 2	Haastateltava 1. puoliso, kävi yhdessä puolisonsa kanssa kurssilla. Hän ei sairasta itse. Antaa haastattelullaan tutkimukseen omaisen näkemyksiä ja kokemuksia.
Haastateltava 3	Tukihenkilö. Sairastaa itse sepelvaltimotautia ja on mukana aktiivisesti sairastavien elämäntilanteissa tukihenkilönä.
Haastateltava 4	Sydänasiantuntija. Asiantuntijalla on mittava kokemus sydänpotilaiden kuntoutuksesta niin fyysisellä kuin psyykkiselläkin puolella.
Haastateltava 5	Terveyskeskuslääkäri. Tapaa paljon kohderyhmään kuuluvia potilaita, kuuntelee ja on arjessa lähellä, tekee rasiustestejä ja diagnosoi sydänsairauksia.
Innovaatioryhmä	Ryhmä potentiaalisia asiakkaita. Sairastavat sydänsairauksia. Yhteensä 11 henkilöä. Osalla haastatelluista ei ollut aikaisempia kokemuksia kurssista. Osalla oli kokemuksia muista kursseista tai kuntoutuspalveluista, mutta kenelläkään heistä ei ollut kokemuksia TerveysPajun palveluista. Tämä ryhmä toimi ideointiryhmänä ja siksi ryhmän vastauksista tehtiin kooste.

9.2 Tiedonkeruun kuvaus

Laadullisena tutkimuksena tämän työn menetelmä lähenteli hermeneuttisen metodin perusteita. Tavoitteena oli tulkita ja ymmärtää toisen ajatusta. Tähän metodiin kuuluu, että jokaisella tutkijalla on jokin esiyymmärrys kohteestaan ja tämän tarkoituksena pyritäänkin saattaa näkyviin ja selvittää tapahtuman luonnetta ja rakentumista. Tutkijalta edellytetään herkkyyttä teoriaan kehittävien ideoiden ja näkemysten esille nostamisessa. Aineistoon soveltuvissa, oikeanlaatuisten toimivien ideoiden kehittäminen on työlästä ja luovuutta vaativaa. Tutkijan tehtävänä on käyttää kaikenlaista aineistoa apunaan. On oleellista että tutkijalla, on sopiva etäisyys aiheeseen; liian suuri etäisyys saattaa johtaa olennaisten seikkojen hylkäämiseen ja liian läheinen suhde taas joiden asioiden korostumiseen. (Anttila 2006, 305-308).

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä tässä kehitystyössä antoi mahdollisuuden avoimeen vastaukseen ja siihen, että vastauksia ei pyritty johdattelemaan mihinkään. Perimmäisenä pyrkimyksenä oli ”päästä ihmisen pään sisälle”. Konkreettiset menetelmät olivat haastatteluja, niin yksilö kuin ryhmähaastattelujakin. Haastattelut, joissa pyrittiin pääsemään lähelle tutkimusongelmaa, tapahtuivat vaihtelevissa, mutta tilanteeseen mahdollisimman hyvin sopivissa paikoissa kuten haastateltavien kotona, työympäristössä tai hiljaisessa kahvilassa. Tavoitteena oli saavuttaa rauhallinen paikka, jossa keskustelulle jää tilaa.

Tässä työssä käytettiin haastattelun lisäksi havainnointia (observation). Tutkijana osallistuin toimintaan ja olin siten läsnä haastattelussa. Tätä menetelmää kutsutaan osallistuvaksi havainnoinniksi, koska tutkija tekee havainnointia myös muiden käyttäytymisestä ja kirjaa ne ylös mikäli niillä on merkitystä tulokseen. (Pitkäranta 2010, 79).

Laadullisen tutkimuksen onnistumista auttaa, jos noudattaa kolmea pääperiaateetta: monimenetelmällisyys, moniaistimuksellisuus, esteettinen etäisyys. Monimenetelmällisyys ei tarkoita että eri haastateltaville käytettäisiin eri menetelmiä, vaan samalle haastateltavalle voidaan soveltaa haastattelussa menetelmiä, jotta päästään mahdollisimman lähelle tutkimuksen kysymystä. Moniaistimuksellisuus tarkoittaa, että tutkimuksen tekemisen aikana pidetään silmät ja korvat auki; kuunnellaan, kosketellaan, nähdään, tunnustellaan tarvittaessa haistellaan. Esteettisellä etäisyydellä tarkoitetaan, että tutkija on samalla tutkija, osallistuja kuin havainnoitsija, jonka tarkoitus on olla riittävän lähellä mutta tarpeeksi kaukana tutkittavasta ilmiöstä. (Anttila 2006, 277-278).

Laadullinen tutkimus koetaan kasvulliseksi tutkimukseksi ja siten myös se on hyvin persoonallista. Tutkija osa on aina olla myös osana tutkittavaa prosessia. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että kyselyyn vastattaessa ei vielä tiedetä minne vastaus tarkkaan ottaen menee (Pitkäranta 2010, 13). Koskinen mainitsee Anttilan (2006) teoksessa, että laadullisessa työssä on myös vaikea tietää mitä etsii, tästä syystä kentälle lähdetään avoimin mielin. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista törmätä erilaisiin ilmiöihin etsiessään totuuksia. Haastateltavat saattavat, eivät ehkä tahallaan, mutta huomaamattaan, kertoa asioita liioitellen, väheksyen, peitellen, suojellen tai muuten totuutta hieman muutellen (Anttila 2006, 277). Tutkimuksessa lähtökohta on aina, että tutkittava puhuu totta. (Pitkäranta 2010, 13).

Laadullisen tutkimuksen haasteena on pidetty aineiston analyysiosaa. Koska laadullinen työ on ikään kuin käsityöläisyyttä, vaatii se tutkijaltaan asiaan perehtyneisyyttä ja äärimmäistä herkkyyttä aiheeseen ja tutkittaviin liittyen. Tavoitteena on ihmisen ja inhimillisyyden ymmärtäminen ja siksi tutkijan tulee osata tulkita tuloksia. Oivaltavan ymmärryksen kautta voidaan saavuttaa ymmärrys ihmisen arjesta. Oivaltava tutkimus voi syntyä siten, että tutkija on ottanut haltuunsa aineiston ja osaa siten hyödyntää teorian tutkimustuloksiin. Tavoitteena onkin saavuttaa uutta tietoa sekä ymmärrystä oleva kokonaisuus. Laadullisen tutkimuksen analyysi – ja tulkintavaiheesta on kuultukin käytettävien sanoja ”tilkkutäkki ja palapeli.” (Syrjäläinen, Eronen & Värri, 2007, 8-9).

9.2.1 Haastattelumenetelmä: yksilohaastattelut

Yksilohaastatteluihin kuuluivat viisi henkilöä. Näistä haastatelluista kolme oli kokemusasiiantuntijoita, eli sairastavat joko itse sydänsairautta tai ovat olleet kurssilla aikaisemmin. Haastateltavista kaksi oli ammattilaisia ja siten asiantuntijoita, toinen terveyskeskuslääkäri ja toinen osallistunut sydänkursseille useamman vuoden työskennellen terapeutina niin fyysisellä kuin psyykkiselläkin puolella. Kummallakaan asiantuntijalla ei ollut kokemusta TerveysPajun sydänsegmentin palveluista.

Näille yksilohaastatelluille tehtiin kyselykaavakkeen (liite 1) mukainen haastattelu heidän valitsemassaan paikassa. Haastattelussa olevat henkilöt 1. 2. ja 5. halusivat, että haastattelu käydään heidän kotonaan ja haastateltava 3. toivoi rauhallista kahvilaa luonnon lähellä. Haastateltava 4. kohdalla teimme haastattelun hänen työpaikallaan, jossa oli rauhallinen ilmapiiri, eikä muita henkilöitä ollut läsnä.

Haastattelutilanteet pyrittiin tekemään mahdollisimman rennoiksi ja vapaamuotoisiksi, jotta laadullisen tutkimuksen yksi tärkeä osuus, havainnointi, onnistuisi mahdollisimman hyvin. Haastateltavien 1, 2 ja 4 kohdalla käytettiin muistiinpanojen kirjaamista ylös, mutta haastateltavien 3. ja 5. kohdalla käytettiin sen lisäksi äänitallennusta, joka koitui erinomaiseksi avuksi tulosten purkamisvaiheessa.

Vaikka haastattelu eteni kysymys kerrallaan, tuli vastauksia eri kysymyskohtiin haastattelun eri vaiheessa. Tämä johtui siitä, että haastattelututkimuksen oli tarkoitus olla vapaamuotoinen ja tutkijana osallistuin keskusteluihin. Osin johdattelin haastateltavaa kysymyksen äärelle ja osin annoin kerronnan luisua omalla painollaan. Pyrin kuitenkin olla johdattelematta vastausta mitenkään, eli suhtautua neutraalisti ja tehdä avaukset aina kysymyksen muodossa.

9.2.2 Haastattelumenetelmä: ryhmähaastattelu

Ryhmähaastatteluun valitut henkilöt olivat kokemusasiantuntijoita, joiden tehtävä oli innovoida uutta tuotetta. Kokemusasiantuntijoina olivat pienryhmäksi kokoontunut sydänpotilasryhmä. On todettu, että tehokkaan työryhmän piirteisiin kuuluu kolme perusedellytystä: asiaan sitoutuminen, asian osaaminen ja yhteinen tavoite asiaan liittyen (Toimiva tiimi 2005, 29). Tässä ryhmässä tavoitteena olikin saavuttaa nuo piirteet. Asian osaaminen muodostui asiakkaan omasta näkemyksestä, kukaan muu ei ole niin asian osaava tiedostamassa mitä asiakas haluaa kuin itse asiakas. Yhteinen tavoite luotiin ryhmätoiminnassa hyödynnettävien toimintatapojen myötä. Toimintatapoina käytettiin menetelmää, jossa pyrittiin saavuttamaan yksi tai kaksi yhteistä näkemystä asialle eli pyrittiin lopputulokseen kussakin asiassa. Asiaan sitoutuneisuus näkyi itse halukkuutena osallistua kyseiseen ideointiryhmään. Ryhmä oli koostettu kokonaan vapaaehtoisista henkilöistä. Koska tarkoitus tämän ryhmän kohdalla oli olla innovaatioryhmä, oli luonnollista, että ryhmässä pyrittiin luovuuden ilmapölyyn. Leena Raatikainen (2008) kuvailee, että ryhmän luovuus syntyy monesta eri tekijästä ja niiden asioiden summasta. Hän pitää yhteisen päämäärän lisäksi tärkeänä, että ryhmässä tulee olla huumoria, luovaa ajattelua, ylemmän johdon tukea sekä osallistavaa johtamistapaa. Näiden lisäksi on oleellista, että jokainen jäsen ymmärtää toisen erilaisuuden, organisaation ilmasto on luovuuteen sopiva. Hän mainitsee, että myös ryhmän koolla on myös merkitystä. (Raatikainen 2008, 53).

Innovaatioryhmässä oli yhteensä 11 henkilöä. Neljä heistä oli naisia ja seitsemän oli miehiä ikäjakauman ollessa 67-84-vuotta. Innovaatioryhmä perehtyi vain uuden tuotteen luomiseen, ei

siis koko kyselyyn. Tämä valittiin siksi, että näin suurelta ryhmältä meni organisoidustikin tunti tehdä vain kohtaa neljä ja viisi (liite 1. kyselykaavake). Vaikka olisi ollut tärkeää saada heiltä tietoa myös kyselyn muihin kohtiin, oli kuitenkin olennaisinta saada heiltä tutkimustietoa kohtaan, jossa pyrittiin saamaan vastauksia tuotteen kehittämiseen.

Toikon (2009) teoksessa mainitaan käytännönläheisestä Valtaväylä-hankkeesta, jonka tarkoituksena on pyrkiä muodostamaan hyviä toimintatapoja asiakaskeskeisiin kehittämishankkeisiin. Toikko mainitsee, että olennaista on, että valitulla kehittäjäryhmällä on konkreettinen työtehtävä. Etenevä tehtävä motivoi osallistujia. Selkeän konkreettisen tehtävän ohessa voidaan samalla käydä erittelevää ja jäsentelevää keskustelua. Parhaimmillaan vastaavassa tilanteessa muodostuu eräänlainen koordinaatioryhmä, joka ideoi ja suunnittelee niin palveluiden kehittämistä kuin asiakkaiden osallistumisen tapoja. (Toikko 2009, 11).

Tässä ryhmähaastattelussa käytettiin Toikon (2009) mallia konkreettisesta työtehtävästä. Tutkimuksen aikana jaoin erivärisille papereille laadittuja kysymyksiä. Kysymykset olivat samat kysymykset kuin muiltakin tutkittavilta (liite 1), mutta ryhmän tehtävänä oli vastata vain kohtiin neljä ja viisi. Tehtävänä on kahdessa ryhmässä, yksi viiden hengen ryhmä ja yksi kuuden hengen ryhmä, pohtia vastauksia ääneen ryhmässä ja kirjata sitten ajatukset vielä paperille. Tavoitteena oli saada kaksi lopullista tulosta kuhunkin kysymykseen, mutta jos joku ryhmän jäsenistä on täysin eri mieltä kuin muut, niin sekin tulee kirjoittaa paperille. Tämän konkreettisen tehtävän avulla saatiin ryhmät toimimaan järjestelmällisesti ja keskustelemaan aiheesta niin, että havainnointia voitiin suorittaa. Paperille tehtävät vastaukset eivät siis näytelleet pääosaa, vaan ne olivat ikään kuin johdattelemassa keskusteluihin. Tehtävänäni tutkijana oli koko tilanteen ajan olla havainnoimassa ja kuulemassa henkilöitä. Kirjoitin ylös myös huomioitavia asioita ja nauhoitin tapahtuman, sekä kävin vielä nauhan tulosten purkamisvaiheessa läpi.

9.3 Aineiston käsittely

Aineistoa kootessa saatetaan tehdä jo aineistonkeruuta ja aineiston käsittelyä yhdenaikaisesti. Näin yhdessä suoritettuna se saattaa antaa uutta suuntaa aineistolle. Mahdollista on myös, että se rajaa tutkimuksen kohdejoukkoa ja mahdollisesti jopa vaikuttaa tehtävän aseteluun. (Aaltola & Valli 2010, 19).

Tässä kehittämishankkeessa aineiston aukikirjoittaminen ja analysointi tapahtui yhtä aikaa aineiston keruun kanssa. Aineiston keruulla tarkoitan haastatteluja ja aineiston analysoinnilla niistä koituvien ilmiöiden tutkimista. Aineiston aukikirjoittaminen oli vastausten organisoimista aiheeseen liittyvän kysymyksen alle. Analysointia saattoi tapahtua jo haastattelujen aikana, kun esiin ilmaantui jokin tärkeäksi muodostunut seikka, jota piti tarkentaa lisäkysymyksillä. Aineiston käsittelyä ja analysointia on jatkunut koko kehityshankkeen laatimisen ajan. Konkreettinen kehitystyö haastatteluineen alkoi syksyllä 2010. Aineiston keruuvaiheessa ilmeni, että kokemusasiantuntijan osuus koko kehityshankkeen osalta tulee laittaa suuremmaksi kuin se alussa oli määritelty. Tästä johtuen, niin tehtävän asettelu kuin aineistokin, sai tutkimuksen aikana hieman uutta suuntaa.

Laadullisen tutkimuksen hypoteesittomuudesta puhutaan, kun tutkimuksessa ei ole ennakoasettamuksia tai määritelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää pohtia tarkoin aineiston rajaus, jotta päästään mielekkääseen ja järkevään analysointiin. Aineistoa käsitellessä on pohdittava myös aineistossa olevaa sisäistä ja ulkoista luotettavuutta. Sisäinen luotettavuus aineistossa tarkoittaa, miten hyvin tutkittava asia kuvaa tutkittavaa asiaa ja ilmiötä, kun taas ulkoinen luotettavuus tarkoittaa miten aineistojen pohjalta voidaan tehdä yleisiä päätelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 157-159).

Tässä kehittämistyössä aineiston käsittelynä pyritään saamaan aikaan samankaltaisuuskaavio (Mooij ym. 2008). Loin samankaltaisuuskaavion niin, että jokaisen kysymyksen kohdalle laitoin haastateltavien vastaukset ja etsin niistä samankaltaisuuksia. Tällä kaaviolla pyrin selvittämään tutkittavien puheissa olevat teemat ja aiheet. Samalla tulosten ja pohdinnan osassa pyrin suoraviivaisempaan tapaan: käänsin samankaltaisuuskaavion käyttäjätarpeeksi (Mooij ym. 2008). Tavoitteena oli tulkita haastatteluiden perusteella potentiaalisten asiakkaiden tarpeet. Myös tässä tilanteessa tarve kertoi sen, mitä tuotteen tulee tehdä, eikä miten tuote sen tekisi.

10 Tulokset ja pohdinta

Tässä kehittämistyössä esitellään tulokset ja pohdinta samassa osassa. Laadullisessa työssä voidaan tätä menetelmää käyttää, koska sen avulla päästään paremmin esittelemään tuloksia ja siten selventämään asioiden aihetta sekä tarkastelemaan asiaa laajemmin. Kaikkiin kysymyksiin ei haastateltavien tarvinnut vastata, vaan vain niihin, joihin koki tarvetta vastata. Innovaatio ryhmä vastasi vain kohtaan neljä ja viisi. Kysymykset ovat melko suppeassa muodossa haastattelun kysymysrungossa (liitteessä 1). Oli oleellista, että tarkensin haastattelun aikana kysymyksiä usein, jotta pääsimme haluttuun ongelmaan kiinni.

Keskeisiksi tuloksiksi selvisi, että elämäntapaneuvontaa on saatavilla, mutta potilaat eivät koe sitä olevan riittävästi saatavilla. Potilaat eivät aina tiedä mistä tietoa tulee hakea ja mikä on tieto luotettavaa. Potilaan elämäntapoihin voidaan vaikuttaa parhaiten varhaisen diagnoosin aikana, tilanteessa, jossa sisäinen muutosprosessi on suurimmillaan. Liikuntalajien osalta oli näkemyseroja. Sydänasiantuntija näkee liikuntalajit monipuolisemmin kuin potilaat. Liikuntalajit eivät kokemusasiantuntijaryhmän mielestä suorituksena ole niin kiehtovia, mutta mikäli liikuntaa tuotteessa on, tulisi se liittää luonnossa liikkumiseen ja kulttuuriin. Tutkimuksessa selvisi, että haastateltavat odottavat, että tuotteessa näkyvä vahvasti henkilökohtaisen tiedon saaminen. Potilaiden pelkotilat tulivat esille, joillakin liikuntapelkona ja toisille sairauteen liittyvänä pelkona. Tuotteessa odotetaan olevan ”juuri minulle tarkoitettua”- tietoa ja tiedon tulee olla erittäin maalaisjärkisesti ja selkokielisesti esitettyä. Erityisesti kokemusasiantuntijaryhmä ja sydänasiantuntija korostivat sosiaalisuuden merkitystä tuotteessa.

Haastattelussa olleen lääkärin näkemykset eroavat kokemusasiantuntijoiden näkemyksistä kuntoutusmuodoissa. Kokemusasiantuntijat mainitsivat, että kuntoutuspaikkana sopivin olisi luonnon läheisyys ja rauhallisuus, paikaksi mainittiin useimmiten kylpylä. Lääkäri kertoi, että tuloksekkaaseen elämäntapamuutokseen pääsee parhaiten avokuntoutusmuodolla. Vaikka erikseen tukihenkilön toimintaa ei tässä tutkimuksessa pyritty selvittämään, niin tukihenkilön merkitys ilmeni suureksi potilaan elämässä. Kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että tuotteen sisällä tulee toimia moniammatillinen työryhmä. Lääkärin haastattelun perusteella voidaan luoda kolme eritasoista kuntoutujaryhmää. Kuntoutujaryhmäjako selkeytti oleellisesti tämän kehityshankkeen osalta tuotteen suunnittelua ja markkinointia. Mainontapaikkana tärkeimmäksi korostui paikallinen sanomalehti ja Sydänlehti. Internetin varaan ei tule jättää mainontaa eikä tuotteen sisältöä kuten päiväkirja, chat, jne.

10.1 Elämäntapaneuvontatuotteista olemassa olevat ennako-odotukset

Ensimmäisessä osiossa pyrittiin selvittämään ennako-odotuksia palvelutuotteista, jotka sisältävät elämäntapaneuvontaa. Tavoitteena oli selvittää minkälaisia uskomuksia ja oletuksia sydäntuotteista on olemassa sekä millaista tietoa kokemusasiantuntijat olettavat saavan käyttäessään tuotetta, jossa on elämäntapaneuvontaa?

Haastatteluiden perusteella tulokseksi muodostui yleisesti elämäntapaneuvonnan piiriin kuuluvan tiedon määrän suuruus. Elämäntapaneuvonta tietoutta on esimerkiksi liikunta-, ravinto ja leposuosituksien. Aina myöskään tiedetään mikä on luotettavaa tietoa ja mistä sitä saadaan. Halutaan saada oikeaa tietoa, toivottaisiin saada vain yhtä ja oikeaa tietoa.

Haastatteluissa ilmeni, että olisi suotavaa, että asiantuntijalla olisi lähes 'ei ja kyllä' vastaukset ja selkeä suuntaviiva miten potilas voisi itseään hoitaa ja tulla hoidetuksi. Toisaalta taas haastateltava 1. vaikutti vastaustensa perusteella hyvin valveutuneelta terveysasioiden seurannassa, samoin kuin hänen puolisonsa (haastateltava 2.). Valveutuneisuus näkyi lähinnä selkeinä kannanottoina liikuntaan ja etenkin ravintoon liittyvissä asioissa. Liikunta on haastateltavan 1. ja 2. arjessa suuressa osassa ja ravintoasiat ovat myös nyt kiinnostavia kun kotona ruoan laittamiselle on aikaa.

Tukihenkilönä haastateltu kertoi tämän kysymyksen kohdalla lähinnä siitä miten hän kokee tukihenkilönä olonsa. Hän käsitteli asiaa siten, miten hänen tulee asioista tietää, kun hän tukihenkilönä menee puhumaan toiselle sairastuneelle. Hän mainitsi, että on oleellista tietää asiasta ja ikään kuin rauhoitella potilasta, joka on mahdollisesti juuri saanut kuulla sairastavansa sydänsairautta. Tämän haastattelunosion perusteella tulokseksi syntyi havainto tukihenkilön suuresta vaikutuksesta sairastuneen toipumiseen, mikä oli sinänsä erityisen hyvä lisä tutkimustuloksissa tuotteen kehittämisen näkökulmasta, vaikka sitä ei erikseen kysyttykään.

Niin haastateltava 1. kuin haastateltava 3. mainitsee pelosta. Haastateltava 1. mainitsee pelon lähinnä liikuntapelkona ja haastateltava 3. mainitsee pelon kun puhutaan sairaudesta yleensä. Haastateltava 1. mainitsee että, ”moni pelkää liikuntaa” ja haastateltava tukihenkilö kertoo ”pelko näkyy potilaasta” kun hän käy tapaamassa potilaita sairaalassa viikoittain. Tällä pelolla tarkoitetaan sitä, kun on juuri saanut tietää sairastavansa ja saattaa olla epä tietoa sairaudesta kokonaisuudessaan. Osalla voi olla jopa kuolemanpelkoa.

Sydänasiantuntijan vastauksissa ilmenee näkemykset laajasti. Hän kokemuksensa perusteella mainitsee miten nuorempien ja vanhempien näkemykset eroavat toisistaan. Nuoremmat ovat saattaneet hankkia itse jo paljon tietoa ja vanhemmat potilaat kokevat, että heidän tulee vain tyytyä tilanteeseensa. Toinen haastattelemani ammattilainen, lääkäri, mainitsi, että potilailla on suuret odotukset paranemisestaan, mikäli he ovat hakeutuneet kuntoutukseen. Valitettavan usealla on kuitenkin vääränlainen käsitys kuntoutuksesta: luullaan, että voidaan kuntoutua ennalleen, vaikka kyse on parantumattomasta sairaudesta. Tässä tilanteessa olisi lääkärin mielestä oleellista saada psyykkistä tukea tai ryhmätukea samaa sairautta sairastavilta. Lääkäri mainitsi, että terveyskeskuksilla ei ole resursseja hoidon eteenpäin viemiseen, eli esimerkiksi psyykkisen hoidon saamiseksi.

Pyrin selvittämään, että kiehtooko elämäntapaneuvontatiedon saaminen, ikään kuin johdatellen siihen, että halutaanko tuotetta yleensäkin ostaa? Sydänasiantuntijan vastaus oli kahdesta eri näkemyksestä. Asiakkaaltaan kuulleena hän mainitsi, että jotkut potilaat ovat saattaneet saada sydäntietoutta jo lääkäriltä tai hoitajalta. Sydänasiantuntijana hän mainitsi siitä millaista tiedon hänen mielestään tulisi olla. Kokemansa perusteella hän näkee, että tiedon tulee olla erityisen maalaisjärkistä. Tulkitsen, että maalaisjärkisyydellä tarkoitetaan tiedon helposti sovitettavuutta potilaan arkeen ja potilaan ajatusmaailmaan. Tieteellisten termien käyttö tiedottamisasiassa saattaa johtaa umpikujaan, mikäli ajatellaan tiedon käyttöönottoa normaalissa arjessa. Samalla teemalla haastattelussa kävi ilmi, että sydänasiantuntijan näkemys on, että kun ollaan potilaan kanssa, tulee hänen kanssaan puhua samaa kieltä. Tässä hän erityisesti mainitsi, että asiantuntijan tulee osata puhua sillä kielellä mitä asiakas ymmärtää.

Sydänasiantuntija mainitsi, että asiakas haluaa tuotteen olevan juuri hänelle sopivaa, lähes yksilöllistä. Ammattilaisena hän kokee, että elämäntapatuotteita tarvitaan, mutta hän myös mainitsi, että tiedon saa muualtakin. Tietoa voi hankkia Internetistä tai vaikka terveydenhoitajalta. Kun vapaan haastattelun aikana lisäsin tarkentavia kysymyksiä, niin yhdeksi teemaksi lisäsin tiedon erilaisuudet. Tarkoitin esimerkiksi lääkärienkin taholta kaikuvaan näkemyseroa rasvojen laadusta. Sydänasiantuntijan näkemys oli selkeä: hänen mielestään asiantuntijoilla ei tule olla mitään poikkeavaa tietoa eikä tietojen tule olla ristiriidassa toisiinsa nähden.

Lääkärin näkemykset tiedon osalta vastasivat edeltävän haastateltavien kokemuksia. Hän mainitsi, että tällä hetkellä on saatavana niin paljon erilaista tietoa, että se sotkee potilaiden ajatuksia käytännön toiminnassa. Hän tarkoittaa, että potilaat nappaavat mieleisensä ajatukset

kustakin tiedosta ja siten ohjeistukset esim. ruoasta menevät sekaisin. Tämänhetkinen rasvakeskustelu on esimerkiksi vaikuttanut potilaisiin siten, että jotkut kolesterolilääkityspotilaat ovat itse päättäneet jättää lääkkeet pois ja käyneet ostamassa voipaketin.

Ravintotietoutta on paljon saatavilla. Lääkäri mainitsikin, että täytyy olla todella sokea jos ei löydä ravintotietoutta. Rasvakeskustelu on vienyt melko suuren huomion ravintotiedottamisessa, vaikkakin se on hyvin tärkeä osa esimerkiksi sydänpotilaan ravintoa. Uskon, että auktoriteetin merkitys olisi suuri ravinto-opin esille tuomisessa. Vaikka haastattelussa kävi ilmi, että lääkärin toimenkuvaan ei mahdu ravitsemuksen käytännönläheinen tiedotus ja sen useimmin antaa potilaalle hoitaja, olisi hyvin tärkeää auktoriteetin kannalta, että tietoutta antaisi lääkäri tai ravintoterapeutti.

Luotettavan tiedon löytämiseen on toki omat haasteensa. Alentunut kynnyks kirjoittaa Internetiin artikkeli on lisääntynyt ja siten on mahdollista törmätä aiheen monenlaisiin näkemyksiin, ehkä vääriin tietohinkin. Jos lukija ei osaa tulkita kirjoittajan näkemystä, taustaa tai muuta joka vaikuttaa hänen mielipiteeseensä, voi olla, että tietokin nähdään väärin. Keskustelupalsta saattaa myös sekoittaa ajatuksia, mutta joissakin tilanteissa voi toki olla rakentavaa keskustella aiheesta. TerveysPajun sydäntuotteissa olisi oleellista, että noudatetaan Valtionravitsemuslautakunnan ohjeistuksia, niin rasvasuosituksen kuin muunkin ravinnon kohdalta. Tuotteessa olisi hyvä olla auktoriteettina ravitsemusterapeutti tai lääkäri ja lähestymiskohtana hyvin konkreettiset ravinto-opetuksen keinot.

10.2 Potilaiden kokemuksia elämäntapaneuvontatuotteista

Toisessa osiossa pyrittiin kartoittamaan muita toimijoita ja kilpailijoita, eli paikkoja, jossa asiakkaat ovat käyneet tai selvittämään mitä palveluita potilaat nykyisin käyttävät. Tavoitteena oli myös selvittää saako muualta sitä tietoa, jota TerveysPajun tuotteessa on tarkoitus olla. Selvitin myös, että missä sairaus todettiin ja mitä siellä kerrottiin elämäntapojen muutoksista. Haastateltavilta tuli varsin erilaisia vastauksia. Osin niissä oli samaa, mutta jokainen tarina oli kuitenkin erilainen.

Yhden haastateltavan kohdalla lääkäriin mentiin puolison kannustuksesta. Puoliso oli huomannut, että haastateltava juo paljon vettä ja oli siitä arvioinut, että hän saattaa

mahdollisesti sairastaa tyypin 2 diabetesta. Terveyskeskuskäynnin jälkeen haastateltava meni yksityiselle lääkärille, jossa selvisi, että hän sairastaa sepelvaltimotautia.

Toisen haastateltavan kohdalla tarina on hieman erilainen, mutta myös perustuu siihen, että hoitoon hakeudutaan muusta syystä. Tämän haastateltava oli hakeutunut lääkärin hoitoon jo olevan sairautensa eli astman takia. Valveutunut lääkäri huomasi kuitenkin käynnin loppuvaiheessa kysymyksellä tarkentaa vielä vointia ja pyydätti hoitajaa ottamaan sydänkäyräkuvat. Kuvista ilmeni, että tilanne oli akuutti ja kolmen päivän kuluttua asiakas oli jo yliopistollisessa sairaalassa leikattavana. Hänen oireensa oli näkynyt viikon ajan aamuisin, kun hän putsasi autoa ja huomasi, ettei toinen käsi kykene tekemään samanlaista liikettä kuin toinen. Matkalla auton luokse hän oli myös joutunut pysähtymään koska hänestä oli tuntunut ettei pääse liikkumaan eteenpäin eikä takaisinkaan.

Nämä tarinat vastaavat hyvin haastateltavana olevan sydänasiantuntijan kertomaa: hän mainitsi että sairauden toteaminen tai huomaaminen voi tapahtua monella eri tavalla. Hän mainitsi, että joku on saattanut saada infarktin eli äkillisen sydänpysähdyksen kotona tai joku potilas on hakeutunut hoitoon jonkun muun oireen vuoksi. Lääkäri kertoi, että heidän terveystieteissä voidaan tehdä rasituskoe ja siten diagnosoida vaikka terveystieteistoimintoihin ei yleisesti kuulu nämä toiminnot. Hän kertoi, että usein potilas tulee vastaanotolle kun on kokenut rasitusrintakipua, hengenahdistusta tai suorituskyky on muuten muuttunut. Tämän jälkeen kartoitetaan riskitekijät, ja jos on viitteitä, tehdään lähete sisätautipoliklinikalle ja siellä rasituskokeita. Mikäli merkit sairaudesta todetaan, aloitetaan lääkinnällinen hoito. Jos potilaan olo helpottaa lääkityksellä, niin sen perusteella voidaan jo tehdä diagnoosi sairaudesta. Mikäli ei saada tuloksia lääkkeitä, lähetään potilas eteenpäin varjoäänikuvauksiin. Yleensä terveystieteenlääkäri ei tee diagnoosia.

Lääkäri kertoi, että taloudelliset asiat ovat suuressa osassa lääkärin työssä, mutta hoitamatta ei voida jättää, sillä lääkäri on kuitenkin vastuussa potilaasta. Moni potilas odottaa erikoislääkärille pääsyä, vaikka terveystieteenlääkäri saattaa konsultoida asioista etukäteen ja hoito on näin jo optimaalinen. Mikäli potilas on lähetetty erikoislääkärille, niin saatetaankin pettyä, kun ei ollakaan saatu mitään ihmeellistä uutta tietoa.

Tulkintana siihen, missä tieto on saatu, on terveystieteen- tai yksityinen lääkäri. Tämän tutkimuksen osalta voidaan tulkita, että useammin käytetään terveystieteenkustaa kuin yksityistä lääkäripalvelua. Osa saattaa terveystieteenkäynnin jälkeen vaihtaa yksityiselle puolelle.

Jatkokysymyksenä edelliseen oli tarkentaa, mitä tietoa siellä annettiin hoidosta. Haastattelujen perusteella kävi selkeästi ilmi, että lääkinnällinen hoito korostui kaikkien haasteltavien puheissa ja kun mainittiin sana hoito, tarkoitettiin sillä aina lääkehoitoa, jota saadaan lääkäriltä. Jos mainitsin sanan itsehoito, niin silloin koettiin, että itsehoidon osa on myös olemassa.

Haastateltava 1. oli saanut yhdeltä lääkäriltä ohjeeksi, että lääkkeiden osa voinnissa on 20% ja itsehoidon eli elämäntavoilla oleva hoito on 80% voinnista. Hän itse on aktiivinen, mutta ei ole saanut hoitohenkilökunnalta liikuntaneuvontaa. Hän mainitsi, että lääkäri paneutuu vain sairauteen. Haastateltava 3. oli saanut yliopistollisessa sairaalassa itsehoito-ohjeiksi leikkauksen jälkeiset itsehoitotoimenpiteet kotiin tehtäväksi. Näitä olivat muun muassa tyynyyn rykäisemisen ja pilliin puhaltamisen. Hän mainitsi, että häntä kannustettiin itse lukemaan itsehoidosta lisää, mutta samassa sairaalassa hän ei saanut muuta oheistusta vaikka oli kysely potilaan ruokavaliosta. Hän mainitsi, että keskussairaalassa, jonne hän palautui leikkauksen jälkeen, oli sitten annettu ”jotakin” ohjeistusta enemmän.

Lääkärin vastauksista voidaan yhteen vetää edellisten haastateltavien vastaukset. Lääkäri mainitsi, että aikaresurssien vuoksi lääkäri panostaa käynnin aikana vain lääkinnälliseen puoleen, antaa elämäntapaneuvonnassa vain perusasiat ja ohjaa potilaan käynnin jälkeen sairaanhoitajalle, joka antaa neuvontaa enemmän ravinnon, liikunnan ja muun suhteen. Lääkäri totesi, että auktoriteetin vuoksi hän mainitsee nuo elämäntapamuutosta koskevat asiat, mutta käytännössä hoitajien tehtäväksi tarkempi neuvonta jää. Lääkärin mielestä elämäntapaneuvonta on tehtävänä hoitajille hyvin sopiva.

Näistä vastauksista korostuu, että puutteita elämäntapaneuvonnassa sairaaloiden välillä on. Potilaat kokevat, että itsehoitoon sairaalassa kannustetaan, mutta tietoutta ei anneta paljoa. Lääkärin vastauksista ilmeni, että tietoutta on saatavilla sairaanhoitajilta.

Tässä osiossa selvisi ehkä koko tutkimuksen osalta tärkein tulos: muutamasta haastattelusta korostui sana muutos, jonka havainnoin merkitykseltään suureksi jo ensimmäisen haastattelun aikana. Muissa haastatteluissa sanan ”muutos” arvo vain lisääntyi. Muutoksella tarkoitan tässä nyt sitä tilannetta, jolloin henkilö on valmis tekemään muutoksia ja ottamaan tietoa vastaan. Haastateltava 1. kertoi, että ”se hetki kun sairaus todetaan, niin yllättävän paljon on valmis tekemään muutoksia.” Myös haastateltavan 2. puolison haastattelussa kävi ilmi, että sairastuminen koskettaa lähimmäistä ja muutos on myös hänelle suuri. Sydänasiantuntijan vastauksissa ilmeni myös sana muutos. Hän mainitsee, että siinä hetkessä, jossa sairaus on

todettu on kiinnostus omaan vointiin suurimmillaan. Sydänasiantuntija mainitsi sairauden kohtaamisesta. Varmaan jokaisella tuntuu jollakin tasolla kun tulee ilmi, että on sairastunut. Hän mainitsikin, että ”on aika kova jätkä, jos ei missään tunnu”. Lääkäri mainitsi myös muutoksesta. Hänen näkemyksensä muutostilanteesta on sama kuin sydänasiantuntijalla: mahdollisimman varhaisessa vaiheessa diagnoosia voidaan vaikuttaa potilaaseen positiivisesti. Hän tarkoittaa sitä, että kauemmin sairastaneelle muutosten tekeminen on vaikeampaa eikä potilas ole niin motivoitunut. Hän totesi joidenkin potilaiden ajattelevan, että kun on jo kauan sairastanut ja ei ole mitään tapahtunut vielääkään, niin miksi myöhemminkään. Juuri sairaudesta tiedon saaneet ovat motivoituneimpia elämäntavan muutoksiin.

Tämä muutoshetki tutkimustuloksena on tuotteen kehittämisen näkökulmasta oleellinen. Se on toimenpide esimerkiksi tuotteen markkinointiin. Ei olekaan niin oleellista, että missä markkinoidaan ja millainen tuote on, vaan paljon oleellisempaa on, että mikä on se hetki yksilön kannalta milloin markkinoidaan. Tukihenkilöhaastateltavan tarinoista ilmeni, että kun ”alkujärkytyksestä” on selvitty, niin jotkut saattavat porskuttaa eteenpäin lähes samalla elämäntavalla kuin ennenkin, välittämättä sen enempää sairaudesta. Huomioitavaa on, että muutoshetki on todella herkkä aika sairastuneelle. Sydänasiantuntijan haastattelussa kävi ilmi, että tämä muutoshetki voi olla kuin surutyön käymistä. Siksi on oleellista huomioida ammattietiikka tuotteen markkinoinnissa.

Absetz & Patja (2008) selventävät muutosta ja näkevät muutosaikomuksen syntymiselle selvät tekijät. Heidän mielestään muutosprosessin ensimmäinen vaihe käsittää motivoitumisen muutokselle. He näkevät, että motivoituakseen elintapojen muuttamiseen ihmisen on havahduttava siihen, että hänellä on riski sairastua vakavaan sairauteen, jolla on merkittäviä vaikutuksia niin toimintakykyyn ja elämänlaatuun kuin elinajanennusteeseenkin. Heidän mielestään riskikäsityksen syntyminen ei kuitenkaan yksin riitä, vaan sen lisäksi on uskottava siihen, että riskiin voidaan ylipäättään vaikuttaa elintapoja muuttamalla. He näkevät, että vaikka yleinen usko toiminnan tuloksellisuuteen olisikin, tarvitaan myös uskoa omiin kykyihin tehdä muutos eli pystyvyyden tunnetta. (Absetz & Patja 2008, 11). Vaikka Absetz ja Patja puhuvatkin tässä riskistä sairastua, voidaan sydänsairauteen sairastuttua sairauden pahenemisen näkökulmasta vaikuttaa. Siten tämä teoria muutoshakuisuudesta pätee myös sydänpotilaaseen. Haastatteleman lääkäri mainitsee, että potilailla saattaa olla epärealistinen näkemys siitä, että voivat palautua ennalleen ja sen tiedon oikeanlainen kertominen on oleellisen tärkeää. Tämän muutosteorian perusteella voidaan sydäntuotteen markkinoinnissa ja sisällössä hyödyntää potilaan uskoa omiin kykyihin tehdä muutosta niin, että voidaan mahdollisimman paljon

vaikuttaa itsehoidon menetelmin omaan hyvinvointiin. ”Riskikäsitteiden syntyminen ei yksin riitä, vaan sen lisäksi ihmisen on uskottava siihen, että hän voi itse riskiin vaikuttaa, esimerkiksi elintapoja muuttamalla” (Leimumäki & Pärkkä 2010, 18). Mikäli saamme muutoksen näkymään mainonnassa ja tuotteen sisällössä, voidaan oikeanlaista ja motivoitunutta asiakasta tavoitella.

Pyrin selvittämään myös käyttävätkö potilaat mitään tuotteita tai palveluja tällä hetkellä. Ja jos käytetään, niin mitä hyvää siellä on ja mikä ei niissä palveluissa miellytä? Haastattelussa kävi ilmi, että palvelut, jotka sydänsairauksiin liitetään ovat lähes kokonaan lääkärinpalveluita. . Haastateltava 2. mainitsi, että terveyskeskusta käytettäisiin, jos sieltä saisi parempaa palvelua. Haastateltavan 3. vastauksesta ei pysty selvästi tarkistamaan mitä palveluita hän käyttää, mutta hän ottaa kantaa siihen mitä palveluita hän on saanut, ja eritoten millaista lääkinnällistä palvelua hän on saanut. Hän on itse sairastavana kokenut kaiken menneen leikkauksensa jälkeen hyvin. Leikkaus oli hänen kohdallaan oleellinen toimenpide koko hyvinvoinnin näkökulmasta. Tukihenkilönä hän on aikaisempina vuosina kuullut paljon puhetta siitä, että kaikki eivät pääse leikkaukseen. Nykyisin hän kokee, että kaikki pääsevät leikkaukseen ja vielä ilmeisesti yhteiskunnan varoin.

Sydänasiantuntija vastaa laajemmin palveluntuottajista. Hän mainitsee, että kilpailijoiden kentällä toimii kolme eri sektoria: julkinen-, kolmas- ja yksityinen sektori. Hän mainitsee, että kaikki nämä ovat kilpailijoita, koska samoista asiakkaista on kyse. Jotkut tuotteet tosin saavat tukea eri tahoilta kuten Raha-automaattiyhdistykseltä tai Kansaneläkelaitokselta. Lääkäri taas mainitsee siitä, miksi hänen mielestään itsehoitoa ei hankita. Hänen näkemyksensä mukaan syyinä voi olla taloudelliset syyt ja mainitsee, että terveyskeskuksenkin toiminnasta tulee jäämään ennaltaehkäisevä työ pois kiristyneen taloustilanteen vuoksi.

Yhteenvedon näistä eritasoisista vastauksista voidaan vetää, että lääkinnällinen hoito on erittäin tärkeää, potilaan mielestä lääkehoito on ensisijainen hoito. Haastattelussa kävi ilmi, että myös oma aktiivisuus on tärkeää, sillä he kokevat, että selkeää elämäntapaneuvontaa ei ole saatavilla. Kilpailijoissa on heitä, jotka saavat tukea ja siten ovat kilpailuasetelmassa etusijalla hinnoitteluedustaa johtuen. Tuloksissa on myös huomioitavaa se, että sairastuneiden määrä saattaa kasvaa ennaltaehkäisevän työn vähentyessä.

10.3 Potilaan elämäntapa ennen sairastumista

Kolmannessa osiossa tavoitteena on selvittää asiakasprofiilia: millainen on potentiaalinen asiakas? Kyselin haastateltavilta, että millainen oli heidän elämäntapansa ennen sairastumista ja millaista oli silloin kiinnostus omaan terveyteen? Haastateltava 1. kertoi olleensa yrittäjä ja tehneensä viimeiset työelämän vuodet rankasti työtä niin, ettei itsensä hoitamiseen ollut aikaa. Ravinto oli näinä vuosina heikommalla sijalla, koska usein oli kiire. Näin hän eli neljä vuotta, kunnes jäi eläkkeelle. Eläkkeellä tovin oltuaan hän sairastui sepelvaltimotautiin. Elämäntapaan ei ole koskaan kuulunut alkoholi tai tupakka, mutta riski sairastua oli silti suuri, koska lähisuvussa ilmeni tautia.

Haastateltava 3. kertoi olleensa metsämies, eli työkseen liikkui maastossa, liikkumista tapahtui raskaassa maastossa kuten suolla. Liikuntaa tuli paljon päivän aikana, mutta ravinto usein metsässä saattoi olla nuotioruokaa, kuten makkaraa. Viimeiset työvuodet hän vietti sisätyössä ja silloin lounas oli tavallista lounasravintolan ruokaa.

Lääkärin kokemuksen mukaan sairastavilla on usein riskitekijöitä. On myös heitä, joilla ei ole muita riskitekijöitä kuin perimä. Nämä perimän saaneet ja muuten riskiryhmään kuuluvat ovat niitä, jotka alkavat oireilemaan aikaisemmin. Hän mainitsi, että monien riskitekijöiden summa on usein hälytysmerkki. Sydänasiantuntija kertoi kokemuksensa perusteella, että asiakasprofiilia ei voi määrittää. Hänen kurssillaan on ollut entisiä urheilijoita, joilla on ”moitteettomat” elintavat ja samalla kurssilla on ollut rekkamies, joka polttaa kolme askia tupakkaa päivässä.

Tulokseksi muodostui, että asiakasprofiili on laaja ja osaltaan haastavasti arvattavissa. Tällä tarkoitan, että vaikka riskit on olemassa, ei sairaus ole aina todennäköinen. Tarkkaan ei voida määrittellä kuka kuuluu kohderyhmään, koska sairaus ei välttämättä näy ulospäin. On toki olemassa riskikartoitusmenetelmä. Tulokseksi voidaan siten todeta, että koska markkinoinnin näkökulmasta asiakkaiden haaliminen on ´hakuammuntaa tai kuka vaan´, on oleellisempaa, että asiakkaiksi valikoituu jo sairastuneet eli selkeästi diagnoosin saaneet henkilöt.

10.4 Potilaan elämäntapa sairastumisen jälkeen

Halusin selvittää sairastumista edeltävien elämäntapojen lisäksi millaista elämää nyt vietetään? Muuttiko sairastuminen mitenkään kiinnostusta omaan terveyteen? Haastateltava 1. kertoi, että nyt sairastumisen ja eläkkeelle jäämisen jälkeen on alkanut kaikki kiinnostamaan. Kun on aikaa

tehdä ruokaa, niin sen terveellisyyskin kiinnostaa. Haastateltavat 1. ja 2. olivat jopa niin kiinnostuneita ravinnosta, että olivat hankkineet kirjan, jossa kerrotaan tarkemmin mitä ruoat sisältävät. Haastateltava 1. sanoo: ”Sairastuminen muuttaa elämäntapaa, hoito on nyt sellaista.” Haastateltava 3. kertoo liikunnan kohdalla ”muistavansa, että on sairaana.” Tarkoittaen sitä, että kylmällä ja sateisella säällä hän ei ulkoile, koska ne ovat haastavia olosuhteita sairaalle. Kotiinkin on hankittu kuntopyörä, mutta sitä käyttää lähinnä lastenlapset. Aistin tästä haastateltavasta, että hänellä on ollut niin vahvasti elämässä liikunta aikaisemmin, ettei liikkumista kuten hyötyliikuntaa, osata edes laskea liikunnaksi. Hän mainitseekin ”tulee tapa tulla liikkumaan”.

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään myös millä keinoilla hoidetaan itseään ja millä tavoin haluttaisiin hoitaa itseä? Tässä kohdassa tulokseksi muodostui kokemus siitä, että elämä on arvokasta, näkemys siitä, että on saanut lisää aikaa lääkkeillä tai leikkauksella. Haastateltava 1. mainitsi, että hoitaa nyt itseään niin kuin haluaisikin hoitaa. Hän mainitsi että ”mulle annetaan lisää aikaa nyt lääkkeillä”. Hän hoitaa tällä hetkellä itseään terveellisillä elämäntavoilla, johon kuuluu terveellinen ravinto ja liikunta. Haastateltavan puoliso mainitsee tässä kohtaa omia kokemuksiaan sairauden kokemisesta. Hän kokee huonoa omatuntoa siitä, että hänen olisi pitänyt puuttua puolisonsa terveyteen kun kolesterolit olivat koholla 40-vuotiaana. Haastattelun aikana minulle tuli tunne, että hän nyt pyrkiikin huomioimaan tämän ruoan laadussa.

Haastateltava 3. oli liikkunut oman tapansa mukaan jo aiemmin, eikä ole sen vuoksi muuttanut elämäntapoja liikunnanosalta. Hän ei ole koskaan kokenut, että olisi neuvottu jättämään liikuntaa pois. Joskus oli mainittu, että raakaa kuntosalia ei saa harrastaa. Haastateltava mainitsee ”ettei saa unohtaa että on sairas, pitää muistaa lämmitellä ensin.” Tämä haastateltava on aktiivinen sydänasioiden kuluttaja: hän toimii tukihenkilönä ja saa toimintaan myös koulutusta, käy kuuntelemassa luentoja, lukee tietoa esimerkiksi Sydän-lehdestä, joka on Suomen Sydänliiton toimittama lehti.

Lääkärin haastattelussa ilmeni selkeyttävä näkemys siitä millaisia kuntoutujia hän kokee olevan. Kuntoutujana mainitaan tässä henkilö, joka on diagnosoitu ja hänelle annetaan lääkintää ja elämäntapaneuvontaa. Haastattelemani lääkäri jakaisi kuntoutujat kolmeen ryhmään. Yksi ryhmä on hänen näkemyksensä mukaan sellainen, joita ei kuntoutus kiinnosta lainkaan. Suurimmaksi osaksi jää potilaat, jotka haluavat kuntoutusta jakautuen kahteen osaan: passiivisiin kuntoutujiin ja aktiivisiin kuntoutujiin. Aktiiviset kuntoutujat ovat niitä, jotka

aktiivisesti itse hakevat tietoa ja ovat aktiivisesti osallistumassa eri palveluihin. Nämä saattavat golfata, vaeltaa, käydä kursseilla kustantaen ne itse. He eivät ole tottuneet käyttämään yhteiskunnan varoilla tuettuja palveluita sairautensa hoitoon. Jos he ostavat jonkun palvelun, on se yleisimmin liikunnallinen palvelu. Kolmas ryhmä, eli passiiviset kuntoutujat, ovat näistä kolmesta ryhmästä suurin ryhmä. He ovat niitä, jotka ovat erityisen kiinnostuneita kuntoutuksesta, mutta olettavat saavansa kaiken yhteiskunnan varoin: ”minulle kuuluu hoito, olen maksanut verot”. Näkemys on usein, että ”minua hoidetaan eikä, että hoidetaan yhdessä” mainitsee lääkäri. Heidän toiveissaan on usein sellainen hoito, jonka eteen ei itse tarvitse paljoa tehdä. Yleisin toive hoidosta on hieronta ja laituskuntoutus, jossa on valmiita palveluita saatavilla. Ryhmä, jota ei kuntoutus kiinnosta lainkaan, on melko pieni ja heihin lukeutuvat ne, jotka eivät halua tehdä elämäntapamuutoksia eivätkä välttämättä halua aloittaa lääkitystään. Lääkäri kuvasi kuntoutujien jakautumaa kuvan 9. osoittamalla tavalla. Hän kuitenkin painotti että, se alue jossa hän toimii, on eläkeläis-, vuokra-asunto- sekä maahanmuuttajapainotteinen alue ja siksi hän toteaa, että kuntoutujien jako prosentuaalisesti saattaisi olla toisenlainen esimerkiksi omakotitaloalueella.



Kuva 9. Lääkäriin (haastateltava 5.) näkemys kuntoutujien jakautumisesta hänen alueellaan.

Lääkäriin mainitsema näkemys erilaisista kuntoutujista on erittäin arvokasta tietoa sydäntuotteen kehittämisen kannalta. On tärkeä erotella näistä kuntoutujista ne, jotka voisivat osallistua sydäntuotteeseen. Tämän selvityksen avulla voidaan karkeasti vetää johtopäätös, että mikäli sydäntuote ei saa mitään tukea ja siten se jää kokonaan asiakkaan maksettavaksi, on markkina-alue pienempi, koska kohderyhmänä on vain aktiiviset kuntoutujat. Mikäli sydäntuotteeseen saadaan tuki, niin että omakustannusmäärä jää huomattavan pieneksi, on markkina-alue huomattavasti suurempi kohderyhmänään passiiviset kuntoutujat. Ryhmä, joka ei ole kiinnostunut ollenkaan kuntoutuksesta jää luonnollisesti pois koko markkinointikohderyhmästä. Seuraavaksi haasteeksi tulee miten erotellaan nämä aktiiviset ja passiiviset kuntoutujat ja mistä heidät tavoitetaan?

Lääkäri otti kantaa myös siihen minkälaisia muutoksia voidaan tehdä. Hän mainitsi, että hänen tehtävänä on antaa avaimia, mutta potilaan tehtäväksi jää avata lukot. Lääkärillä on vahva kokemus myös psykiatrian puolelta ja siksi hän osin peilasi asioita myös siltä näkökulmalta. Hän kertoo, että on olemassa potilasryhmä, joka silti kuvittelee parantuvansa kokonaan vaikka on kerrottu sairauden faktat. Tämä ilmenee esimerkiksi niin, että hakeudutaan hoitoon yhä uudelleen niillä oireilla, jotka kuuluvat sairauteen.

Kysyin haastattelussa mikä on asiakkaan mielipide siitä mitä palvelun tarjoajan tulee tietää potilaasta asiakkaana? Tähän odotin sellaisia vastauksia, joita en osaisi itse päätellä. Jätin kysymyksen ikään kuin ilmaan leijumaan siten, että en tarkentanut kysymystä, vaan annoin haastateltavien vastata kuten he kysymyksen ymmärsivät.

Haastateltava 1. mainitsi, että palvelun tarjoajan kannattaisi hyödyntää esimerkiksi kaavaketta alussa, johon asiakas voisi kirjoittaa etukäteen tietojaan itsestään. Sydänasiantuntija kertoi myös, että on oleellista, että palveluntarjoaja saisi tietää asiakkaastaan niin paljon kun vaan asiakas on itse valmis kertomaan. Hän myös mainitsi, että asiakkaat ovat kiinnostuneita myös tietämään, että saavatko he rahoilleen vastinetta. Lääkäriin vastaukset ovat lähes vastaavia. Hän mainitsi, että palveluntarjoajan tulisi tietää potilaan koko diagnoosi. On vaikeaa ohjata henkilöä jos ei tiedä hänen fyysisiä ja psyykkisiä oireitaan. Esimerkiksi hän kertoi, että on tärkeää tietää onko potilaalla nivelrikko neuvoessaan häntä juoksulenkille. Hän mainitsikin, että usein sydänpotilailla onkin juuri nivelrikko.

Haastateltava 3. eli tukihenkilö vastasi, että hänen kokemuksestaan potilaat keskivertoisesti ovat aktiivisia ja siten hän kokee, että tietoa saisi olla enemmän. Hän mainitsi myös, että arvosteluakin tulee paljon ”ei tiedetä sitä eikä tätä” kohdentuen lähinnä lääkinnälliseen hoitoon. Haastateltava 3. mainitsi tärkeän osan potilaasta: on potilaita, jotka eivät halua tulla millään tavalla huomatuksi sairaudestaan: ”jotkut haluavat, että ei saa puhua mitään, että sairastaa. Sanovat, että minä en ole niin huono kuin papereissa lukee.”

Haastatteluista ilmeni, että esitieto on erittäin tärkeää, asiakas haluaa yksilöllistä palvelua ja kun hän on täyttänyt esitietolomakkeen hän voi olettaa, että tietoa hyödynnetään juuri hänen kohdallaan. Sen tiedon lisäksi korostunut salassapidon tärkeys on huomioitavaa tuotetta toteuttaessa. Vaikka sydäntuotteiden käyttäjien tietoja ei jaeta eikä paljasteta, niin tämän tuotteen osalta tulee järjestää vielä tarkempi salassapitojärjestely, jotta ne osataan jopa erottaa

muista TerveysPajun tai koko Pajulahden asiakkaiden tiedoista. Tiedottaminen salassapidosta ja asiakkaan ensitietoselvityksestä tulisi mainita jo markkinointivaiheessa.

10.5 Ihannepalvelutuotteen sisältö ja kustannus

Neljännessä kohdassa oli tämän kehityshankkeen onnistumisen kannalta ehkä oleellisin. Tässä osiossa pyrittiin saamaan vastauksia siihen millaisen tuotteen asiakkaat itse haluaisivat saada, jos kaikki mahdollisuudet ovat auki.

Haastattelussa kysyttiin millaisessa paikassa palvelutuote tuotettaisiin? Mihin asiakas haluaisi mennä? Missä hän haluaisi elämäntapaneuvontaa? Täsmensin kysymystä monin eri tavoin, mutta kuitenkin niin, että pyrin olla ohjaamatta vastauksia mihinkään. Kolme haastatelluista vastasi kylpylän mieleiseksi toteuttamispaikaksi. Sydänasiantuntija vastasi paikaksi laajemmin ja perusteellisemmin, että paikaksi halutaan sellainen ”mun ei tarvii tehdä mitään”-paikka. Siellä voisi olla täyshoito, soveltuva voisi olla kuntoutuspaikka. Asiantuntija vastasi myös tärkeään vastuuasiaan: ”vastuuasia on varmasti yksi suuri tekijä näiden kurssien toteuttamisessa.” Hänen näkemyksensä oli, että paikan merkitys korostuu kun ryhmä kootaan, samoin mielikuva paikasta korostuu. Hän on itse ollut toteuttamassa erilaisia kursseja. Kokemuksestaan hän mainitsi, että avokurssi, jossa yövytään kotona ja saadaan säännöllisin väliajoin ohjausta, ei onnistunut ja eivät olleet niin kiinnostavia kuin kuntoutus kuntoutuslaitoksissa. Hän tiesi, että kuitenkin palautteet, jotka ovat kurssien toteuttamisesta tulleet, ovat lähinnä olleet paikan rakenteista johtuvia, kuten paikassa oli kylmä jne. Haastateltava 3. vastaa, että hän toivoisi saavansa elämäntapaneuvontaa erilaisissa paikoissa. Hän on matkustellut paljon ja siten näkemykseni mukaan aika avoin uusille kokemuksille. Hän korostaa kuitenkin paikkaakin enemmän sosiaalisuuden merkitystä: ”Ehkä se olisi kuitenkin sellainen pieni ryhmä joka sopii yhteen, ei tarvitse olla yhtämieltä, saa olla erilaisuutta.” Innovaatio ryhmän keskusteluissa tuli ilmi, että haastateltavat mainitsivat useasi sanan ”luonto ja rauha.”

Tarkensin lopussa innovaatioryhmän haastattelussa vielä, että halutaanko, että tämä tuote on jossakin vaiko voisiko tuote tulla teille kotiin? Tavoitteenani oli hakea, että kiinnostaako tätä kohderyhmää personal trainer-tyyppinen ohjaus, joka on yksilöllisesti suoritettua, tarvittaessa haetaan asiakas vaikka kotoa. Vastaus oli selkeä: ”ei saa tulla kotiin, sitten pitää siivota.” Selkeästi osoitettiin, että elämäntapaneuvontaa halutaan kauempana kotoa, ei kotipitäjässä vaan uusissa maisemissa. Tarpeena on myös nähdä uusia kasvoja ja tutustua uusiin ihmisiin. Kotiasiat halutaan unohtaa täksi ajaksi.

Lääkärin näkemys oli täysin erilainen kuntoutuksesta kuin asiakkaiden. Hän mainitsi, että mikäli halutaan tuloksia on kuntoutuksen oltava ehdottomasti avokuntoutus. Avokuntoutus tarkoittaa sitä, että kuntoutus ei tapahdu laitoksessa, vaan on ikään kuin pidempiaikainen prosessi. Kuntoutusmalliin kuuluu, että käydään säännöllisin ajoin saamassa elämäntapaneuvontaa. Hän mainitsi, että silti näkee laitospäätykselle oman paikkansa, mutta tässä tilanteessa tuloksia elämäntapamuutoksiin tulee pitkäaikaisella avokuntoutusmuodolla. Tavoitteena olisi soveltaa asioita omaan arkeen. Hän näkee sovellettavuuden paremmaksi avokuntoutuksessa, koska sitten voidaan kokeilla asioita ja saada myöhemmin palautetta. Hänen mainitsee, että ”ei vanhukset mene mihinkään Go-Golle tai Elixiaan”. Lääkäri myös painottaa, että avokuntoutuksessa tulee olla koulutettu ohjaaja nimenomaan vanhusten ohjaukseen ja laitteiden tulee olla sellaisia mihin potilaat pääsevät.

Sydänsegmentin asiakasryhmää on aikaisemmin tavoiteltu Päijät-Hämeen alueelta. Tämän tutkimuksen perusteella saattaisikin olla mahdollista, että potentiaalinen asiakas voisi olla kauempana asuva, mikäli tuote olisi laitospäätyksen piirteitä täyttävä tuote. Haastattelujen perusteella tähän tuotteeseen haluttaisiin sisältyvän matka ja mahdollisesti kulttuurielämykset, joten uusiin maisemiin hakeutuminen vaatii kohderyhmän etsimistä laajemmalla alueella. Haasteelliseksi ammattilaisen ja tulosten näkökulmasta tekee sen, että asiakas haluaisi unohtaa täksi hetkeksi arjen, olla kuin lomalla, koska elämäntapojen sovittaminen juuri arkeen on avainsana tulosten tavoittelussa. Aistin, että ehkä fyysistä paikkaakin tärkeämpi seikka on viihtyvyys, oikeanlainen ympäristö ja sosiaalisuus. Viihtyvyys näkyy toiveissa ja haaveiluissa luonnosta ja rauhasta. Vahva sosiaalisuuden tarve näkyy siitä, että toiveena olisi tavata uusia ihmisiä. Omissa kokemuksissani nämä samat teemat korostuvat. Olen toiminut liikunnanohjaajana ryhmille, jossa on huomattavissa tarve huumorille ja vilkkaalle keskustelle. Ne jopa saattavat osin mennä liikuntatunnilla fyysisen aktiivisuuden edelle. Omat kokemukseni, kuin myös tämä tulos, vahvistavat tämän ikäryhmän, sekä lisäksi tämän sairausryhmän, tarvetta sosiaalisiin toimiin.

Tavoitteenani oli saada vastaus siihen, että mitä paikalta vaaditaan jossa saadaan elämäntapaneuvontaa. Sain selkeitä vastauksia siitä, että paikaksi halutaan kylpylä, mutta en sitä, mikä tekijä on se miksi halutaan kylpylään. Haastattelun aikana en ymmärtänyt tarkentaa kylpylää sanalla miksi. Kylpylöitähän on monenlaisia. Onko se tekijä vesi? Illanviettomahdollisuus? Onko kylpylä usein rauhallinen ja onko se lähellä luontoa? Muissa ryhmän keskusteluissa kävi ilmi, että luonto ja rauha ovat mieluisia tekijöitä, joten oletan, että

tutkittavilla on näkemys kylpylän sijainnista jossakin rauhallisessa paikassa. Haastattelujen aikana ilmeni myös, että asiakkaat toivoisivat yhteistä illanviettoa ja toive sosiaaliseen kanssakäymiseen toki yhdistyy tähän. Kylpylän päätuote on vesi ja sen yhteydessä olevat toiminnot. Haastateltavan 2. ja innovaatioryhmän keskusteluissa ilmeni sana vesi, mutta niissäkään yhteyksissä ei kylpylätoimintojen muodossa, vaan vesijuoksun tai vesijumpan muodossa. Näitä lajeja voidaan harrastaa kaikissa muissakin paikoissa, joissa on vesielementti. Tästä johtuen oletan, että kylpylässä olevat muut palvelut ja kylpylän tuoma mielikuva kuten ”olla rennolla lomalla” ja täyshoitopalvelu majoituksella ovat keskeisiä mielikuvan tekijöinä.

Lääkäriin mainitsema avokuntoutusmalli voisi olla tuote, jonka TerveysPaju voisi toteuttaa. Mikäli sillä kuntoutusmuodolla saataisiin parhaiten tuloksia, olisi suotavaa, että korkeatasoista liikuntapalvelua tuottava laitos järjestäisi vastaavaa palvelua. Kuitenkin lääkäri oli ainoa henkilö, joka haastatteluissa mainitsi avokuntoutusmallista. Olisiko tuotteelle sitten käyttäjiä? Tuotteen potentiaaliset asiakkaat olisivat luonnollisesti aktiiviset kuntoutujat, koska tällainen kuntoutus vaatisi potilaalta suurta sisäistä motivaatiota jotta se onnistuisi. Olen ollut itse toteuttamassa lähes vastaavaa tuotetta ja siinä tuloksia saavutettiin vaihtelevalla menestyksellä. Kuitenkaan siinä projektissa ei ollut moniammatillista henkilökuntaa toteutuksessa, esimerkiksi psykepuolen ammattilainen puuttui kokonaan, ja siksi tulokset eivät ehkä olleet niin hyviä kuin ne olisivat voineet olla. Paremmiin tuotteistettuna avokuntoutusmalli voisi olla TerveysPajun sydänsegmentin tulevaisuuden tuote.

Halusin selvittää tutkimuksessa kuinka kauan elämäntapaneuvonta voisi kestää ja halutaanko sen lisäksi seurantaa? Tavoitteena oli selvittää koetaanko, että kurssi olisi tämän hetken suuntauksen mukainen ”pieni matka pois arjesta”. Halutaanko ollenkaan seurantaa vai koetaanko se ahdistavaksi, että on tilivelvollinen tavoitteiden täyttämisen osalta. Haastateltava 1. toivoi kurssia, joka olisi aikakin kolmen päivän mittainen. Hän mainitsi, että useamman päivän jälkeen helposti väsähtää. Tämän jakson jälkeen hän toivoi seurantaviikonloppua ja koki, että vielä vuoden päästä olisi lyhyt käynti, toiveenaan tarkistaa, että muutokset elämäntavoissa ovat pysyviä. Innovaatioryhmä keskusteli ryhmän kesken ja heidän vastauksensa olivat hieman erilaisia niin keskenään kuin haastateltava 1. kanssa. He määrittelivät, että ajankohdaksi sopii parhaiten kevät jolloin voisi olla 3-5 päivän päivän kurssi ja myöhemmin seurantajakso. Toiset ryhmästä kannattivat pidempää jaksoa, jopa kahden viikon mittaista kurssia, jonka jälkeen olisi seuranta, joka tapahtuisi jopa kahden kuukauden päästä ensimmäisestä jaksosta. Yksi mainitsi, että toivoisi kymmenen päivän kurssia ja puolenvuoden päähän seurannan. Myös sydänasiantuntija kannattaa kahden viikon mittaista

kurssia. Hän tiesi saamistaan palautteista, että on toivottu kahden viikon kestävä kurssia. Sen lisäksi hän vahvisti tämän oman ammatinsa näkökulmasta: ”Ryhmäytymiseen tarvitaan aikaa vaikka se olisi ohjattuakin osin.” Hän oli myös sitä mieltä, että seurantajakso on erittäin tärkeä. Hän mainitsi, että tämä seurantajakso olisi hyvä kuulua hintaan, niin ettei siitä erikseen tule maksua, näin osallistumiskynnys seurantaan pienenesi. Hän mainitsi myös ammatilaisen näkökulmasta seurannan tärkeyden: vaikka hän ei ole kuullut, että seurantaa haluttaisiin vuoden päähän, niin hän koki, että puolenvuoden päässä oleva seuranta on hyvä järjestää, jotta asiakas saa mahdollisuuden pidempään ohjaukseen.

Koska lääkärin vastaus kuntoutuksesta oli niin erilainen, oli vastaus sen ajallisesta kestostakin erilainen. Hän mainitsi, että avokuntoutuksen tulee olla pitkä jakso, jopa kahden vuoden mittainen, jotta saadaan muutoksia elämäntapoihin. Hän mainitsi, että tapaamiskertoja tulee olla suhteellisen tiiviisti jopa 1-2 kertaa viikossa. Optimitilanteessa jokaiselle henkilölle on tehty oma kuntoutussuunnitelma, koska joku saattaa tarvita enemmän tukea kuin toinen.

Tulokseksi selvisi, että tarpeet kurssien pituudelle on laajat. Uusi ajatus oli innovaatioryhmän ja sydänasiantuntijan mainitsema kahden viikon mittainen kurssi, joita TerveysPaju ei ole ollenkaan tuottanut. Osin se on johtunut siitä, että palveluntarjoaja itse kokee ettei pitkälle aikajaksolle ole kysyntää, mutta myös kustannukset nousevat itsekustantavalta niin suureksi, että kurssi ei varmasti tavoita potentiaalista kohderyhmää. Mielenkiintoista oli kuitenkin saada tietoon, että pidempi aikajakso olisi toiveena ja siihen pystyttäisiin ja haluttaisiin sitoutua.

Kaikissa haastatteluissa kävi ilmi, että seuranta on tärkeä tuotteessa. Ilmeisesti kaikki haastateltavat näkevät seurannan merkityksen elämäntapaneuvonnan yhteyteen tai sitten halukkuus tuotteeseen on suuri. Voi toki olla, että sosiaalisuuden tarve on myös toiveissa ja halu tavata heitä, joihin on edellisellä kerralla tutustunut. Haastateltavan 1. keskusteluissa kävi ilmi, että häntä seurannassa kiinnostaa tulokset, oleellista on siis, että seurantakerralla tehdään samat mittaukset kuin ensimmäisellä käynnilläkin. Innovaatioryhmä tai muut haastateltavat eivät maininneet mitään mittauksista seurantakerralla.

Haastatteluissa haluttiin, että kukin saa yksilöllistä ohjausta, mutta toisaalta ryhmäytyminen koetaan tärkeäksi. Se on haasteellista palvelun tuottajan näkökulmasta, koska yksilöllisyys usein saavutetaan kunkin henkilön kanssa keskenään suoritetuissa toiminnoissa. Tämä ilmiö mielestäni vaatisi lisäselvittelyjä, jotta sen huomioiminen kurssin aikana saataisiin mahdollisimman hyvin käyttöön.

Koska haastateltavilla oli tutkimuksen mukaan niin monenlaisia toiveita jo pelkästään tuotteen kestoon liittyen, niin koen, että räätälöinnin mahdollisuus olisi tuotteessa haluttavuuden vuoksi tärkeää. Räätälöinnillä tarkoitan pituuden räätälöintiä ja siitä johtuen osin sisällönkin räätälöintiä. Vaikka sydäntuotteet ovat hyvin sisällöltään räätälöitävissä, ei kuitenkaan kurssin pituuteen ole otettu räätälöintimahdollisuutta, joka jo saattaa olla iso tekijä palvelun haluttavuuden näkökulmasta.

Edellisestä kysymyksestä jatkokysymykseksi halusin vielä varmistaa, että halutaanko todella sitoutua tuotteeseen? Onko tällä kohderyhmällä tarvetta sitoutua millään tavalla, vai koetaanko sitoutuminen ”kahleeksi jalassa”? Joissakin tilanteissa saatoinkin verrata sitoutumista esimerkiksi nykyisiin liikuntakeskusten jäsenmaksuihin kun haastateltava halusi tarkennusta tähän kysymykseen. Haastateltava 1. totesi, että ”sairastava sitoutuu enemmän” ja innovaatioryhmän jäsenet mainitsevat, että pyritään sitoutumaan, mainiten, että ilman sitoutumista ei tule tuloksia. He käsittelivät sitoutumisasiä myös osin toiselta kannalta ja mainitsivatkin kurssille sitoutumista rahallisesti. He tarkoittivat, että voivat etukäteen sitoutua itsensä osallistumaan kurssille yhden vuorokauden kustannushinnalla. Tuloksista eriytyi eri tasoja: haastateltava 1. on hieman sitoutuneempi terveellisiin elämäntapoihin, kuin mitä innovaatioryhmän tulokset osoittavat. Voi toki olla, että annoin ymmärtää sitoutumisen eri tavalla eri haastatteluissa. On myös huomioitavaa, että ryhmässä on monta henkilöä ja kaikkien mielipiteet eivät tule puhtaasti esille, vaikka niitä kannustettiin esittämään. Joskus voi käydä niin, että keskustelua välttääkseen saattaa jättää kertomatta näkemyksensä, jos koko muu ryhmä on muuta mieltä.

Lääkäri koki myös, että potilas haluaa sitoutua, myös se passiivinen kuntoutuja, joka odottaa enemmän hoitoa muualta kuin että olisi itse valmis tekemään. Se ryhmä, joka ei halua kuntoutusta lainkaan, ei luonnollisesti halua sitoutuakaan mihinkään.

Haastattelussa olleen tukihenkilön näkemykset sitoutumiseen perustuivat lähinnä siihen millaisena hän kokee esimerkiksi houkutuksen lähteä tukihenkilöksi ja sitoutua siihen toimintaan. Hän mainitsee, että toiset kokevat, että kun on korjattu, hän tarkoittaa esimerkiksi sydänleikkausta, ja sitten pääsevät siviiliin, niin se on sitten siinä, elämä jatkuu. Hän kuvittelisi, että sairastuminen sykähdyttäisi, mutta suuri osa näkee asian niin, että ”se ei kuulu mulle”, tarkoittaen tukihenkilöksi lähtemistä. Tukihenkilön sitoutuminen on haastateltavan puheista hyvin sitoutunutta. Hän mainitsee tukihenkilön ja sairaalan henkilökunnan yhteisistä

palavereista ja toiminnan kehittämisestä: ”Tukihenkilöt ehtisivät kun ovat eläkkeellä, mutta lääkärit tai muu henkilökunta ei ehdi yhteisiin palavereihin, jotta voisi kehittää toimintaa.” Tästä voidaan tulkita, että sydäntuotteissa on aivan liian vähän huomioitu tukihenkilön valtaa vaikuttaa sairastuneen valintoihin. Tukihenkilöä kuunnellaan, tukihenkilölle kerrotaan ja tukihenkilö on siinä hetkessä mukana kun tilanne on akuutimmillaan.

Seuraavaksi tutkimuksen tavoitteena oli saada tuloksia, että mitä asiakkaan mielestä palvelutuotteessa voisi tapahtua? Useammasta tämän osan vastauksista havainnoin, että keskeiseksi teemaksi toivotaan aitoutta, läsnäoloa ja välittämistä, ei niinkään konkreettisia toiveita. Innovaatioryhmän keskusteluissa oli myös havaittavissa yhden ryhmäläisen näkemys ohjaajan ja asiakkaan eriarvoisuudesta. Hän mainitsi että ”ohjaajat ovat olevinaan, menevät kuin puu-ukot.” Mainintana tämä on hyvin tärkeä. Mikäli eriarvoisuutta koetaan yleisimmin, ei ole ihme, että tuote ei kiinnosta eikä sitä haluta hankkia. Tämän kohderyhmän yleisistä vastauksista päätellen, että heille on sosiaalisuus, läsnäolo ja yhteenkuuluvuuden tunne suuria arvoja. Jos on mielikuva jo tuotetta hankkiessa siitä, että palvelun tarjoaja on parempi kuin asiakas, voi koko tuotteen hankinta kaatua. Innovaatioryhmän vastauksista ilmeni, että vetäjän tulisi ottaa huomioon kaikki osanottajat ja kuunnella tarkalla korvalla heidän toiveitaan. Tärkeää on myös tiedottaminen ja selkeys, joka näkyi vastauksena hyvästä infotilaisuudesta. Haastattelun aikana kuulin myös tarinan siitä, kun jossakin oltiin menty liian kovaa vauhtia infoesittelyssä ja pidetty liian kovaa kiirettä. Rauhallisuus ja selkeys ovat selkeitä viestejä asiakkaan puolesta toteuttamisen kannalta.

Sydänasiantuntija mainitsi, että jos kurssilla on vapaa-aikaa, on oleellista, että sinne on sijoitettu virikkeitä. Hän mainitsi, että jos vapaa-ajalla ei ole virikkeitä tulee ”orpo-olo”. TerveysPajun tuottamissa sydäntuotteissa on melko selkeä ja toiminnallinen runko, mutta oletan, että nämä haastateltujen kokemukset vapaa-ajasta tulevat muiden kurssien ohjelmista, jotka ovat olleet pidempiä jaksoja ja siten väljemmällä ohjelmalla. Mikäli sydäntuote laajennettaisiin jopa kahden viikon mittaiseksi kurssiksi, olisi toki oletettavaa, että vapaa-aikaa tulisi olla enemmän ja sen selkeä ja tärkeä hyödyntäminen olisi tärkeää. Nykyisillä tuotteilla, esimerkiksi Sydämen asialla - kuntoremontilla (kuvio 8.) ilta-aikaan, jolloin ei ole ohjattua toimintaa, on sijoitettu ryhmän yhteinen palaveri, jossa ohjatusti keskustellaan teema-aiheesta. Tämän lisäksi voisi olla tarpeellista myös muihin vapaa-ajan viettoihin, jotta he, jotka saattavat kokea olonsa ”orvoksi”, voivat osallistua toimintoihin ja toisaalta he, jotka haluavat hengähtää, saavat siihen myös mahdollisuuden. Haastattelussa ei käynyt ilmi mitä muuta voisi vapaa-ajalla tapahtua. Kokemuksia on minulla erilaisten kädentaitojen harjoittamisesta kurssin sisällössä, mutta

haastatteluissa ei ilmennyt tarvetta vastaavaan, tai mihinkään muuhunkaan toimintaan, joka on poikkeavaa esim. kylpylän toiminnassa. Voi toki olla, ettei se vaan juolahtanut mieleen, jos vaikka kysymykset olivat niin selkeästi johdattamassa huomiota muualle.

Lääkäri toivoi tuotteeseen enemmän konkreettista opetusta. Hän mainitsi erilaisten käytännönopetusten tuomista, koska hänen mielestään kaikki tietävät teoreettisella tasolla miten syödä ja miten liikkua, mutta näkee niiden toteuttamisen ontuvan. Hän mainitsee hyötyliikunnan tiedottamisen merkityksen ja sanoo, ettei moni ymmärrä kuinka pienistä asioista esimerkiksi liikunta muodostuu. Konkreettisia toimia ravinto-opetukseen olisi vaikka kauppalistan teko välttääkseen heräteostosten tekoa. Näitä pitäisi hänen mielestään avokuntoutuksessa kokeilla ja sitten saada palautetta mikä toimii ja mikä ei. Lääkäriin konkreettiset esimerkit ovat varmasti helposti toteutettavissa. Erona on, että asiakas ei saman tapaista neuvontaa maininnut toivovansa. Syy voi olla siihen ettei sitä osata toivoa tai sitten toiveet palvelusta ovat yksinkertaisesti toisenlaiset.

Tutkimuksessa haluttiin selvittää millaisia ammattiryhmiä asiakkaat haluaisivat tavata, ketkä olisivat oikeita ihmisiä neuvomaan heitä elämäntapaneuvonnassa. Tässä osassa tulokset olivat niin haasteltavilla kokemusasiantuntijoilla kuin ammatillisilla asiantuntijoilla lähes samat. Elämäntapaneuvontaa haluttaisiin oikeilta asiantuntija lääkäriltä, joka on erikoistunut sydänasioihin. Sen lisäksi asiantuntijoiksi toivottiin psyykkisen puolen asiantuntijaa sekä fysioterapeuttia. Haastatteluiden perusteella kävi kuitenkin ilmi, että vaikka halutaan asiantuntijoiksi erittäin asiantuntevia ammattilaisia, niin sitäkin tärkeämpänä pidetään sitä, että asiantuntija osaa esittää asiansa selkokielellä ja erittäin ymmärrettävästi. Tämä korostui monessa haastattelun vaiheessa ja on mielestäni siten yksi tutkimuksen pääkohdista. Liikunnan ammattilaisen osaa tässä asiantuntijaryhmässä ei erikseen korostettu. Vain haastateltava 1. mainitsi tarkennuksen jälkeen, että liikuntaneuvontaa antavan henkilön ei tarvitse olla ammatiltaan fysioterapeutti vaan joku, joka osaa liikuttaa. Innovaatioryhmä mainitsi fysioterapeutin sekä samoin sydänasiantuntija.

TerveysPajun ammattilaisiin kuuluu lääkärin lisäksi liikuntafysiologi testajana, liikunnanohjaaja, sairaanhoitaja ja liikunnan opettaja. Lääkäriin lisäksi liikunta-alan asiantuntijoilla TerveysPajun henkilökunnasta on tietoutta kyseisen sairauden vaikutuksista. Mielenkiintoiseksi tekee siis se, että kokemusasiantuntijat eivät erikseen maininneet toivovansa liikuntafysiologin, liikunnanohjaajan, sairaanhoitajan ja liikunnan opettajan läsnäoloa tuotteen sisällä. Syitä voi olla monia: ei tiedosteta mitä esimerkiksi liikuntafysiologin tehtäviin kuuluu, ei

nähdä liikunnanohjaajan ammattia vielä erikoistuneena mihinkään erityisryhmään ja nähdään fysioterapeutin jo terapeutti-päätteensäkin takia ehkä asiantuntevampana. Mielikuvana ammattiryhmä 'liikunnan opettaja' voi olla jollekin huonoja muistoja tuova, vaikka lapsuuden liikuntatunneilta, eikä sellaista ammattiryhmää ole totuttu näkemään tällaisen tuotteen asiantuntijana. Myöskään sairaanhoitajaa ei kokemusasiantuntijat osanneet kaivata, mutta lääkäri mainitsi sairaanhoitajan kuuluvan moniammatilliseen työryhmään. Vain sydänasiantuntija mainitsi sairaanhoitajan, ymmärtääkseni nähdäkseen laajan ammattiverkoston hyvässä palvelun tuottamisessa.

Haastattelututkimus johti tässä tilanteessa uuden kysymyksen äärelle. Nyt kysymys tuotteen kehittämisen näkökulmasta kuuluukin: onko TerveysPajun henkilökunta ammattiryhmät alun pitäen ollutkaan sitä mitä asiakkaat haluaisivat? Koska kyseisillä ammattilaisilla on kuitenkin tieto-taito sydän asioihin, niin pitäisikö tuotteen esittelyn vaiheessa jättää kuitenkin ammattinimikkeet pois? Tai pitäisikö vaihtaa nimike esimerkiksi sydänasiantuntijoiksi?

Asiantuntijoiden lisäksi pyrin selvittämään mitä ja minkälaista tietoa heiltä haluttaisiin saada? Halusin saavuttaa uusia näkemyksiä siitä mitä oikeasti halutaan kuulla ja tietää eikä vain oleteta saavan. Innovaatioryhmän vastauksiksi selvisi taas edellisen kaltainen vastaus: halutaan konkreettista tietoa sekä sen lisäksi tämän hetken uusinta tietoa. Tärkeää on että tieto kerrotaan potilaan kielellä, ymmärrettävästi. Tärkeää olisi myös, että saatava tieto olisi yksilölle suunnattua tietoa. Tässä vaiheessa haastattelua innovaatioryhmä keskusteli nykyisen tiedon saannista. He keskustelivat siitä, että kun uusi julkaisu tulee sydäntutkimuksesta, niin se on usein niin tieteellisesti kirjoitettu, että sitä on vaikea tulkita. He puhuivat myös siitä, että voisi vaikka olla jokin pieni ryhmä, jossa käytäisiin läpi tutkimuksia niin, että ne tulisivat selkokielellä selväksi. Selkokielisyyttä haastateltava 3. vertaa aiemmin Yleisradion selkokielisiin uutisiin, jossa rauhalliseen ääneen ja tempoon kerrotaan asiat, jotta asiat pystytään sisäistämään. Lääkärin haastattelussa ei tullut erikseen selkokielisyyttä esille, mutta lääkäri mainitsi faktatiedon tuomista esille. Hänestä on tärkeää, että kerrotaan mikä sairaus on kyseessä ja miten sitä voidaan hoitaa. Hänen mielestään on tärkeää tuoda esille, että sairaus on parantumaton, vaikka esimerkiksi pallolaajennuksen jälkeen saatetaankin jäädä oireettomaksi.

Tästä kokemusasiantuntijoiden tuomasta tuloksesta vedettävä johtopäätös on selvä: asiakasta ei tavoiteta jos esimerkiksi markkinoinnissa tai kurssin sisällä olevassa materiaalissa käytetään tieteellistä tekstiä tai edes ammattisanastoa. Mainoksessa tulee huomioida tämä, koska se oletettavasti jätetään lukematta loppuun, jos jo alkumetreillä sen ymmärtäminen jää vajaaksi.

Sepelvaltimotauti- Takaisin kuntoon! - kurssin mainosmateriaalista otettu suora lainaus:

”Oikeille potilaille suunnatun ja riittävän ajoissa aloitetun sydänkuntoutuksen tehosta ei ole epäselvyyttä, ja myös kuntoutuksen turvallisuus on vakuuttavasti osoitettu. Vaikuttavuutta ei ole osoitettu saatavan yksistään vastaanotolla annettujen elämäntapa- ja liikkumisohjeiden avulla vaan myös niiden rinnalla toteutetulla kuntoutusohjelmalla. Ohjelma sisältää monipuolista sydänliikuntaa sekä konkreettista tietotaitoa omasta sairaudestaan. Jokaiselle laaditaan myös henkilökohtainen liikkumisresepti omat lähtökohdat huomioiden.” (Liukkonen & Sirniö 2007)

Vaikka yllä oleva teksti tuntuu ammattilaisesta selkokieliseksi, olisi ehkä suotavaa kriittisesti tarkistella, onko kohderyhmän käyttämä kieli sama. Mikäli ammattilaisesta tekstin selkokieliseksi kirjoittaminen tuntuu vaikealta, voisi tulevaisuudessa hyödyntää kokemusasiantuntijaa esimerkiksi mainostekstin muokkaamisessa. Ehkä niin voidaan tavoittaa se kohderyhmä, jota yritetäänkin tavoitella.

Jotkut kysymykset olivat tarkoituksella johdattelevia, jotta saatiin selville tarkemmin sisältöä. Johdattelevia kysymyksiä olivat esimerkiksi alla olevat liikunta- ja luentokysymykset. Ne ovat johdattelevia siksi, että olin antanut haastattelun sisällä sanan liikunta. Kysyin, että mikäli halutaan suorittaa liikuntaa, niin millaista liikuntaa haluttaisiin? Mitä toiveita sille olisi tai mitä lajeja haluttaisiin suorittaa? Tässä osiossa oli melko suuri näkemysero sydänammattilaisella ja muilla haastateltavilla. Sydänasiantuntija selkeästi osoittaa, että eri lajien monipuolisuus ja niistä saadut kokemukset ovat oleellisia tuotteeseen valituissa liikuntamuodoissa, mutta asiakkaat kokevat tutut ja turvalliset lajin omikseen. Haastateltava 1. harrastaa vapaa-ajallaan erilajeja, joten hän vastasi, että lajeiksi voisi valikoitua esimerkiksi golf, mölkky ja tennis. Hän kyllä mainitsi, että tennis tai muut pelit on siitä haastavia lajeja sydänpotilaille, että niissä tulee usein kilpailtua ja siten ei ole ehkä suositeltavimpia lajia. Haastateltava 2. kertoi, että mieluista voisi olla vesijuoksu, ja mainitsikin, että käymällensä kurssilla oli liian vähän vesiliikuntaa. Innovaatioryhmä mainitsi lajeiksi samoin vesiliikunnan. Yhteistä näiden kaikkien kokemusasiantuntijoiden vastauksissa oli että niissä korostui luonto, ulkoilu ja lajiksi sauvakävely. Hyötyliikunnasta mainitsi innovaatioryhmä sekä lääkäri. Hyötyliikunnalla innovaatioryhmä tarkoitti vaikka menoa johonkin paikalliseen kulttuuripaikkaan ja lääkäri tavanomaisia toimia kuten puutarhanhoitoa. Haastateltava 3. toivoi kevyempää väliaikaliikuntaa. Hän mainitsee, että liikunta voisi tapahtua niin, että sopivin väliajoin pidetään pieniä tietoisuuksia liikuntaan liittyen. Lääkäri korosti vesiliikunnan merkitystä vaikka nivelongelmalliselle ja kuntosaliharjoittelua, koska sen vaikutuksista on diagnostista näyttöäkin.

Hän kertoo, että on oleellista, että liikunta sisältää tasapaino- ja lihaskuntoharjoittelua, sellaisina menetelminä joita on helppo arjessa toteuttaa.

Haastattelun perusteella havaitsin, että ilmeisesti tätä kohderyhmää ei erikseen houkuttele eri liikuntamuotojen suorittaminen. Tarkoitin tässä lajeja, joita mennään erikseen suorittamaan jollekin liikuntapaikalle, kuten kuntosaliharjoittelu, ja sellaisten lajien, mitkä eivät ole entuudestaan tuttuja. Tälle sukupolvelle, jota he edustavat, on luultavasti tutumpaa, että liikunta on hyötyliikunnan muodossa. Tästä johtuen ei välttämättä tunnu luonnolliselta mennä esimerkiksi fitball-jumppaan. Tämä hyötyliikunnan kulttuuri on luultavasti syntynyt jo lapsuuden ajoilta, jolloin mentiin hiihtäen kouluun, pyöräiltiin kaverille jne. Tässä ilmenee se, jonka innovaatioryhmä mainitsee: halu liikkua jonnekin jossa tapahtuu jotakin. Ammattilaisen tehtäväksi tulee laatia liikuntatuokiosta kohderyhmälle sopiva ja monipuolinen. Olisiko siis oleellista, että sydäntuotteen sisällön suunnittelu lähteekin siitä missä voitaisiin käydä ja sen jälkeen rakentaa liikuntamuodot sen ympärille, eikä niin kuin aikaisemmin on tuotteessa suunniteltu?

Tutkimuksessa pyrin selvittämään, että mikäli asiakkaat haluavat tuotteessa olevan luentoja, niin mikä aihealue olisi kuunnostava? Haastateltavat kertoivat, että lääkärinlentojen aihealueina olisivat mieluisia esimerkiksi parisuhde ja ravinto. Ravintoluennon yhteyteen innovaatio ryhmä mainitsi näytemaistelun, joka oli mielestäni kiinnostava innovaatio ravinto-opetukseen ja osin toteutettavissa olevakin yksityiskohta. Pajulahdessahan on keittiö ja siellä ravitsemuksen asiantuntijoita, mahdollinen yhteistyö ravintolapalvelutuottajan kanssa voisi olla mahdollinen. Lääkäri mainitsi haastattelussa ajatuksensa siitä, että pitäisi ihan konkreettisesti kokata, jotta potilas näkisi esimerkiksi miten paljon rasvaa käytetään paistamiseen. Näiden kahden ehdotuksen yhdistäminen olisi varmasti hyvin informoiva tilaisuus.

Myös tunneasiat olivat keskusteluissa mukana. Jo sydänasiantuntijan kanssa oli keskusteluja peloista, joita voidaan sairastumisen jälkeen kokea liittyen parisuhteeseen, niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin. Innovaatioryhmän vastauksissa tulikin ilmi, että ikäihmisten seksiluento ja uskaltaminen kokea tunteita olisi mieluisia aihealueita luennoille. Haastateltava 2. mainitsee, että koska hän toimii taloudessa ruoanlaittajana, olisi oleellista että hän saisi ravintotietouden vaikka ei itse sairastakaan.

Lääkäri mainitsee, että hän oli juuri ollut koulutuksessa, jossa kerrottiin, että ihmisen on paljon helpompi ottaa vastaan tietoa ryhmäopetuksessa. Potilas voi lääkärinluennolla napata sieltä

itselleen sopivat ohjeet. Siksi lääkäri mainitsee, että tuotteessa voisi olla lääkärin luento juuri sen lääkärin tuoman auktoriteetin vuoksi. Hänen mielestään on tärkeä käydä luennolla myös lääkehoitoa läpi. Kokemusasiantuntijana haastateltavat eivät erikseen mainitse lääkehoidosta olevaa luentoja, mutta yleisesti lääkärinluento on toivottua. Lääkäri korosti myös ravitsemustiedon tuomista esille. Hän viittasi ravitsemuksen suureen osaan painonhallinnassa. Hän on huomannut työssään, että monet vaihtoehdodieetit sotkevat potilaiden ajatuksia ja potilaat napsivat kustakin dieetistä heille sopivat asiat. Siten saadaan lääkärin mielestä ”ihan mahdollon kalorimäärä”. Lääkäri käyttää itse valtion ravitsemuslautakunnan ravitsemusohjeistusta, mutta kertoi, että on toki mahdollista, että jollekin yksilölle soveltuu esimerkiksi vähähiilihydraattinen dieetti paremmin. Hän näkee, että ravitsemuksen tiedottaminen olisi erittäin oleellista, koska kokee, että lautaskokokin on jo niin suuri, että annoskoot ovat muodostuneet liian suuriksi.

Selvitin, että mikäli asiakkailla on näkemyksiä ja toiveita joistain muista asioista kuin siitä mitä itse osasin kysyä, niin mitä ne ovat? Keskeiseksi teemaksi korostui jälleen yhdessäolo ja vapaa tunnelma. Haastateltava 1. mainitsi, että olisi tärkeää, että saisi kysellä kaikenlaista silloin kun ammattilaiset olisivat paikalla. Tulkitsin tämän vastauksen niin, että vaikka sairaanhoitopuolella pyritään varmasti antamaan vastauksia niin paljon kuin vain voidaan, niin kuitenkin aikaresurssit ovat myös rajalliset ja potilaalta jää hänen mielestään paljon kysymättä. Myös voi olla, että haastateltava toivoo saavansa eri näkökulmia asioihin eri ammattilaisilta. Innovaatioryhmän vastauksista selkeytyi sosiaalisen teeman alta huumorintaju, jonka he kokevat tärkeäksi, kun yhdessä on erilaisia ihmisiä. He mainitsivat myös, että ”pakkopulla pois ja kaikki mukaan”. He toivoivat tuotteeseen yhteistä illanviettoa. Tämä vahva sosiaalisuuden tarve on mielestäni erittäin huomioitavaa tuotteen suunnittelussa. Sen osuus saattaa olla suurempi kuin palveluntuottajana osaa arvatakaan. On myös huomioitava, että tuotteen suunnittelija on usein eri ikäryhmän edustaja ja siten hänellä saattaa olla erilaiset näkemykset soveltuvan tuotteen sisällöstä, arvomaailma saattaa olla eri tasolla tai elämäntavot erilainen.

Kohdassa, jossa kysyin muita toiveita tuotteesta kävi ilmi, että yleisesti toivotaan rauhallisuutta, ja toivotaan, että vältetään kiirentunnilta. Haastateltava 2. mainitsee, että aikataulut on tärkeä, ei saa tulla liian kiire. Samoin vastaa innovaatioryhmä siitä, että vetäjien tulisi huomioida toiminnot ”hitaamman yksilön mukaan”. Innovaatioryhmä mainitsi myös siitä, että ryhmätyöllä niputetaan. Ymmärsin tämän tarkoittavan, että ryhmätöillä ryhmäytetään ja tutustutetaan uusin henkilöihin. Toisena vastauksena tähän kohtaan, tuli tiedon selkeys ja sen

esittäminen selkeästi. ”Kurjia asioita on, jos joku kertoo sairaudesta tai sen toimenpiteistä vitsinä, leikataan rälläkällä rinta auki”, jota kuulemma on kuulunut aikoinaan jopa sairaalassa. Aistin, että tämän innovaatioryhmän useat jäsenet ovat varmasti jo kauan sairastaneet ja siksi sairaudesta puhuminen oli välitöntä ja avointa. Mutta keskusteluissa voi aistia kuitenkin huolen ja tiedon, siitä että ollaan vakavan sairauden äärellä. Siksi on oleellista, että asioista keskustellaan yleisesti selkeästi.

Pyrin tutkimuksessa selvittämään, että keitä haluttaisiin ottaa mukaan tai osallistumaan elämäntapaneuvontaan? Halutaanko ottaa mukaan puoliso, ystävä tai joku muu henkilö? Jos halutaan niin miksi? Innovaatioryhmän kanta oli selvä: kurssille halutaan mennä yksin, jotta saadaan omaa aikaa. Mikäli otetaan joku mukaan, niin sitten se on ystävä, puolison ottaminen mukaan ei puheissa tullut esille ollenkaan. Ammatilainen mainitsee, että jos puolison ottaa mukaan, niin onko puolisolle omaa ohjelmaa ja miten tarjota kurssi jos toinen mukana. Mitä hän tekee ohjelman ajan, jos hän ei sairasta samaa sairautta. Hän kertoo, että mukana kurseilla on ollut puoliso ja ystävä, mutta resurssien kannalta se on haastavaa. Haastattelun 1. ja 2. haastatteluissa ei tullut asiasta keskustelua. He ovat olleet yhdessä kurssilla vain toisen sairauden takia ja tästä kokemuksesta tietoisena halusin asettaa tähän tutkimukseen aiheesta kysymyksen.

Koin yllättäväksi tuloksen siitä että kurssille halutaan pääsääntöisesti tulla yksin. Oletin, että puolison ottaminen mukaan olisi mieluista, koska lähimmäisen mukaan ottamista ei juurikaan tapahdu, sillä tuen piiriin kuuluvat kurssit täyttyvät potilaista. Aistin haastattelun aikana, että koska innovaatioryhmässä olevat henkilöt ovat sairastaneet sairautta jo kauan, niin sairaus on osana elämää ja sen kanssa on jo opittu elämään. Ryhmäytyminen vertaisensa kanssa saattaa olla heille oleellista tai jopa oleellisempaa kuin ei sairastavan-lähimmäisen. Tämä sosiaalinen ryhmä on innostunut kokemaan uusia kokemuksia ja saamaan uusia tuttavuuksia.

Kohdassa viisi halusin tutkia vielä muuta oleellista tuotteen toimintaan liittyen. Kysyin haastateltavilta, että mitä tuote saa maksaa? Millaisella summalla voidaan osallistua tuotteen hankintaan? Sekä halutaanko ja voidaanko tuote kustantaa itse vaiko oletetaanko tai halutaan kustannuksiin mukaan jokin taho? Haastateltava 1. sanoi, että he ovat puolisonsa kanssa puhuneet, että ”sitä ei tarvitse laskea mikä on omalle hyvinvoinnille.” Tämä vastaus on huomattavan erilainen kuin innovaatioryhmän vastaus, jossa selkeästi kävi ilmi, että kustannukset tulevat olla jonkun tahon maksamaa, mutta omavastuulla voidaan osallistua. Innovaatioryhmän mielestä on tärkeää, että joku muu taho osallistuu maksamalla suuremman

osan ja itse maksaa pienemmän osan. Havainnoin keskusteluissa, että oletus on, että asiakkaat valitaan kurssille, joten tämäkin tukee sitä, että kaikki eivät pääse osallistumaan ja kustannus tulee ulkopuolelta. Sydänasiantuntija tukee tätä innovaatioryhmän vastausta, hän mainitsee, että jos asiakkaalta kysyy, niin tuotteen ei tulisi maksaa asiakkaalle mitään. Kokemuksesta hän tietää että 500 euroa on liikaa. Lääkärin kanta kustannuksiin oli, että hän tietää rahaa olevan vähän erityisesti eläkeläisillä. Aina ei edes kehdata sanoa, että ei ole varaa hankkia lääkettä, jos siinä ei ole korvaavuutta. Haastateltava 1. mainitsi, että mukana voi olla jokin taho, hän ei kuitenkaan odota sitä. Tukihenkilönä haastateltu kertoi, että hän on tottunut käymään tapahtumissa, jonka piiri tai yhdistys maksaa. Asiantuntija kertoi, että kustannuksia on jakamassa esim. Raha-automaattiyhdistys, Sydänliitto tai Kansaneläkelaitos.

Osa kuntoutujista olettaa, että tuote kustannetaan tai että siitä koituu vain pieni osakustannus itselle. Suomessa on totuttu sairastumisen toteamisen jälkeen saamaan melko hyvää tukea, joten oletus on tähän tuotteeseen sama. Mikäli tukea ei saada, voidaan kriittisesti miettiä kannattaako resursseja käyttää näin haasteellisen tuotteen tuottamiseen, vaiko kannattaako resursseja käyttää jossakin muussa tuotteessa paremmin hyödynnetyksi. Saavutetaanko sitä aktiivisten kuntoutujien ryhmää, joka on itse valmis kustantamaan hyvinvointituotteensa?

10.6 Sydäntietouden hakeminen

Kysyin lopuksi, että mistä asiakas lukee tai hakee sydäntietoa? Missä asiakas haluaisi, että sydän tietoa olisi? Tavoitteena oli selvittää mistä asiakas tavoitetaan parhaiten. Tulokseksi muodostui Sydänliiton materiaali ja sanomalehti. Myös sydänpiiriltä ja yhdistykseltä saa tietoa.

Haastattelussa ilmeni, ettei innovaatioryhmän henkilöiden tiedonhakuun kuulu Internet tai sosiaalinen media, tai niiden käytöstä ei ainakaan mainittu. Internetiä käytettävät tiedonhaussa haastateltavat 1. ja 2. He kertovatkin aikaisemmin etsivänsä sieltä uutta tietoa ja tietävät sieltä sitä löytävänsä, mutta he myös kertovat, että: ”jos sanomalehdessä oleva mainos kiinnostaa, voidaan netistä mennä katsomaan lisää tietoa”. Oleellista on kuitenkin tiedostaa, ettei tämä kohderyhmä ole erityisen aktiivinen Internetin käyttäjä, ja siten markkinointia ei voi millään muotoa laittaa Internet-mainonnan varaan. Sähköisten sovellusten käyttäminen saattaa myös osin olla turhaa tuotteen sisällä, koska innovaatio ryhmän keskusteluissa kuulin puhuttavan ”reissuvihko olisi hyvä, kirjoittaa siihen sitten...”.

Sydänasiantuntija tiesi keinoja, joilla voidaan vaikuttaa tiedotukseen, mutta ymmärtää myös niihin käytettävät resurssit. Hän mainitsi tiedottamisen tärkeyden potilaita hoitavalle

asiantuntijoille ja siten näkeekin, että olisi tärkeää päästä sairaanhoitopiiriin puhumaan tuotteesta. Hänen mielestään yhteistyö näissä on katkonaista. Hän mainitsi parhaaksi mainospaikaksi tuotteelle Sydänlehden, jota potilaat lukevat.

Tukihenkilö aktiivisena toimijana mainitsi, että yhdistykset ja piirit ovat avain asemassa tiedottamisessa. Siellä ei kuitenkaan hänen mielestään ole liaksi tietoa. Hän mainitsi myös, että kirjastoista löytää sydäntietoutta. Hän kertoi, että sydänasiat ovat arkoja asioita kuten esimerkiksi syöpäkin, mutta rohkaisee aukipuhumaan sairaudesta tiedon viemisessä eteenpäin. Lääkäri totesi, että vaikka päivittäislehdistä saadaan paljon tietoa, on hän huomannut, että tietoa saadaan myös televisiosta, iltapäivälehdistä ja tuttavilta kuulleina. Haasteelliseksi hän kokee tuon iltapäivälehtien kirjoittelun mainiten huomanneensa niissä useita selkeitä asiavirheitä. Joskus potilas saattaa tulla itselleen todellisen tuntuisen tiedon kanssa käynnille, jonka on kuitenkin kuullut naapuriltaan. Epävarmat lähteet sotkevat hänen mielestään siis oikeaa faktatietoa.

Tukihenkilönä haastatellun vastauksista ei voi väheksyä hänen ajatuksiaan tukihenkilön merkityksestä sairastuneelle. Koska tukihenkilö on yksi ensimmäisistä henkilöistä juuri sairastuneen elämässä, on selkeää, että hänen kokemuksiaan kuunnellaan ja näkemykseensä luotetaan. Olisi oleellista siis huomioida markkinoinnissa tukihenkilön osa. Tukihenkilöiden koulutus ja informointi voisi olla keino vaikuttaa tiedotuksen kulkuun.

Työ- ja elinkeinoministeriö selvityksestä tulee esiin, että esimerkiksi käyttäjien sosiaalisia verkostoja ja niihin liittyvää teknologiaa on hyödynnetty liian heikosti (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010). Markkinoinnin näkökulmasta tämän lisääminen olisi tarpeellista. Tässä tutkimuksessa on selvinnyt, että tällä kohderyhmällä on vahva tarve sosiaaliseen kanssakäymiseen, mutta sen hyödyntäminen teknologian avulla saattaa olla haastavaa, koska ryhmä ei maininnut esim. tietokoneen käyttämistä erikseen. Sosiaalisten verkostojen hyödyntäminen on sinänsä asiallista, mutta se miten hyvin organisoidusti voidaan toteuttaa, olisi oman selvityksensä kohde.

10.7 Potilaan ja ammattilaisen mahdolliset näkemuserot tuotteesta

Yhtenä tutkimusongelmana pyrittiin selvittämään onko potilaalla ja ammattilaisella näkemuseroja siitä mitä tuotteen tulee sisältää. Tulokseksi selvisi, että on olemassa joitakin näkemuseroja, mutta on paljon asioita joita potilas ja hoitoalan ammattilainen näkee samalla

tavalla. Yhteneväiset ajatukset olivat sitoutumisen tarve ja muutostilanne. Sen lisäksi lääkärin mainitsema liikunnan suorittamistapa oli lähellä potilaiden ajatusta liikunnasta.

Yksi suurimmista näkemyseroista oli kuntoutusmalli. Lääkäri kertoi tulosten saavuttamiseksi kaikista tärkeimmäksi avokuntoutuksen, jonka avulla päästäisiin elämäntapamuutoksiin, mutta asiakkaat kokevat, että laitoshuoltomalli olisi parempi. Myös sydänasiantuntija kokee kurssimuotoisen laituskuntoutusmallin hyvänä.

Erovaisuuksia ilmeni myös liikunnassa. Potilaat eivät kokeneet, että olisivat halunneet niin vahvasti suorittaa liikuntamuotoja kuin mitä haastateltava sydänasiantuntija kertoi. Hän mainitsi, että tuotteen sisällä tulisi olla monipuolisesti liikuntaa. Potilaat kokivat, että liikunta voi olla osana jotakin muuta tapahtumaa, kuten esimerkiksi mennä katsomaan sauvakävellen teatteria tai liikutaan luonnossa. He mainitsivat enemmänkin tavanomaisempia liikkumismuotoja ja hyötyliikunnan, mutta myös erilaiset vesiliikuntamuodot olivat toiveena.

Potilaat mainitsivat luentotoiveeksi parisuhdetta koskevan luennon, jota ammattilaiset eivät erikseen tuoneet esille. Toki voi olla, että lääkärin tehtäviin ei kuulu paneutua kyseisiin asioihin, ja siksi hän ei ottanut asiaan kantaa. Sydänasiantuntija mainitsi psyhykepuolen muutoksissa myös ihmissuhteiden muutokset.

Yleisesti ottaen näkemyseroja ei ole paljoa, mutta potilaat korostivat ehkä joitakin asioita enemmän kuin ammatilliset asiantuntijat. Potilaat kokivat, että sydäntietoutta ei ole riittävän selkokielisesti esitettyä ja joskus asiantuntijaluennoilla on vaikea ymmärtää tietoa. Myös luettavissa oleva tieto on usein vaikeasti luettavaa. Vaikka ammattilaiset kertovat, että tiedon tulee olla konkreettista, niin silti potilaat yhä kokevat, että tieto on hieman vaikeasti tulkittavissa.

11 Tutkimuksen johtopäätökset

11.1 Sydäntuotteen painopisteet muuttuvat

Tämän tutkimuksen avulla saavutettiin tärkeää tietoa siitä, mitä tuotteen toivottaisiin sisältävän. Oleellista oli saada myös tietää missä vaiheessa on syytä markkinoida ja missä markkinointi tapahtuisi. Tutkimuksesta saatiin lisäksi tietoa hinnoittelusta.

Aiemmassa tuotteessa painotuspisteet ovat olleet yhtenäisessä opastuksessa, vaikkakin jokaiselle on tehty henkilökohtaiset testit. Liikunta ja luennot ovat olleet ryhmäopetusmuodoissa. Tuote on ollut selkeästi suunniteltu. Vaikka tuotteessa on ollut mahdollisuus räätälöintiin sisällön suhteen, ei kaikissa sydän-tuotteissa ole ollut räätälöintimahdollisuutta pituuden suhteen. Myös sisällön palvelut, kuten testit ja täyshoito, ovat kuuluneet palveluun eikä niitä ole saanut eriteltyä tuotteessa. Asiantuntijoina on ollut liikunnan ja hoitoalan ammattilaiset.

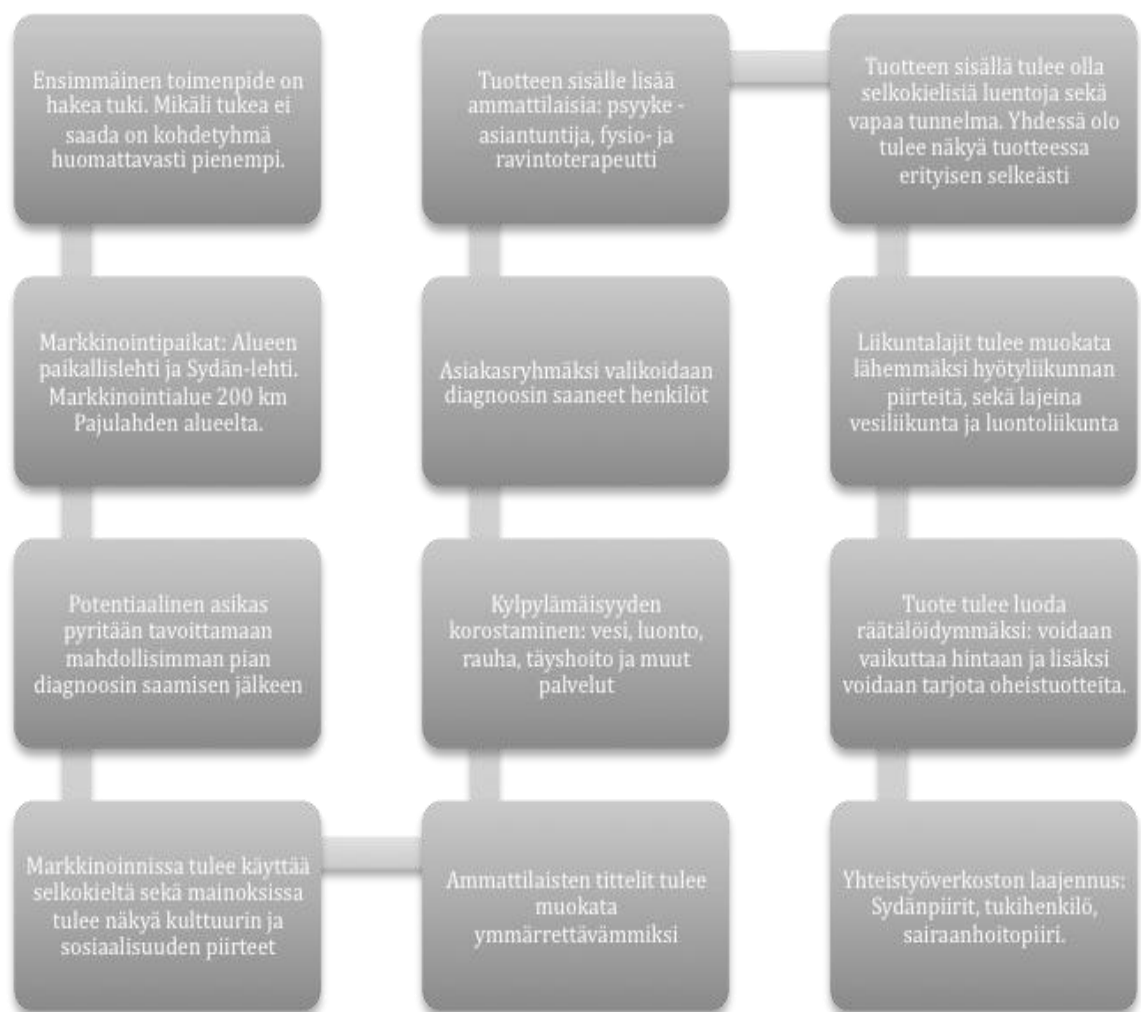
Uudessa tuotteessa otetaan huomioon yksilön selkeämpi ohjeistus, sosiaalisen toiminnan ja kulttuurin hyödyntäminen sisällössä. Selkokielisyyteen tulee myös kiinnittää erityistä huomioita. Räätälöinnin mahdollisuus tulee lisätä myös selkeämmin sisältöön ja laajuuteen, eli tuotteen pituuteen. Ammattilaisten osuuksia tulee laajentaa niin, että psykepuolen asiantuntija luennoi myös muusta psyykkisestä muutoksesta kuten parisuhteesta. Ravitsemustietoutta tulee kurssilla lisätä. Liikuntalajien muokkaaminen tapahtumiksi on tärkeää ja liikunnan tulee olla osana jotakin muuta tapahtumaa.

11.2 Toimenpidesuosituksukset: Innovatiiviset ratkaisumallit

Ensisijainen tarve on hakea tuki tuotteen kehittämiseen. Jos tuki saadaan, on markkinoinnin kohderyhmä huomattavasti suurempi. Mikäli tukea ei saada ja tuote jää kokonaan asiakkaan kustannettavaksi, on valmistauduttava siihen, että kohderyhmä on selkeäsi pienempi (aktiiviset kuntoutujat) ja sen tavoittamiseen vaaditaan vielä lisäresursseja yhteistyön saralta.

Markkinointiin tulee kiinnittää aiempaa suurempaa huomiota: Mainontamateriaaleissa tulee selkokielisesti esittää mitä tuote tarjoaa, asiakkaan kielellä. Ilmoitus tulee laittaa kohderyhmän paikalliseen lehteen tai Sydän-lehteen. Internetissä voi olla lisätietoa, mutta sen varaan ei tule

jättää mainontaa. Myös tässä vaiheessa on yksilön huomiointi tuotteessa oleellista tiedottaa. Sisällössä tulee kertoa, että tuote sisältää kulttuurin ja sosiaalisuuden piirteitä. Alue, jossa markkinoidaan tulee olla laajempi, hakua tulee tehdä jopa noin 200 km säteelle Pajulahdesta. Pajulahtea tulee markkinoida saman tyyliä kuin kylpylääkin markkinoidaan. Korostaminen kylpylämäisyydestä näkyy täyshotona ja uintimahdollisuutena, myös luonnon läheisyyden korostaminen on tärkeää. Mainosmateriaalissa mainittujen ammattilaisten nimikkeet tulee olla asiakkaalle helpommin ymmärrettävissä. Asiakasryhmäksi tuotteeseen valikoituu jo sairastuneet eli diagnoosin saaneet ja on oleellista tavoittaa asiakas mahdollisimman pian diagnoosin saamisen jälkeen.



Kuva 10. Sydäntuotteiden toimenpidesuunnitelma.

Tuotteen sisäisiin osiin tulee tehdä seuraavat muutokset: Tuotteen asiantuntijoihin tulee lisätä psyykepuolen asiantuntija, ravintoterapeutti ja fysioterapeutti. Asiantuntijoiden kohdalla

varmistetaan, että asiantuntijoiden luennot ovat selkokielisiä ja aiheet soveltuvat täysin potilaiden elämään. Luentojen ilmapiirin tulee olla vapaa. Lääkäriin tulee olla sydämen asiantuntija tai selkeästi valveutunut asiaan. Kaikkien asiantuntijoiden asiaan kuuluva kouluttaminen on oleellista, koska asiakas odottaa uusinta tutkimustulosta.

Ohjelmarakenteessa tulee olla päivittäin sosiaalisuutta korostavia toimia, mutta sisällössä tulee olla jokaiselle henkilölle yksilöllisen ohjuksen osa. Liikunnassa tulee olla hyötyliikunnan pürteitä. Lajeiksi valitaan luontoliikunnan lajit ja liikunta tulee suunnitella liittymään johonkin muuhun tapahtumaan. Kulttuuria ja paikallisia nähtävyyksiä tulee lisätä tuotteen sisälle.

Hinnoittelussa tulee olla muokkaantumismahdollisuuksia, koska asiakkaiden toiveet olivat vaihtelevia. Mikäli tuote on kokonaan omakustanteinen, on oleellista, että tuotteessa on räätälöintimahdollisuus. Räätälöintimahdollisuus keskittyy lähinnä tuotteen pituuden muutoksen mahdollisiin eroihin. Mikäli tuotteelle saadaan tuki, tulee tuotteen olla pidempi, jopa kahden viikonmittainen tuote. Seuranta sijoitetaan kustannuksiin, niin ettei sitä erotella. Markkinoinnissa tulee myös ilmoittaa omakustannushinta ja mahdollisen tuenosuus selkeästi. Mikäli tuote jää kokonaan itsekustannettavaksi, tulee tuote hinnoitella niin, että siinä on räätälöinnin mahdollisuus pituudessa ja sisällössä (testit yms.).

Muuta kehitystyötä vaativaa on yhteistyöverkoston kehittäminen. Sydänpiirin toiminnan hyödyntäminen ja tukihenkilöverkoston käyttö on ehdottomia. Konkreettinen toimi on tukihenkilöiden kouluttaminen tuotteeseen ja sitä kautta vaikuttaminen markkinointiin.

11.3 Jatkokehittämisehdotukset

Tutkimustyö on vasta aloitettu. Mikäli haluttaisiin lisää tietoa ja vielä enemmän konkreettista hyötyä, tulisi mielestäni jatkossa tutkimusta kehittää jatkokysymyksillä. Yksi jatkokehittämisehdotukseni olisi haastatella innovaatioryhmää niin, että saataisiin tutkimustietoa kyselyn kaikkiin kohtiin. Näin saataisiin lisää tutkimustietoa potentiaalisen asiakkaan profiilista ja odotuksista, jotka vaikuttavat oleellisesti siihen ollaanko kiinnostuneita tuotetta edes hankkimaan.

Edellisen jatkokehittämisehdotuksen lisäksi olisi oleellista, että innovaatioryhmää hyödynnettäisiin kehityshankkeessa tuotekehityskaavion mallin mukaisesti (Raatikainen 2008, 78). Kun kokemusasiantuntijaa hyödynnettäisiin Toikon (2009) esittämän näkemyksen mukaan, niin tuotekehityksen kaari ja sen merkitys kasvaisi suuresti. Tuotekehitysmallin

mukaisesti kokemusasiantuntija kulkisi tuotteen kehityksen rinnalla ja antaisi kokemuksellaan palautetta asiakkaan näkökulmasta. Kun järjestelmällisesti hoidettu tuotekehitys kokemusasiantuntijan osalta on mahdollistettu, voidaan saada hyvin arvokasta kehittämistietoa suoraan käytäntöön.

Tutkimuksessa tuli selkeästi esille tukihenkilön merkitys, joka mielestäni myös olisi hyvä jatkokehittämissuuntaus. Mielestäni tukihenkilön merkityksen tutkiminen olisi aiheellista, koska oletan, että sitä kautta saataisiin oleellista tutkimusarvoa siihen miten voidaan vaikuttaa juuri diagnoosin saaneeseen potilaaseen positiivisesti. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että tukihenkilö on sairastuneen ensi hetkissä läsnä ja siten oletus on, että tukihenkilöillä on mahdollisesti paljon vaikutusvaltaa potilaisiin.

Tärkeä jatkoselvityksen kohde olisi julkisen kuntoutuksen ulkopuolelle jäävien potilaiden kuntoutuskartoitus. Suomen Sydänliiton ry:n tekemän selvityksen mukaan sepelvaltimotautipotilaista 7-8 % pääsee järjestetyn kuntoutuksen piiriin julkiseen terveydenhuoltoon (Mäkinen & Penttilä 2007). Toisin sanoen 92-93% potilaista ei pääse kuntoutukseen julkisen terveydenhuollon piirissä. Yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kohderyhmäksi jäisi hyvin suuri osa, mutta esimerkiksi potilastietojen luovutuksen vuoksi potilaiden tavoittaminen on hankalaa. Lisäselvitystä mielestäni vaadittaisiin siihen, miten saavutettaisiin ne henkilöt, jotka kuuluvat tuohon 92-93% prosenttiin ja miten heitä voitaisiin ohjata julkisen kuntoutuksen ulkopuolelle muiden sektoreiden palveluihin tehokkaammin.

Tämän kehitystyön teoriaosuudessa selvisi että takuun liittäminen tuotteeseen voi lisätä tuotteen haluttavuutta. Tuotetakuu näkyy usein selkeissä käsinkosketeltavissa tuotteissa, mutta palvelutuotteille voidaan myös antaa takuu. Takuu voi olla lupaus jostakin. (Raatikainen 2008, 72.) Elämäntapamuutosten tuotteissa on jo olemassa erilaisia takuita. Esimerkiksi Internetpalvelu Keventäjät ovat tuotteistaneet oman palvelunsa lupautakuulla. Mikäli Keventäjien ohjeita noudatetaan ja silti ei saavuteta laadittuja tuloksia, niin asiakkaan on mahdollista saada rahat takaisin. Rahojen palauttaminen edellyttää, että on asettanut itselleen realistisen ja ohjeiden mukaisen tavoitteen, tässä palvelussa painonpudotukselle. Sydäntuotteessa tämän toiminnan ottaminen olisi myös mahdollista. Toki tuotteistamiseen vaadittaisiin vielä suuri työ, muuta jos tavoitteena on mahdollista saavuttaa määrällisiä tuloksia kuten painonpudotusta, verenpaineen muutosta tai kävelytestin tuloksen parantumista, niin tuotteistaminen on mahdollista. Mikäli halutaan sen lisäksi tavoitella laadullisia tuloksia kuten

koettua parempaa vointia, pirteämpää oloa tai myönteisempää kuvaa itsestään, niin tuotteistamiseen vaaditaan vielä psyykkisen puolen asiantuntijaa laatimaan selkeät ohjeet. Näkemykseni mukaan tällainen takuu on elämäntapapalveluissa tulevaisuutta.

11.4 Kehittämisprosessin evaluaatio

Tutkimuksesta saavutettiin paljon uusia konkreettisia muutoksia tuotteeseen. Kuitenkin tässä laadullisessa tutkimuksessa kävi kuten tyypillisesti käy: kysymyksiä tuli enemmän kuin niitä alussa oli, nyt vain kysymykset ovat jatkokysymyksen muodossa. Tutkimuksen perimmäisenä pyrkimyksenä oli päästä asiakkaan ajatuksen tasolle, näkemään ja aistimaan mitä asiakas kaipaa ja haluaa. Maailma muuttuu nopeasti, kilpailu on kovaa ja asiakkaat valveutuneita, siksi tuotteistaminen vaatii suurta työtä. Mikäli haluttaisiin vielä selkeämpiä vastauksia tutkimusongelmiin, niin olisi oleellista, että tutkimusasetelmaa muutettaisiin enemmän havainnoivammaksi. Haastattelua tai kyselyäkin enemmän havainnoiminen oikeissa ympäristöissä antaa enemmän tietoa (De Mooij & ym. 2005, 29). Vaikka tätä oikean ympäristön menetelmää saatetaankin käyttää konkreettisten tuotteiden suunnittelussa, voitaisiin varmasti sen keinoja hyödyntää myös tällaisen tutkimuskohteen kohdalla. Seuraamalla asiakkaan päivittäisiä rutiineja saatettaisiin ymmärtää asiakasta enemmän. Haastattelutilanteissa on kuitenkin monta rikkojaa. Vaikka haastattelut olisivat pyritty saattamaan mahdollisimman rauhalliseen ympäristöön vaikuttavat huomiot muualle, ajatuksen katkokset tai vaikka haastattelun aikana oleva vireystila tutkimuksen tekemiseen.

Anttila mainitsee teoksessaan, että jos tutkijana on henkilö, joka on asiantuntijana jo liiankin kiinni asiassa, voi hänen olla vaikea huomata asioita, koska hänellä on niin monenlaisia ennakkokäsityksiä (Anttila 2006, 276). Ennakkokäsitykset saattoivat tässäkin työssä vaikuttaa, vaikka niitä koitettiinkin välttää. Tutkimuksen aikana olisi pitänyt rohkaistua enemmän jatkokysymyksiin. Koko tutkimuksen ajan tulee kysyä tarkentavia kysymyksiä: miksi? (De Mooij ym. 2005, 157).

TerveysPajun sydäntuotteiden kehittämisessä ei ole aikaisemmin käytetty kokemusasiantuntijoita. Sen lisäksi muiden ammattilaisten näkemyksiä ei ole ollut tuotteen kehittämisessä mukana. Sydäntuotteiden kehittämisen jälkeen ei ole palattu miettimään tuotteiden sisältöjä uudelleen, potentiaalista kohderyhmää tai hinnoittelua. Näiden asioiden suuria muutoksia on enemmänkin lähes vältelty. Osin välttely on johtunut ajan puutteesta, mutta on mahdollista, että tekijöinä on muitakin syitä. Yleensä saattaakin käydä niin, ettei uskalleta tuottaa uudenlaisia tuotteita. Saatetaan pelätään, että tuotteisiin käytetty resurssi menee hukkaan tai

todetaan jo alkuvaiheessa, ettei vastaavan oloinen tuote ole aikaisemminkaan onnistunut. Suurimmaksi innovaatioksi voidaankin tämän tuotteen kehityksessä todeta itse tämä kehityshanke: näin laajaa tutkimusta ei ole aikaisemmin sydänsegmentin tuotteiden kehittelyyn tehty.

Haastattelussa olleet henkilöt olivat erittäin motivoituneita haastattelun suorittamiseen ja heillä oli myös näkemystä siitä millaisia ongelmia yleisesti vastaavalla tuotteella voi olla. Mooij ym. (2005) teoksessaan mainitsee, että on olennaista, että tuotekehitystiimissä olevilla henkilöillä on syvällistä kokemusta tuotteesta. Kokemusasiantuntija pääsee myös parhaimmillaan kokeilemaan ja arvioimaan tuotetta ja siten osallistuu jatkuvaan tuotekehitykseen. Tässä kohdassa siis kokemusasiantuntijan käyttöä ei ole niin laajasti hyödynnetty kuin voisi. Ei kuitenkaan ole mahdotonta, etteikö tämä sama ryhmä pääsisi tavalla tai toisella arvioimaan tuotetta ja siten taas osallistumaan tuotekehitykseen tulevaisuudessa.

Tämä sydäntuotteiden kehittäminen ja tutkimus saa jatkoa. Kyseessä on tuotekehitys ja siksi tutkimuksen tekeminen on aiheellistakin. Haasteeksi tuotekehityksen tekee, että kohderyhmä tulee muuttumaan tulevaisuudessa suuresti ja heidän tarpeensa on erilaiset kuin tässä kohderyhmänä olleiden. Teknologian käyttö luultavasti lisääntyy, mutta sen lisäksi saattaa lisääntyä laajat vaatimukset ja mahdollisesti oikotiet, joita on jo näkyvissä ja lääketiede kehittämässä. Toivottavaa on, että itsehoidon merkitys tulevaisuudessa säilyy osana hyvää hoitokäytäntöä, ja että lopullinen terveys ja hyvinvointi syntyy sopivilla elämäntavoilla.

Lähteet

- Aaltola, J. ja Valli, R. (toim.). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. WS Bookwell Oy. Juva.
- Absetz, P. & Patja, K. 2008. Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa. Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus- ja kehittämishanketta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän julkaisuja 68. Lahti.
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Akatiimi oy. Hamina.
- Arantola, H ja Simonen, K. 2009. Palvelemisestä palveluliiketoimintaa. Asiakasymmärrys palveluliiketoiminnan perustana. Tekesin katsaus 256/2009. Helsinki.
- Clark, A., Hartling, L., Vandermeer, B., McAlister, F. 2005. Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Review. *Annals of Internal Medicine* 143:659-672.
- De Mooij, M., Kortesmäki, T., Lammi, M., Lautamäki, S., Pekkala, J. ja Sinkkonen I. 2005. Kompassina asiakas. Näkemyksiä ja kokemuksia käyttäjälähtöisyydestä. Teknologiateollisuus. Helsinki.
- Dubois, P-L., Jolibert, A. ja Muhlbacher, H. 2007. Marketing management. A value-creation process. Palgrave MacMillan. New York.
- Fogelholm, G-M. 2009. Tuoteideasta innovaatioksi. Tuoteideoiden ja keksintöjen kaupallistaminen suomalaisessa innovaatiojärjestelmässä. Mediapinta.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Jaakkola, E., Orava, M. ja Varjonen, V. 2009. Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas yrityksille. Tekes. Helsinki. Luettavissa <http://www.tekes.fi>. Luettu 10.2.2011.
- Karinharju, O. 2005. Hyvinvointipalveluiden tuotteistaminen. Porin kaupungin painatuskeskus. Pori.

Kattainen, A ja Reunanen, A. 2002. Verenkiertoelinten sairaudet vähentyneet. Kansanterveyslehti. 5-6/2002. Luettavissa http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2002/5-6_2002/verenkiertoelinten_sairaudet_vahentyneet/. Luettu 2.2.2011.

Kuusisto, A ja Päällysaho, S. 2008. Customer roles in service production and innovation – looking for directions for future research. Lappeenranta University of Technology. Lappeenranta.

Laatikainen, T., Tapanainen, H., Alfthan, G., Salminen, I., Sundvall, J., Leiviskä, J., Harald, K., Jousilahti, P., Salomaa, V., Vartiainen, E. 2002. Kansanterveyslaitos. Finriski 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveyspalvelujen käytöstä. Luettavissa http://www.ktl.fi/attachments/liikunta/finriski2002_taulukkoraportti_b72.pdf. Luettu 17.2.2011.

Leimumäki, A. ja Pärkkä, J. 2010. Asiakaslähtöinen jatkohoidon ja kuntoutuksen terveyspalvelujärjestelmä Case: Sepelvaltimotautiin sairastuneet. Esiselvitysraportti. Luettavissa <http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2010/VTT-R-04005-10.pdf>. Luettu 21.2.2011.

Liukkonen, M ja Sirniö, M. 2007. Mainosmateriaali. Sepelvaltimotauti – takaisin kuntoon! - projektista. Saatavana sähköisenä muotona Liikuntakeskus Pajulahdesta.

Liukkonen, M. ja Tohkanen, N. 2008. Liikuntakeskus Pajulahti. TerveysPaju. Luettavissa <http://www.pajulahti.com/terveyspaju>. Luettu 11.2.2011.

Mäkinen, A. ja Penttilä, U-R. 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1. Luettavissa <http://www.sydanliitto.fi/kuntoutuksen-tilanne-suomessa>. Luettu 21.2.2011.

Palkansaajalomajärjestöt. 2011. Kuntoremontti. Luettavissa <http://www.kuntoremontti.fi/kuntoremontit>. Luettu 8.3.2011.

Pajulahti. 2011. Yleistä tietoa Liikuntakeskus Pajulahdesta. Luettavissa <http://www.pajulahti.com/yleista/opiston-esittely>. Luettu 24.2.2011.

Parantainen, J. 2007. Tuotteistaminen. Talentum Media. Helsinki.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK. Luettavissa http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf. Luettu 8.2.2011.

Pöyhönen, E. ja Ryyppö, H. 2008. Sepelvaltimotauti – takaisin kuntoon! Projektin materiaalia. Saatavana sähköisenä muotona Liikuntakeskus Pajulahdesta.

Raatikainen, L. 2008. Asiakas, tuote, markkinat. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Rantala, M ja Virtanen V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Duodecim 124:254-60. Luettavissa <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/sydankuntoutus/>. Luettu 21.2.2011

Reunanen, A. 2005. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa et al. Suomalaisten terveys. Luettavissa http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan-ja_verisuonisairaudet. Luettu 17.2.2011.

Saarinen, T. 2011. Sydänkuntoutus. Kuntoutussäätiö. Luettavissa <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/sydankuntoutus/>. Luettu 17.2.2011.

Salomaa, V. 2006. Kansanterveys-lehti. Artikkelissa: Sydänsairaudet yleisempiä kuin koskaan – riskitekijät painottuvat alempiin sosiaaliryhmiin. Luettavissa http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/sydansairaudet_yleisempia_kuin_koskaan_riskitekijat_painottuvat_alempiin_sosiaaliryhmiin/. Luettu 17.2.2011.

Sipilä, J. 2003. Palvelujen hinnoittelu. Ekonomia-sarja. WSOY & Suomen Ekonomiliitto. Helsinki.

Sipilä, J. 1996. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Ekonomia-sarja. WSOY. Porvoo.

Suomen Sydänliitto ry. 2011a. Yleistä tietoa Suomen Sydänliitto ry:sta. Luettavissa <http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto>. Luettu 10.3.2011.

Suomen Sydänliitto ry. 2011b. Liikunta ehkäisee sairauksia. Luettavissa http://arkisto.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/liikunta/terveysliikunta/fi_FI/ehkaisee/. Luettu 10.3.2011.

Syrjäläinen, E., Eronen, A., & Värri, V-M (toim.). 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. 2. painos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Tilastokeskus. 2010. Kuolleiden määrä eräissä tautiryhmissä 1989-2009. Julkaistu 17.12.2010. Luettavissa http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_tie_001_fi.html. Luettu 28.4.2011.

Tohkanen, N. ja Ryyppö, H. 2008. Pajulahti. TerveysPaju. Luettavissa <http://www.pajulahti.com/terveyspaju>. Luettu 11.2.2011.

Toikko, T. 2009. Asiakkaiden osallistuminen kehittämistyöhön. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Osa ESR rahoittamaa Valtaväylä-hanketta. I-print Oy.

Toimiva tiimi. 2005. RDM: The Results-Dirven Manager Series. Alkuperäisteos: Teams that Click. Harvard Business School Press. Perhemediat. Helsinki.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2011. Innovaatiot. Luettavissa <http://www.tem.fi/index.phtml?s=2069>. Luettu 22.2.2011.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2010. Innovaatiopolitiikan linjaukset 2012 - 2015 ja painopisteet vuodelle 2011. Luettavissa http://www.tem.fi/files/27599/Innovaatiopolitiikan_painopisteet_vuodelle2011_Final.pdf. Luettu 22.2.2011.

Vanhanen, H. ja Penttilä U-R. 2006. Tarvitaanko sydänkuntoutusta? Sydän-lehti. Sydän 5/2006, lääkäripainoksen artikkeli. Luettavissa http://arkisto.sydanliitto.fi/sydan_lehti/sydan_5_06/fi_FI/laalaripainos/. Luettu 21.2.2011.

Liitteet

Liite 1. Haastattelututkimuksen kyselypohja

1. Uskomuksia ja oletuksia tuotteista (kurseista, tapahtumista) joita järjestetään:

Millaista tietoa kuvitellaan saavan?

Kiehtooko tämän tiedon saaminen hankkimaan tuotetta?

Tarvitaanko tuotetta vaiko saako sen tiedon muualta?

2. Muut toimijat ja kilpailijat

Missä sairaus todettiin? Mitä tietoa siellä annettiin hoidosta?

Missä käydään nyt? Miksi? Mitä hyvää siellä on? Mikä ei miellytä?

3. Asiakasprofiili ja tuotekehitys

Ennen sairastumista:

- Mikä oli elämäntapa? Stressi, liikunta, jne.
- kiinnostus terveyteen? Ajankäyttö itseen jne.

Sairastumisen jälkeen:

- Mikä on nyt elämäntapa ja kiinnostus terveyteen?
- Miten / millä keinoilla hoidetaan itseään?

Millä tavalla haluttaisiin hoitaa itseään?

Mitä palveluntarjoajan tulee tietää potilaasta asiakkaana?

4. Ihanne tuote, haaveilua ja innovointia

Millainen paikka?

Mikä aika ja kuinka kauan? Pitkäksi aikaa ja seuranta vaiko lyhyt ilman seurantaa?

Miten voisi sitoutua? Halutaanko sitoutua?

Mitä tuotteessa / kurssilla voisi tapahtua?

Keitä asiantuntijoita olisi paikalla?

Mitä tietoa halutaan (ei oleteta saavan vaan haluttaisiin oikeasti tietää)?

Jos halutaan liikuntaa, niin millaista?

Jos halutaan luentoa, niin mistä aiheesta?

Jos halutaan muuta niin mitä ja millaista?

Halutaanko hankkia tuote / mennä kurssille yksin, puolison kanssa, ystävän kanssa?

Mitä muita toiveita?

5. Muuta tärkeää tietoa tuotteen kannalta

Mitä tuote saa maksaa?

Kustannetaanko se itse vaiko halutaanko osallistumaan järjestön / valtion tuki jne.? Mistä luetaan sydän tietoa? <- Mistä asiakas /potilas tavoitetaan tietoa hakemasta? Mistä haluttaisiin lukea erilaisista tuotteista?