

# KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Satu Elo  
Sari Rissanen

## ASIAKASLÄHTÖINEN DIABETEKSEN HOITOPOLUN KEHITTÄMINEN JOENSUUN TERVEYSKESKUKSESSÄ

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2016

**OPINNÄYTETYÖ**

Marraskuu 2016

**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma****Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

Tikkarinne 9

80220 JOENSUU

p.0504054816

**Tekijät**

Satu Elo ja Sari Rissanen

**Nimeke**

Asiakaslähtöinen diabeteksen hoitopolun kehittäminen Joensuun terveyskeskuksessa

Toimeksiantaja

PKSSK - perusterveydenhuollon yksikkö

**Tiivistelmä**

Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on keskeinen osa palvelurakennemuutosten tavoitteita. Asiakaslähtöisyys mahdollistaa asiakkaan oikea-aikaiset ja asianmukaiset palvelut ja parantaa asiakastyytyväisyyttä sekä hoidon vaikuttavuutta.

Asiakaslähtöinen palvelu on moniulotteinen kokonaisuus, jonka toteutuminen vaatii muutoksia organisaation rakenteissa ja työntekijöiden asenteissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää diabeteksen hoitopolkua asiakaslähtöisemmäksi Joensuun terveyskeskuksen vastaanottotyössä ja nostaa näkyväksi asiakkuuksien johtamista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta, sitä tukevista ja estävistä tekijöistä sekä kehittämisen tarpeista.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistehtävänä, jossa työelämä oli vahvasti mukana koko kehittämisprosessin ajan. Kehittämisprosessin empiirinen aineisto koostuu Joensuun kantakaupungin terveysasemien sairaanhoitajille suunnatun kyselyn vastauksista. Kehittämisen kohteiksi nousivat diabeteksen hoidon käytännöt, joita ovat hoitopolun päivittäminen, asiakkaan tarpeen huomioiminen palvelun lähtökohtana, työnjaon selkeyttäminen ja hoitosuunnitelman hyödyntäminen sekä osaamisen vahvistaminen koulutuksella, perehdytyksellä ja työyhteisön tuella.

Opinnäytetyön tuotoksena laadittu diabeteksen hoitopolku toimii paikallisena ohjeistuksena Joensuun terveysasemilla. Hoitopolku julkaistiin terveyskeskuksen henkilökunnalle sähköisesti Mediatriin ohjeissa ja hoitopolun asiakasversio on luettavissa Joensuun kaupungin internetsivuilla. Jatkokehittämisajatuksena on saada asiakkailta ja työntekijöiltä palautetta diabeteksen hoitopolun toimivuudesta terveysasemien käytännöissä.

**Kieli**

suomi

Sivuja 80

Liitteet 5

Liitesivumäärä 15

**Asiasanat**

asiakaslähtöisyys, asiakkuuksien johtaminen, diabeteksen hoito, terveyskeskus

**THESIS****November 2016****Degree Programme in Development and Management of Social and Health Care**Tikkarinne 9  
FI 80220 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358504054816**Authors**

Satu Elo and Sari Rissanen

**Title**

Developing a Client-Oriented Diabetes Care Pathway for Joensuu Health Centre

Commissioned by

North Karelia Central Hospital (PKSSK) – Primary Health Care Unit

**Abstract**

Client-orientation is an essential part of the service structure reform in social and health services. It enables us to provide adequate services when needed. This increases client satisfaction and health outcomes. Client-oriented service is a multidimensional entity that requires changes in the attitudes of single employees and eventually in the structures of the organisation. The aim of this thesis was to develop a client-oriented diabetes care pathway for Joensuu health centres. A survey was used to explore the views of nurses working at Joensuu downtown health centres on client-oriented diabetes care and what are the factors that either promote or prevent it.

It was found out that there are developmental needs in the practices of diabetes care, such as the need to update the treatment path and how the needs of the clients are taken into account. Also, the division of work needs to be clarified as well as the utilisation of the clients' treatment plans. All this requires not only additional education and orientation among the staff but also support from the entire work community.

Based on the thesis, a diabetes care pathway was developed for Joensuu health centres. This pathway is included in the electronic patient information system accessible to the health centre staff and the client version can be viewed on the website of the city of Joensuu. An idea for further development is to collect feedback from clients and staff to see how the care pathway works in practice.

Language

Finnish

Pages 80

Appendices 5

Pages of Appendices 15

**Keywords**

client-orientation, client relationship management, diabetes care, health centre

## Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	6
2	Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa .....	8
	2.1 Asiakaslähtöisyyden käsite .....	8
	2.2 Asiakaslähtöisyys palvelurakennemuutoksen lähtökohtana .....	12
	2.3 Asiakkaan osallisuus.....	14
	2.4 Asiakaslähtöisyyden merkitys diabeteksen hoidossa.....	16
	2.4.1 Diabeteksen hoidonohjauksen periaatteet .....	17
	2.4.2 Diabeteksen hoito terveyskeskuksessa .....	19
	2.5 Asiakaslähtöisen palvelun kehittämisen lähtökohdat .....	21
3	Asiakkuuksien johtaminen .....	24
	3.1 Asiakkuuden määrittely.....	24
	3.2 Asiakkuuksien johtaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa .....	25
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	30
5	Opinnäytetyön toteutus .....	31
	5.1 Kehittämistyön toimintaympäristö ja osallistujat.....	31
	5.2 Kehittämistyön vaiheet.....	32
	5.3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta opinnäytetyöprosessissa .....	35
	5.4 Osallistavat kehittämismenetelmät.....	38
	5.5 Opinnäytetyön suunnitteluvaihe .....	40
	5.5.1 Alkukartoituksen toteuttaminen .....	42
	5.5.2 Alkukartoituksen analysointi.....	43
	5.6 Kehittämisprosessin toteutusvaihe.....	45
	5.6.1 Työpaja 1 .....	45
	5.6.2 Työpaja 2 .....	47
	5.6.3 Työpaja 3 .....	48
	5.7 Kehittämisprosessin arviointi .....	49
6	Opinnäytetyön tulokset ja tuotokset .....	50
	6.1 Asiakaslähtöisyys ja sen kehittäminen diabeteksen hoidossa .....	50
	6.1.1 Sairaanhoidotajien näkemyksiä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta .....	51
	6.1.2 Asiakaslähtöisyyttä tukevat ja estävät tekijät .....	52
	6.1.3 Diabeteksen hoidon kehittämistarpeet .....	55
	6.2 Asiakaslähtöinen diabeteksen hoidon toimintamalli .....	59
7	Pohdinta.....	64
	7.1 Opinnäytetyön tuotosten tarkastelua.....	64
	7.1.1 Toimivat käytännöt diabeteksen hoidossa .....	65
	7.1.2 Osaamisen vahvistaminen.....	66
	7.2 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua .....	67
	7.3 Kehittämismenetelmien tarkastelua .....	68
	7.4 Asiakkuuksien johtamisen merkitys .....	72
	7.5 Tutkivan kehittämistoiminnan luotettavuus ja eettisyys.....	73
	7.6 Kehittämisprosessin tulosten levittäminen ja kehittämisen jatkumo .....	75
	Lähteet.....	77

## Liitteet

Liite 1	Alkukartoituslomake
Liite 2	Työpajojen ohjelmat
Liite 3	Ryhmätehtävien tuotokset
Liite 4	Arviointilomake
Liite 5	Diabeteksen hoidon toimintamalli

## 1 Johdanto

Asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat nousseet kuluvalle hallituskaudella yhdeksi kehittämisen kärkihankkeeksi. Asiakaslähtöisyys palveluiden strategisena lähtökohtana on ollut yksityisen liiketalouden puolella tuttua pidemmän aikaa ja noussut julkisen terveydenhuollon osalta keskusteluun sote-uudistuksen 2015 - 2019 myötä. Suomalaisen väestön ikääntyminen ja samalla lisääntyvät krooniset sairaudet sekä huoltosuhteen heikentyminen ovat suuria haasteita palvelujärjestelmälle. Sote-uudistuksessa asiakaslähtöisten palveluiden tuottamista ja asiakkaan valinnanvapauden toteuttamista tuetaan kokonaisvaltaisesti järjestämisen, rahoituksen, tiedon, palveluketjujen ja tuotannon integraatiolla. Pyrkimyksenä on, että asiakkaan tarpeet huomioidaan palveluissa kokonaisuutena ja palvelut ovat oikea-aikaisia sekä kustannustehokkaita. (Sote- ja maakuntauudistus 2016; Hallitusohjelma 2015, 20.)

Aidon asiakaslähtöisyyden saavuttamiseksi sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmässä tarvitaan sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja kumppanuutta palvelun käyttäjän, julkisen hallinnon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Asiakaslähtöisten palveluiden toteutuminen näkyy arvona johtamisessa sekä asiakkaiden osallistamisena palvelujen kehittämiseen ja arviointiin. Palveluiden asiakaslähtöisyyden hyödyt ovat ilmeiset. Asiakaslähtöinen palvelutoiminta parantaa asiakastyytyväisyyttä ja palveluiden kustannustehokkuutta ja vaikuttaa myönteisesti työntekijöiden tyytyväisyyteen ja työssä jaksamiseen. (Laitila 2010, 144; Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 7–9; Gountas, Gountas, Soutar & Mavondo 2013, 1554.) Palveluiden uudistuminen asiakaslähtöisiksi edellyttää strategiakytkennän ja selkeiden toimintamallien lisäksi selkeitä prosesseja ja työntekijöiden henkilökohtaisia asennemuutoksia koko organisaatiossa (Virtanen ym. 2011, 8; sosiaali- ja terveysministeriö 2016a; sosiaali- ja terveysministeriö 2016b). Pitkälä (2009) kuvaa asiakaslähtöisesti toimivaa ammattilaista henkilöksi, joka selvittää asiakkaan toiveet, kokemukset ja pelot, tutustuu asiakkaan arkielämään ja sovittelee yhdessä asiakkaan kanssa hoidon hänelle sopivaksi. Toimivan vuorovaikutuksen kautta luottamus ammattihenkilöön paranee ja lisää hoitoon sitoutumista.

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen terveydenhuollon palveluissa asioivan kannalta on merkityksellinen hoidon onnistumisen ja omahoidon toteutumisen kannalta erityisesti pitkäaikaissairauksien hoidossa (Laitila 2010, 161). Diabetes on merkittävä kansansairaus ja yleinen pitkäaikaissairaus, jonka hoito ja seuranta tapahtuvat yleensä terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Diabetesliiton marraskuussa 2015 julkaisemassa Diabetesbarometrissa tuodaan esille huoli diabeetikon hoidon saamisen ja jatkuvuuden sekä ammattihenkilöstön osaamisen puutteista. Diabeetikon toive terveydenhuollon työntekijälle on asiakaslähtöisyyden vahvistuminen, hoidon yksilöllisyyden, vuorovaikutuksen ja asiantuntemuksen lisääntyminen sekä hoidonohjaukseen panostaminen. (Diabetesbarometri 2015, 16.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää diabeteksen hoitopolkua asiakaslähtöisemmäksi Joensuun terveyskeskuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien näkemyksestä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta, sen toteuttamisesta ja kehittämistarpeista sekä laatia asiakaslähtöinen diabeteksen hoidon toimintamalli. Tässä opinnäytetyössä asiakkaalla tarkoitetaan yksittäistä kansalaista ja hänen perhettään, joka hakee apua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Diabeteksen hoidon toimintamalli laadittiin kehittämisprosessin aikana, johon osallistui diabeteksen hoidon ammattilaisia Joensuun kolmelta terveysasemalta. Henkilökunnan osallistamisen avulla pyrittiin huomioimaan kehittämistarpeet mahdollisimman laajasti ja sitouttamaan henkilökuntaa myös kehittämistyön tuotoksen jalkauttamisvaiheeseen. Asiakkaiden osallistaminen rajattiin pois tässä kehittämisprosessissa, mutta jatkokehittämisasiheena asiakkaiden osallistaminen toimintamallin arviointiin ja kehittämiseen olisi toivottavaa.

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö. Opinnäytetyön aiheen valinta ja rajaaminen sekä kehittämisprosessin ohjaus on tehty toimeksiantajan kanssa. Kehittämistehtävä toteutettiin yhteistyössä Joensuun kaupungin terveyskeskuksen kanssa.

## 2 Asiakslähtöisyys terveydenhuollossa

### 2.1 Asiakslähtöisyyden käsite

Asiakslähtöisyyden käsite sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on monimerkityksellinen. Yleisesti julkisessa terveydenhuollossa asiakslähtöiset palvelumallit ovat vielä vieraita ja vaikeasti hahmotettavia (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 27). Keskeisin asiakslähtöisyyden merkitys käytännössä on asiakkaan kannalta paremman hoidon tuottaminen. Käsitettä ja sen merkitystä voidaan tarkastella niin asiakkaan, työntekijän kuin organisaation näkökulmasta. Asiakslähtöisyydellä voidaan käytännössä tarkoittaa organisaation ulospäinsuuntauneisuutta, asiakkaan kysymyksiin vastaamista, kiireetöntä ja oikea-aikaista hoitoa, asiakkaan tilanteeseen asettumista sekä asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista lähtevää toimintaa. Asiakslähtöisyydellä saavutetaan asiakkaille asti näkyviä tuloksia, joita ovat esimerkiksi odotusaikojen lyheneminen, hoidon laadun parantuminen sekä hoidon vaikuttavuuden lisääntyminen. Asiakslähtöisyys käsittää myös abstraktin tason, joka muodostuu yhteiskunnassa vallitsevista arvoista ja asenteista ja sen taustalla vaikuttavista eettisistä periaatteista. (Hyvärinen 2011, 42–43; Laitinen & Pohjola 2010, 20).

Organisaatiossa yksittäisen työntekijän tasolla asiakslähtöisyys ilmenee joustavana työtteenä, jossa tunnistetaan asiakkaan tarpeet ja osataan ottaa ne huomioon annetussa palvelussa. Asiakas kohdataan yksilöllisesti ja työntekijä pystyy irrottautumaan kaavamaisesta toiminnasta. Asiakslähtöisyyden periaatteiden toteutumisen on todettu olevan riippuvainen siitä, miten ammattilainen toimii työssään. Asiakslähtöisyyden toteutuminen on yksittäisen työntekijän toiminnassa jossain määrin sidonnainen esimieheltä ja työyhteisöltä saatuun tukeen (Hyvärinen 2011, 42–44, 12; Laitila 2010, 143; Gountas ym. 2013, 1561.) Asiakslähtöisyys hoidon ja palvelun perustana tähtää siihen, että asiakkaiden odotuksiin kyetään vastaamaan ja asiakas kokee osallisuutta palveluun tai hoitoon. Organisaatiolle sekä yksittäiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle laki



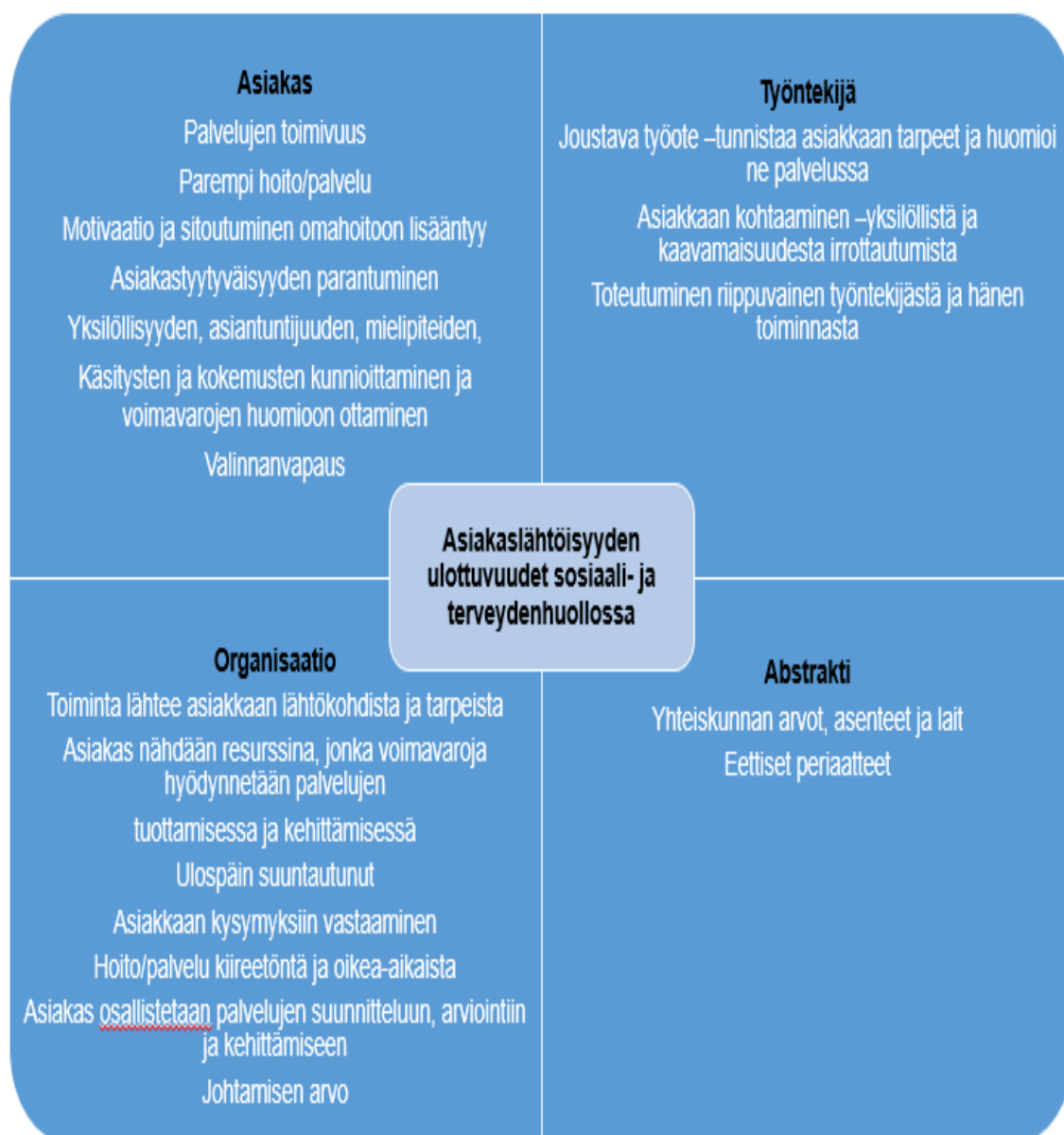
potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) antaa ohjeistuksen siitä, millaista hoitoa asiakkaan on oikeus odottaa. Lain mukaiset hoidon periaatteet, kuten oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, potilaan itsemääräämisoikeuteen ja hoitoon pääsyyn ovat hoitavalle taholle asiakaslähtöisyyden ulottuvuus. (Kujala 2003, 73.) Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaavat päätöksenteossa lakien lisäksi organisaation ohjeistukset muun muassa hoidon tarpeen arvioinnista, hoitopolut ja Käypä hoito -suositus.

Asiakaslähtöisyys sisältyy lähtökohtaisesti jo sosiaali- ja terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin. Näistä esimerkkejä ovat asiakkaan äänen kuuleminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Kettunen & Möttönen 2011, 60). Aito asiakaslähtöisyys on toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Asiakkaan ja työntekijän välillä korostuu dialogisuus ja yhteistoiminnallinen työtapa. Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä on läsnä vastaanotolla sekä asiantuntijana että ihmisenä, valta ja vastuu jaetaan ja yhteistyön tavoitteena on voimaantuminen. (Kankare, Hautala-Jylhä & Munnukka 2004, 73–75.) Yhteistyösuhteessa asiakaslähtöinen toimintatapa mahdollistaa hoidon tavoitteiden realistisuuden, mikä edesauttaa niiden saavuttamista. Asiakaslähtöinen työskentely lisää asiakkaan sitoutumista ja motivaatiota ja asiakastyytyväisyys paranevat. Yksi keskeinen asiakaslähtöisyyden merkitys on hoidon vaikuttavuuden ja laadun lisääntyminen. (Laitila 2010, 161; Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo & Hoffman 2008, 316–321.)

Asiakaslähtöisyyden synonyymeina tai rinnakkaiskäsitteinä käytetään käsitteitä potilas-, asiakas- ja ihmislähtöisyys sekä yksilökeskeisyys. Näiden käsitteiden sisältämiä asioita saatetaan pitää sosiaali- ja terveydenhuollossa itseisarvona. Kuitenkin tutkimustietoa on vähän siitä, mitä esimerkiksi potilaslähtöisyys potilaan näkökulmasta käytännössä tarkoittaa ja kuinka se toteutuu (Laitila 2010, 36.) Koivuniemen ja Simosen (2012, 57) mukaan terveydenhuollossa tulisi järjestää palvelut tuotantokeskeisyyden sijaan ihmiskeskeisyyden lähtökohdista. Ihmislähtöisyys on terveydenedistämistä, arjessa pärjäämisen tunnistamista ja asiakkaan palveluntarpeen huomioimista. Ihmiskeskeisessä mallissa asiakas nähdään oman terveyden ja hyvinvoinnin asiantuntijuuden kautta resurssina, jonka voimavaroja - ei pelkästään tarpeita - tulee hyödyntää palveluiden kehit-

tämisessä ja toteuttamisessa. Asiakkuuden määrittelyn he kuvaavat ihmisen ja alan asiantuntijoiden väliseksi vuorovaikutukselliseksi prosessiksi, jossa yhdistetään voimavaroja ja synnytetään arvoa molemmille osapuolille. Asiakkuusymmärryksen kautta on mahdollista kehittää terveydenhuollon palveluja kohti ihmiskeskeisyyttä. (Koivuniemi & Simonen 2012, 24, 52–54.)

Asiakas nähdään sosiaali- ja terveydenhuollossa tänä päivänä yhä selkeämmin palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana. Suomen lainsäädännön mukaan asiakas voi muun muassa kieltäytyä hoidosta (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 380/1987) ja osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Lähtökohtaisesti asiakkaan vaikuttamisen mahdollisuuksien edellytyksenä on riittävä aktiivisuus ja toimintakyky. Sosiaali- ja terveystalvelujen erityispiirteisiin kuuluu kuitenkin se, että aina palveluun ei hakeuduta vapaaehtoisesti tai asiakas ei kykene tekemään itsenäisiä päätöksiä. (Valkama 2012, 53.) Asiakaslähtöisyyttä ja palvelujärjestelmän toimivuutta olisikin syytä tarkastella heikossa asemassa olevien kansalaisten näkökulmasta, koska he tarvitsevat palvelujärjestelmän eri toimintoja eniten ja monella tasolla. Heidän kohdallaan on otettava huomioon, että odotukset aktiivisena toimijana ja kuluttajana törmäävät usein vähäisiin valinnanvaihtoehtoihin, sairauksiin, toimintakyvyn rajoituksiin ja köyhyyteen. (Raitakari, Juhila, Gunther, Kulmala & Saario 2012, 74.)



Kuvio 1. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet sosiaali- ja terveydenhuollossa (Mukaellen Hyvärinen 2011; Kujala 2003; Laitila 2010).

Kuviossa 1 on esitetty asiakaslähtöisyyden käsitteen ulottuvuuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakaslähtöisyyden käsite voidaan määrittellä monella tasolla riippuen kontekstista. Kuviossa käsitteen ulottuvuuden tasoina ovat asiakkaan, työntekijän ja organisaation tasot sekä abstrakti taso. Palvelurakennemuutuksen keskeisimpänä strategisena tavoitteena on palvelujen uudistaminen asiakaslähtöisyys huomioiden (Hallitusohjelma 2015).

## 2.2 Asiakslähtöisyys palvelurakennemuutoksen lähtökohtana

Suomen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja rahoitus ovat perusteellisesti muuttumassa tulevien vuosien aikana. Palvelurakennemuutos on julkisen sektorin hanke, jonka tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta vastaamaan paremmin tulevaisuuden tarpeita. Uudistuksen tarkoituksena on saada korjattua iso osa julkisen talouden kestävyysvajetta. Taloudellisen kestävyuden lisäksi uudistuksen keskiössä on palvelujen saatavuuden parantaminen sekä yhdenvertaisuus ja ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Uudistuksessa rakennetaan uudella tavalla ja yksinkertaistamalla sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta ja lisätään ihmisten valinnanvapautta palveluissa. Näiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus sekä toimintamallit on tarkoitus nykyaikaistaa. Kokonaisuudessa sote-uudistuksella tähdätään siihen, että palvelut ovat aikaisempaa asiakslähtöisemmät, vaikuttavammat ja kustannustehokkaammat sekä paremmin yhteen sovitettut. Sote-palvelujen integraatiolla tarkoitetaan asiakkaan tarpeen mukaisia palvelukokonaisuuksia tai asiakkaan vaivatonta siirtymistä palvelusta toiseen niin, että myös tieto siirtyy palvelusta toiseen. Palvelujen kehittämisessä korostetaan palvelujen oikea-aikaisuutta, vaikuttavuutta sekä tuottavuuden kasvua. Keinoina muutokselle ovat esimerkiksi palvelukokonaisuuksien saattaminen saman johdon ja budjetin alle sekä selkeä ja tehokas hallinto. (Sote- ja maakuntauudistus, 2016.)

Suomen terveydenhuollon laatu on ollut OECD -maiden huippuluokkaa useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna. Sen sijaan hoitoon pääsyssä on ollut muita pohjoismaita enemmän ongelmia. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 175/2015.) Moitteita sote-palveluista on lisäksi tullut siitä, että palvelutarjonta on tuotantolähtöistä ja hoitoprosessit on kuvattu terveydenhuollon näkökulmasta. Asiakslähtöisyyden toimimattomuuden taustalla on terveydenhuollon palvelujen pirstaloituminen. Se tarkoittaa, että palvelurakenteet eivät tue asiakslähtöisyyttä vaan toiminta on palvelujärjestelmä- ja organisaatiolähtöistä. Terveydenhuollon yksiköt toimivat kommunikoimatta keskenään omina yksikköinä, asiakkaan etu ei välttämättä ole toimintaa ohjaavana tekijänä. Sama ongelma on nykyisessä monikanavaisessa rahoituksessa. Palveluketjujen heikkoutena on

lisäksi ollut prosessin etenemisen valvomisen puutteellisuus. (Koivuniemi & Simonen 2012, 38–48; Virtanen ym. 2011, 8.)

Tarve julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muuttamisesta asiakaslähtöisemmäksi on perusteltu monella tavalla. Asiakaslähtöinen palvelurakenne lisää asiakastyytyväisyyttä sekä työntekijöiden tyytyväisyyttä työhön. Lisäksi hoidon vaikuttavuus sekä kustannustehokkuus paranevat. Palvelurakenteen uudistamisella on merkitystä kestäväen kehityksen näkökulmasta. Sosiaalisesti kestävä yhteiskunta kohtelee kansalaisia yhdenvertaisesti, tukee yhteisöllisyyttä ja osallisuutta, tukee terveyttä ja toimintakykyä sekä antaa tarvittavan turvan ja palvelut. (Virtanen ym. 2011, 7; sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11–12.)

Asiakaslähtöisyyttä ja palvelun käyttäjien osallisuutta ja vaikutusmahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tuetaan lainsäädännöllä. Vuonna 2010 päivitetty terveydenhuoltolaki (1336/2010) lisäsi kansalaisten vapautta valita julkisen terveydenhuollon hoitopaikka ja hoitoa toteuttava henkilö. Lain tarkoitus on lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä. Lain mukaan asiakas voi valita kiireettömässä hoidossa sen terveysaseman tai -keskuksen, jossa häntä hoidetaan. Hoitopaikan valinnan lisäksi asiakkaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa on korostettu. Palvelusetelillä henkilö voi ostaa valitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluita (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009). Kunta saa kuitenkin päättää mihin palveluihin asiakas seteleitään voi käyttää. Lainsäädäntö tukee asiakaslähtöisyyttä, mutta ei velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluita asiakaslähtöisellä tavalla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Virtanen ym. 2011, 8.) Valtakunnalliset kehittämishjelmat, kuten sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelma, Paras-hanke ja Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa 2012 - 2015 ovat esimerkkejä asiakaslähtöisyyden tukemisesta maanlaajuisesti.

### 2.3 Asiakkaan osallisuus

Asiakkaan osallistumisella on tulevaisuudessa yhä suurempi merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä. Asiakkaan osallistumista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen ja suunnitteluun on korostettu 2000-luvulta alkaen, jolloin palveluja on alettu yksityistämään ja asiakkaan asema kuluttajana on vahvistunut. (Virtanen ym. 2011, 8.) Asiakkaiden osallistumisella ei tarkoiteta pelkästään asiakaslähtöistä toimintatapaa vaan sillä tavoitellaan asiakkaan kokemusasiantuntijan asemaa ja roolia. Asiakkaita toivotaan monenlaista osallistumista pelkän palvelujen kohteena olemisen sijaan. (Toikko 2009, 1.) Asiakkaan ja potilaan asemaa määrittämään Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Laissa sosiaali- huollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Potilaalla on oikeus päästä hoitoon ja hoidon sekä kohtelun tulee olla hyvää. Potilaalla on oikeus saada tietoa itseään koskevista asioista ja hoidon tulee perustua suunnitelmaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Molemmissa laeissa painotetaan yksilön itsemääräämisoikeutta ja sen turvaamista. Osallistuminen omien palveluiden ja hoidon suunnitteluun ja niistä päättämiseen on myös keskeisessä asemassa molemmissa laeissa.

Asiakkaiden osallistumisesta sote-palvelujen kehittämiseen on puhuttu kauan, mutta se on käytännössä alkanut toteutua vasta viime aikoina. Asiakkaiden osallistuminen on pääasiassa ollut esimerkiksi vastaamista asiakastyytyväisyyskyselyihin, joihin organisaatio on laatinut kysymykset valmiiksi. Aidossa asiakaslähtöisyyden toteutumisen kehittämisessä asiakkaiden tulisi tehdä itse arviointikriteerit ja vastata niihin. (Koivisto 2007, 9.) Asiakkaita osallistavia menetelmiä ollaan kovasti kehittämässä. Hyviä kokemuksia on saatu asiakas- ja asukasraadeista, joissa asukkaat saavat esittää näkemyksiä ja kokemuksia sote-palveluista ja tietoa hyödynnetään palvelujen suunnittelussa sekä kehittämisessä (Toikko 2009, 10; Pyykönen & Partanen 2016, 9–15.)

Osallistamisen ja osallistumisen käsitteet liittyvät toisiinsa. Osallistaminen on sellaisten mahdollisuuksien tarjoamista, joilla toimintaa saadaan etenemään osallistujien itsensä asettamaan suuntaan ja osallistuminen näiden mahdoli-

suuksien hyödyntämistä. Osallistuminen johtaa omaehtoiseen osallistumiseen. Osallistamisessa on kyse myös siitä, että ne joita asiat koskevat, ovat oikeutettuja osallistumaan. (Toikko ja Rantanen 2009, 90). Kujala (2003, 41) on määrittellyt asiakkaan osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteiksi. Asiakaslähtöisyys kuvaa hoidon tai palvelun tavoiteulottuvuutta ja osallisuus asiakkaan kokemusulottuvuutta. Osallisuus on asiakkaan autonomiaa, itsehoitoa ja persoonallista vaikuttamista omaan hoitoonsa. Aito asiakaslähtöisyys toteutuu vain, jos asiakas kokee osallisuutta. Omahoito-käsitteellä kuvataan ihmisen autonomiaa ja oikeutta tehdä omaa hoitoaan ja elintapojaan koskevat päätökset. Omahoitoon sitoutuminen on hoidon tulosten kannalta merkityksellistä. Asiakaslähtöisellä hoidonohjauksella on mahdollista lisätä diabeetikon omahoitoon sitoutumista ja hoidon vaikuttavuutta. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2355–2358; Laitila 2010, 161; Windrum, Garcia-Goni, Coad 2016, 359–361.)

Asiakkaan kokemus saamastaan palvelusta on merkityksellinen monella tavalla, sekä henkilökohtaisella tasolla että yhteiskunnallisesti. Ammattilaista ohjaavat organisaation säännöt ja ohjeistukset, mutta myös omat periaatteet ja arvoperusta. (Hyvärinen 2011, 7.) Pitkälän (2005) tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaahan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat luottamus hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja kykyyn antaa tietoa sairaudesta sekä koettu vuorovaikutus. Terveystieteiden tutkimuksen mukaan liittyvistä tekijöistä tutkimuksessa nostettiin palvelujen saatavuus ja hoidon jatkuvuus sekä vastaanottoajan pituus.

Suomessa aikuisväestöstä noin 10 % sairastaa diabetesta ja se on yksi yleisimmistä kansansairauksista. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998 - 2007 -raportin mukaan diabeteksen hoito kallistuu merkittävästi, kun lisäsairauksia ilmenee. Onnistuneella hoidolla lisäsairauksia voidaan ehkäistä. Diabetesbarometrin (2015) mukaan diabetesta sairastavien hoidon laadun seurannasta on saatavilla vain hajanaista tietoa. Hoidon laadun seuranta pidetään merkityksellisenä, koska se mahdollistaa resurssien ja kehittämistoimien järkevän suuntaamisen.

## 2.4 Asiakslähtöisyyden merkitys diabeteksen hoidossa

Diabetes on yksi merkittävimmistä kansansairauksista ja sen hoitamiseen tarvitaan voimavaroja yhä enemmän, koska diabeetikkojen määrä kasvaa koko ajan. Diabetes vaikuttaa sairastuneen elämänlaatuun, aiheuttaa lisäsairauksia ja lisää kuolleisuutta mutta sen hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa esimerkiksi lisäsairauksien ilmaantumisen vähenemiseen. (Niemi & Winell 2005, 9.) Suomen Diabetesliiton työryhmä on koonnut valtakunnalliset diabeteksen hyvän hoidon laatukriteerit Dehko-raporttiin vuonna 2002. Laatukriteerit on suunnattu diabeteksen hoitoa järjestäville terveydenhuollon yksiköille, ja kriteereihin sisältyvät ehdotukset hoidon rakenteisiin, prosessiin ja tuloksiin. Käytännössä nämä tarkoittavat perustietoja väestöstä ja hoidossa olevista diabeetikoista, hoitojärjestelyistä, klinisen hoidon toteutumisesta sekä asiakasnäkökulmasta. Keskeisimmät tekijät hyvän hoidon toteutumisen arvioinnissa ovat diabeetikon terveydentilan muutos, miten hoito on tukenut elämäntilannetta sairauden kanssa ja miten tyytyväinen diabeetikko on saamaansa hoitoon. Hoitojärjestelyjen laatua kuvastavat tekijät ovat olemassa oleva seurantajärjestelmä, sovitut hoitokäytännöt sekä hoidon toteutuminen sovitun mallin mukaisesti. (Dehko-raportti 2002, 4–8.)

Diabeetikot tarvitsevat terveydenhuollon neuvoja ja tukea säännöllisesti ja erityisesti sairauden ja elämäntilanteiden muutoksissa. Terveydenhuollon näkökulmasta diabeteksen hoito on moniammatillista yhteistyötä, jota varten tarvitaan yhteisiä hoitolinjoja- ja ohjeistuksia. Diabeetikko toteuttaa omahoidossaan sovittua hoitosuunnitelmaa, mikä edellyttää, että hän on itse osallistunut hoidon suunnitteluun. Hoitosuunnitelman avulla hoidosta ja kuntoutuksesta rakennetaan sujuvasti etenevä kokonaisuus yksilöllisinä hoito- ja kuntoutustavoitteina. Hoitotahon vaihtuessa hoitosuunnitelma on olennainen apuväline hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Hoitosuunnitelma mahdollistaa asiakaslähtöisen hoidonohjauksen. Ohjauksen sisältö vaihtelee yksilöllisesti ohjattavan elämäntilanteen ja tarpeiden mukaan. (Dehko-raportti 2011, 7.)

Hyvinvointipalveluiden yleisenä tavoitteena on asiakkaan voinnin muutos parempaan suuntaan kohti terveyttä (Laitinen & Pohjola 2010, 21.) Maailman ter-



veysjärjestö määrittelee terveyden muuttuvaksi tilaksi, johon sairaudet, elinympäristö ja ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet vaikuttavat. Kaikista tärkein määritelmä terveydestä on jokaisen ihmisen henkilökohtainen määritelmä. (Huttunen 2015.) Tämä on yksi merkittävä lähtökohta asiakaslähtöiselle hoidonohjaukselle.

Kestävän terveydenhuollon hankkeen selvityksessä - Se tunne, kun saa diagnoosin (2016) kartoitettiin pitkäaikaissairautta sairastavien henkilöiden toiveita terveydenhuollosta. Kyselyyn vastasi 1059 pitkäaikaissairasta henkilöä yhden potilasjärjestön kautta. Pitkäaikaissairautta sairastavat ja paljon terveydenhuollon palveluita käyttävät ovat tyytymättöimpiä pysyvän hoitosuhteen puutteeseen (24 %), pitkiin jonotusaikoihin (21 %) sekä sairauden seurannan hajanaisuuteen ja puutteeseen (21 %). Selvityksen mukaan hoitosuunnitelman laadinnassa, seurannassa ja tiedonkulussa on selviä puutteita. Vastaajista 49 % oli joko melko tai erittäin tyytyväisiä siihen miten heidän hoitosuunnitelmansa laadittiin. Kuitenkin 28 % vastasi, että heille ei tiettävästi ole laadittu hoitosuunnitelmaa. Vastaajat halusivat osallistua itse aktiivisemmin omaan hoitoonsa ja toivovat pidempiä hoitosuhteita. Myös omaa valinnanvapautta halutaan enemmän palveluntarjoajien valinnassa. (Soste 2016, 16–19.)

Diabeteksen hoidon asiakaslähtöisyys tarkoittaa diabeetikon ja ammattilaisen välistä kumppanuutta ja asiakkaan tarpeisiin vastaamista tilanteen ja asiakkaan hetkisen tarpeen mukaan. Hoidonohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan arjessa pärjäämistä.

#### **2.4.1 Diabeteksen hoidonohjauksen periaatteet**

Diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja asiakkaan tarpeet huomioivaa asiakaslähtöistä hoitoa. Hoidonohjauksen keskeinen tavoite on, että asiakas saa kaiken sen tiedon ja taidon, mitä hän tarvitsee omahoidossa onnistumiseen ja arjessa pärjäämiseksi. Diabeteksen hoito on asiakkaan ja hoidon ammattilaisen yhteistyötä ja kumppanuutta. Hoitoyhteistyössä korostuu molemminpuolinen hoitoon sitoutumisen merkitys hyvien hoitotuloksien ja terveen

elämän mahdollistamiseksi. Tavoitteessa onnistuminen näkyy myös asiakkaan hyvinvointina ja lisäsairauksien vähenemisenä sekä terveydenhoitokustannusten vähenemisenä. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2015, 22.)

Diabeteksen Käypä hoito -suositusten (2013) mukaan hoidon ohjauksen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa elämänlaatua ja estää diabeteksen akuutteja komplikaatioita ja lisäsairauksia. Hoidon ohjauksen sisällössä korostetaan ohjauksen asiakaslähtöisyyttä, oikea-aikaisuutta, jatkuvuutta, suunnitelmallisuutta sekä tavoitteellisuutta hyvien perustietojen saamisen ja omahoidon tukemisen lisäksi. Käypä hoito -suosituksessa on määritelty diabetesta sairastavan aikuisen arviointikäynnin sisältö.

Taulukko 1. Diabeteksen hoidon arviointikäynnin sisältö (Käypä hoito -suositus 2013.)

6–12 kuukauden välein	Vuosittain	1–3 vuoden välein
Omahoidon toteutuminen ja haasteet, mieliala, hoidossa jaksaminen	Kreatiniinipitoisuus, laskennallinen glomerulusten suodatusnopeus (eGFR)	ALAT
HbA <sub>1c</sub>	Mikroalbuminuria	Lipidit
Hypoglykemiat (glukoositaso, jolla oireita), ketoasidoosit	Jalkojen kunto	Silmänpohjakuvaus ja näkökyky
Paino, liikunta, elintavat	Suun terveys	Aikuisilla EKG ja fyysisen suorituskyky
Verenpaineen taso kotimittauksissa	Verenpaineen mittaus ja sykkeen tunnustelu	
Pistospaikat	PVK	
Jalkojen tutkiminen (riskijalat)	P-K ja Na verenpainelääkitystä käyttäviltä	
	Ajoterveys	
Seuraavat tutkimukset otetaan tarvittaessa:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TSH 5 vuoden välein ja potilaille, joilla on hypoglykemioita</li> <li>- keliakiavasta-aineet diagnoosivaiheessa kaikilta tyypin 1 diabeetikoilta ja seuranta 5 vuoden välein 20. ikävuoteen asti ja myös myöhemmin, jos potilaalla on keliakiaan sopivia vatsa-oireita tai anemia</li> <li>- B<sub>12</sub>-vitamiinipitoisuus 3–5 vuoden välein metformiinia käyttäviltä aikuisilta. Jos B<sub>12</sub>-vitamiinipitoisuus on viitealueen alarajoilla, se mitataan suoralla menetelmällä.</li> </ul>		

Diabeetikon hoidon ja ohjauksen tarve perustuu yksilölliseen, asiakkaan ja ammattilaisen arvioimaan suunnitelmaan. Lähtökohtaisesti diabeetikon hoitoa tulee arvioida 6–12 kuukauden välein taulukossa 1 kuvatulla tavalla. Mikäli omahoidossa on haasteita tai todetaan merkkejä elinkomplikaatioista, voidaan käyntien välejä tihentää yksilöllisesti.

Mikäli asiakkaan hoitotasapaino on hyvä tai kyseessä on alkuvaiheen tyypin 2 diabetes, voidaan seuranta toteuttaa 6 - 12 kuukauden välein HbA<sub>1c</sub>-mittauksin. Seurantakäyntien jaksotusta arvioidessa otetaan hoitotasapainon lisäksi huomioon diabeteksen kesto ja asiakkaan ikä. Mikäli hoitotavoitteiden saavuttamisessa tai hoidossa jaksamisessa on haasteita, suositellaan vastaanottokäyntejä 2–4 kuukauden välein tai tiheämmin. Kerran vuodessa tulisi tehdä kattavampi tarkastus ja arvioida diabeetikon tuen tarpeita. Diabeettisen retinopatian ja nefropatian sekä raskausdiabeteksen hoidosta on annettu tarkemmat ohjeet omissa Käypä hoito -suosituksissaan.

#### **2.4.2 Diabeteksen hoito terveyskeskuksessa**

Diabeteksen hoito kuuluu Suomessa julkisen terveydenhuollon tehtäviin ja päävastuu siitä on perusterveydenhuollolla. Diabeteksen hoito ja seuranta tapahtuu yleensä terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Erikoissairaanhoidon vastuulla ovat diabetesta sairastavien lasten, nuorten ja raskaana olevien naisten hoito, aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden alkuvaiheen hoito sekä vaikeimmat diabetekseen liittyvät oheissairaudet. Diabeteksen hoidon laadussa ja saatavuudessa on todettu olevan kuitenkin ongelmia johtuen muun muassa julkisen talouden kiristyvästä resursseista sekä palveluiden uudelleen järjestämisestä. Kaikissa terveyskeskuksissa ei ole nimettyä diabeteshoitajaa tai -lääkäriä. Muun henkilökunnan osaamiseen ja kouluttamiseen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. (Dehko-raportti 2000, 13.)

Diabeteksen hoidon keskittäminen siihen perehtyneille ja koulutuksen saaneille on perusteltua niin asiakkaan saaman hyvän ja asianmukaisen hoidonohjauksen kuin myös kustannusten kannalta. Diabetesliiton marraskuussa 2015 julkai-

semassa Diabetesbarometrissa tuodaan esille huoli diabeetikon hoidon saamisen ja jatkuvuuden sekä ammattihenkilöstön osaamisen puutteista. Diabeetikon toive terveydenhuollon työntekijälle on asiakaslähtöisyyden vahvistuminen, hoidon yksilöllisyyden, vuorovaikutuksen ja asiantuntemuksen lisääntyminen sekä hoidonohjaukseen panostaminen. (Diabetesbarometri 2015, 16.) Honkasalon (2015, 63) väitöskirjan mukaan tyypin 1 diabeteksen hoito onnistuu terveyskeskuksessa laadukkaasti, erityisesti, jos asiakkaat on keskitetty diabeteksen hoitoon perehtyneelle lääkärille. Väitöskirjassa verrattiin kahden terveysaseman hoitomallia ja tuloksia, jossa toisessa käytössä oli omalääkärijärjestelmä ja toisessa tyypin 1 ja tyypin 2 komplisoituneet diabeetikot oli keskitetty diabetekseen perehtyneelle terveyskeskuslääkärille. Keskitetyn mallin etuna oli hoitoon tyytyväisemmät asiakkaat sekä tyypin 1 diabeteksen pienemmät hoitokustannukset.

Diabetes on luonteeltaan monimuotoinen pitkäaikaissairaus, johon vaikuttavat sairauden keston lisäksi monet seikat. Jokaiselle diabetekseen sairastuneelle on osoitettava hoitopaikka, joka vastaa hänen hoidostaan. Diabeetikolla tulee olla tieto siitä, minne hän ottaa yhteyttä tarvittaessa arjen muuttuvissa tilanteissa. Omahoidon kanssa pärjääminen edellyttää hoitosuhteelta jatkuvuutta ja luottamusta, jolloin myös hoitoon sitoutuminen paranee. (Dehko-raportti 2011, 7.) Terveyskeskuksen vastaanotolla ammattihenkilöt kohtaavat diabeetikoita elämän moninaisissa tilanteissa. Joskus tarvitaan välitöntä hoitoa, usein kohdataan seurantakäynneillä sovitusti. Kohtaamiseen voi liittyä iloa omahoidossa onnistumisesta tai pelkoa ja ahdistusta sairauden alkuvaiheessa, sairauden hankaloituessa tai edetessä. Arkielämässään diabeetikko tasapainoilee omahoidon ja vaihtelevien tunteiden kanssa, kantaen huolta myös omaisten jaksamisesta (Rintala 2013, 42). Terveydenhuollon ammattilaiselle tämä asettaa monenlaisia ennakoimattomia haasteita vastaanottotilanteissa. Hoitohenkilökunnan mielestä hoidonohjaukseen liittyvät ongelmat johtuvat pääasiassa resurssien puutteesta, kuten kiireestä sekä ohjaajan tiedollisista ja ohjaustaitojen puutteista. Osaamista tarvittaisiin lisää ainakin ravitsemukseen, psyykkiseen tukemiseen ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Kiireen ja koulutusmahdollisuuksien puutteen vuoksi hoitajilla on usein liian vähän aikaa perehtyä hoitosuosituksiin ja tutkimuksiin. Terveydenhuollon ammattilaiset tiedostavat tieteellisen näytön merkityksen annettavan ohjauksen pohjana. (Dehko-raportti 2008, 8.)

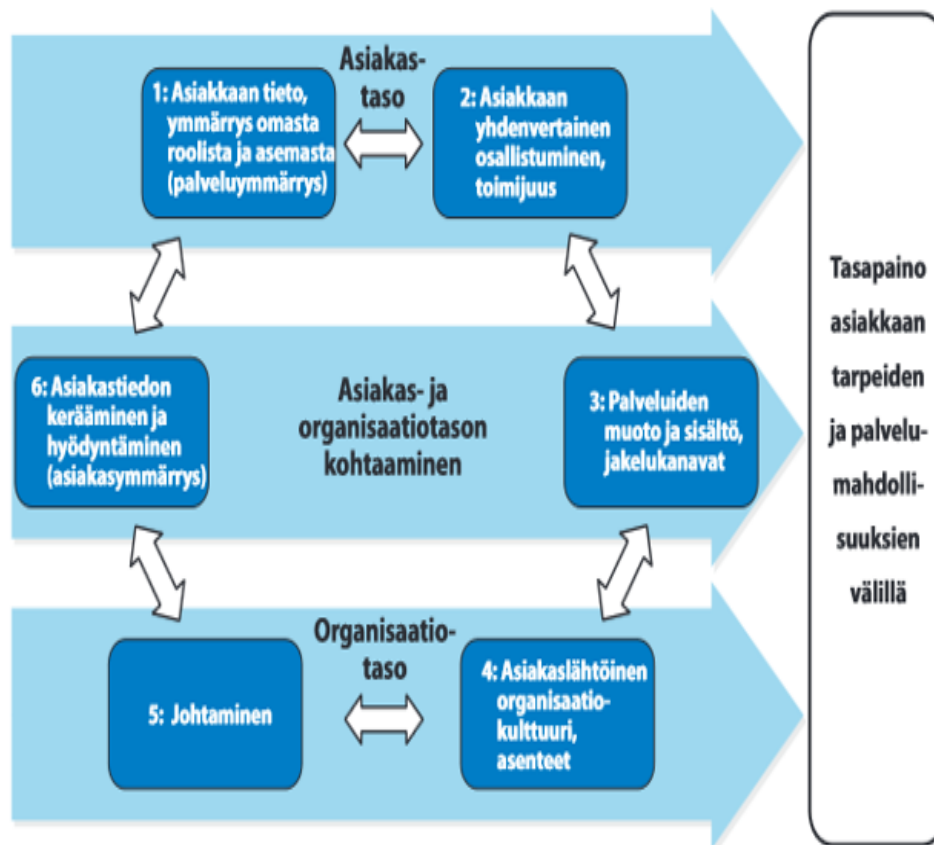
Leväsluodon ja Kivisaaren (2012) raportissa terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat kroonisten sairauksien hoidon nykytilan suurimmiksi ongelmiksi terveydenhuollon toimijoiden epäselvät vastuunjaot ja tästä johtuvat rajapintojen haasteet. Kehitettävää olisi hoidon koordinoinnin selkeyttämisessä sekä tietojärjestelmien hoitoa tukevan merkityksen vahvistamisessa. Ammattilaisten mukaan suomalainen terveydenhuolto on korkeatasoista, vaikkakin painopistettä tulisi siirtää sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Tässä opinnäytetyössä asiakaslähtöisyys diabeteksen hoidonohjauksessa tarkoittaa asiakkaan yksilöllisistä lähtökohdista, tarpeista, toiveista ja tavoitteista lähtevää toimintaa ja terveydenhuollon palvelua, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa yhteistyösuhteessa asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä. Asiakkuuksien johtamisessa on merkityksellistä asiakasymmärrys, jonka kehittämiseen Virtasen ja kumppaneiden (2011, 49–52) mukaan tarvitaan tietojohdantamista, jossa korostuvat tiedonhallinta ja tiedon pohjalta tehdyt kehittämissuunnitelmat ja toimenpiteet. Asiakaspalautejärjestelmän laatiminen, asiakastarpeen ymmärrys ja määrittely tilastojen ja hiljaisten signaalien avulla ovat asiakkuuksien johtamisen prosessin lähtökohtia.

## **2.5 Asiakaslähtöisen palvelun kehittämisen lähtökohdat**

Terveydenhuollon tuotantokeskeisen palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyys pyritään toteuttamaan palveluketjuajattelua hyödyntämällä. Kyse on toimintamallissa, jossa palveluketjut toimivat saumattomasti ja asiakkaan palvelu on tarkoituksenmukaista ja yksilöllistä. (Tanttu 2007, 11.) Koivuniemi ja Simonen (2012, 135) kuvaavat asiakaslähtöisyyttä ja sen kehittämistä terveydenhuollossa siten, että prosessit tulisi rakentaa ihmisten ja heidän tarpeiden ympärille. Prosessien vaikutusten tavoitteet tulisi olla saavutetussa asiakastyytyväisyydessä sekä asiakkaiden arjessa pärjäämisessä. Asiakaslähtöiseen palvelujen kehittämiseen liittyvät asiakaslähtöisyyden ymmärtäminen arvoperustana, vastavuoroinen puhelu palvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä sekä palveluntarjoajan asiakasymmärrys. Asiakas nähdään palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana, ei pelkästään palvelujen kohteena (Virtanen ym. 2011, 18–19). Terveydenhuollossa

tuloksellisten prosessien edellytyksenä on vuoropuhelu eli dialogi asiakkaan ja terveydenhuollon työntekijöiden välillä. Vuoropuhelu koskee asiakkaan lisäksi omaisia, mikäli he ovat hoidossa läsnä. Asiakslähtöisestä näkökulmasta katsottuna palvelutapahtuma on vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, jossa asiakkaan tarve ja palvelujen vastaavuus kohtaavat. (Koivuniemi & Simonen 2012, 53–54; Virtanen ym. 2011 30–31.) Asiakslähtöisen palvelun toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä on useita ja ne liittyvät niin asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin kuin palvelumahdollisuuksiin. Suomessa terveydenhuolto on kuulunut pääosin kunnallisten palvelujen järjestämisvastuuseen. Organisaatiolähtöisen palvelujen tuottamisen ongelmien taustalla ovat eri ammattiryhmien välisen yhteistyön puute, tiedon kulun ongelmat sekä palveluketjujen kokonaisvastuun puuttuminen. (Tanttu 2007, 11.)



Kuvio 2. Asiakslähtöisen toiminnan kehittämisen elementit (Virtanen ym. 2011, 23).

Virtasen ja kumppaneiden mukaan asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen voidaan jakaa kolmelle tasolle, joiden kaikkien välillä olennaista on pyrkimys tasapainoon asiakkaan tarpeiden ja palvelumahdollisuuksien välillä. Kehittämisen elementteihin kuuluvat asiakas- ja organisaatiotaso sekä näiden kohtaamisen taso (kuvio2). **Asiakkaan tasolla** merkityksellistä on asiakkaan oma ymmärrys roolista ja asemasta asiakkaana. Tätä kuvaava termi on palveluymmärrys. Asiakkaan tulisi tunnistaa olevansa asiakas, mitä se tarkoittaa oikeuksina ja velvollisuuksina sekä palvelun käyttäjänä. Asiakkaan tasolle kuuluu myös asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen. Tämä tarkoittaa asiakkaan olemista aktiivisena toimijana sekä vuorovaikutusta palvelujen tuottajan kanssa. Esimerkkeinä tästä voisi olla osallistuminen asukasraatiin tai vastaaminen asiakas-tyytyväisyyskyselyyn. **Asiakas- ja organisaatiotason** kohtaamiseen kuuluvat palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen sekä asiakkaiden palautteet ja kokemukset palveluista. Tätä kuvaa termi asiakasymmärrys. Palvelujen kehittämisen lähtökohtana tulee olla tieto asiakastarpeista. **Organisaation tason** kehittämiseen kuuluvat asiakasymmärryksen syventäminen sekä palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen. Kehittämisen tulee koskea myös henkilöstön asenteita ja asiakkaiden kohtauksia. Asennemuutokseen panostamista pidetään tärkeänä tuotanto- ja organisaatiolähtöisen ajattelutavan muuttamisessa. Organisaatiolähtöisten asenteiden muutos vaatii johtamiselta asiakkuusajattelun tuomista organisaation eri tasoille. (Virtanen ym. 2011, 22–23).

Asiakaslähtöisyyttä voidaan edistää monin keinoin. Asiakaslähtöisyyden tulisi olla terveydenhuollon prosessien suunnittelussa lähtökohtana ja prosessien tulisi olla asiakkaalle näkyviä. Prosessin suunnittelussa tulisi ottaa huomioon nykyiset tarpeet ja ennakoida tulevia asiakastarpeita. Asiakaslähtöinen työskentely on läsnäolevaa asennoitumista työhön asiakasta kuunnellen, asiakkaan tarpeet huomioiden. Työntekijällä on riittävä osaaminen ja palvelun lähtökohtana on oikea-aikaisuus. Organisaation tasolla asiakaslähtöisyys näkyy arvona johtamisessa, jolloin asiakkailta kerätään palautetta palveluista ja heille annetaan mahdollisuus osallistua palveluiden kehittämiseen. (Keronen 2013; Valvio 2010, 67 - 68.)

## 3 Asiakkuuksien johtaminen

### 3.1 Asiakkuuden määritelmä

Käsitteiden avulla muovataan todellisuutta ja ne vaikuttavat ajatteluamme ja toimintaamme. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas käsitteenä on monimutkainen ja kontekstisidonnainen. Asiakas-termillä voidaan viitata yksilöön tai ryhmään, esimerkiksi perheeseen. Sillä kuvataan myös ryhmäasiakkaita sekä potilaita. Asiakkuus voi olla myös kumppanuutta, jolloin asiakkaan hyvinvointia pyritään lisäämään yhteistyössä työntekijän kanssa. (Valkama 2012, 17–18). Asiakkuuteen liitettäviä käsitteitä ovat aktiivisuus, valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuus sekä osallisuus. Erityisesti aktiivisuus ja osallisuus ovat keskiössä palveluita kehitettäessä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuus näyttäytyy kaksijakoisena. Asiakkaalta odotettu aktiivisuus voidaan tulkita liialliseksi vaativuudeksi ja palvelun tarvisijasta tulee hankala asiakas. Toisaalta osatoimintakykyisten mahdollisuudet olla aktiivisia voivat olla rajoittuneet. Osallisuus on silloin näennäistä, kun palvelujen valinnanmahdollisuudet ovat rajallisia ja vaikuttaminen yleisellä tasolla vain välillistä. (Valkama 2012, 23; Virtanen ym. 2011, 132–133.)

Sosiaali- ja terveyssektorilla asiakkuus liittyy läheisesti potilaan, kuluttajan ja kansalaisen käsitteisiin. Monet palvelut sekä niiden laatu ovat kansalaisen perusoikeuksia, onpa hän sitten asiakas, potilas tai kuluttaja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asiakkuus poikkeaa kuitenkin liiketaloustieteiden asiakkuudesta, koska kyseessä ovat terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat. Lisäksi asiakkuus perustuu oikeudelliseen sääntelyyn, jonka kautta määritellään asiakkaiden oikeudet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on avannut tien kohti asiakaslähtöisyyttä jo yli 20 vuotta sitten. Laki ohjeistaa kohtelevaan potilasta siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Asiakas on muuttunut palvelujen kohteesta palvelujen käyttäjäksi, aktiiviseksi ja tasavertaiseksi toimijaksi palvelun tarjoajan kanssa. Käynnissä



olevan palvelurakennemuutoksen myötä tämä asiakkuuden rooli tulee vahvistumaan. (Virtanen ym. 2011, 17–18.) Koivuniemi ja Simonen (2012, 198) määrittelevät terveydenhuollon asiakkuuden tavoitteelliseksi prosessiksi palvelun käyttäjän ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä. Prosessi rakentuu vallitsevasta sairaudesta ja hoitointerventioista, joiden tuloksena syntyy arvoa molemmille osapuolille. Asiakkuuksien johtaminen on päätösten tekemistä asiakkuuksien strategiasta, resursseista ja palvelutarjoomasta arvon tuotannon kautta.

### **3.2 Asiakkuuksien johtaminen sosiaali- ja terveystieteissä**

Asiakkuuksien johtaminen on tuttu käsite liiketaloustieteiden alalla, mutta sosiaali- ja terveydenhuollossa asiasta keskustellaan vielä melko vähän. Asiakkuuden tunnistaminen, yhteistyön toimivuus ja siihen sitoutuminen ovat asiakkaan ja organisaation suhteen menestymisen edellytyksiä. Suhteen merkitys ja siihen panostaminen perustuu arvontuotantoon, joka suhteessa muodostuu. Asiakkuudet voidaan ryhmitellä asiakaskannoiksi, joille jokaiselle luodaan oma asiakasstrategia. Asiakassuhteen johtamisella tavoitellaan arvontuotannon lisäämistä. Tieto- ja kommunikaatioteknologian (ICT) kehitys on mahdollistanut asiakkuuksien tarkemman ja kattavamman mittaamisen. Tämän asiakastiedon hyödyntäminen on asiakkuuksien johtamisen yksi merkittävä näkökulma. (Storbacka & Lehtinen 1999, 32; Hakovirta 2008, 29–30; Helmann & Värilä 2009, 25–27.)

Asiakkuuksien tunnistaminen ja asiakkaan palveluprosessin vaiheiden kuvaaminen auttaa ajattelemaan asiakkaan näkökulmasta kohtaamisten merkitystä ja niiden sujuvuutta. Mitkä ovat tärkeimmät kohtaamispisteet, miten järjestelmä toimii ja taipuu asiakkaiden tarpeisiin? Millainen mielikuva palvelusta jää? Miten asiakkailta kerättyä tietoa hyödynnetään jatkuvan kehittämisen mahdollistamiseksi? Pohtimalla näitä kysymyksiä voidaan kartoittaa organisaation nykytilaa asiakkuuden kannalta ja osoittaa mahdollisia kehittämiskohteita. Muutoksessa asiakkaan ymmärtäminen on lähtökohta ja asiakkaan matka toimii karttana organisaation muutoksille. Matkan johtaminen voidaan nähdä kolmivaiheisena

ratkaisuna, jossa lähtökohtana on muutoksen mahdollistaminen. (Keskinen & Lipiäinen 2013, 26–31.)

Koivuniemi ja Simonen (2014, 124–132) kuvaavat asiakkuuksien johtamista terveydenhuollossa kaksiraiteisen mallin avulla (kuvio 3). Toisen raiteen muodostaa asiakas ja hänen arjessa pärjäämisensä. Asiakkaalla voi olla erilaisia terveydellisiä ongelmia, joiden ratkaisun avulla hän tuottaa arvoa itselleen. Toinen pääraide muodostuu terveydenhuoltoalan palveluista prosesseiksi hahmoteltuihin. Palveluista asiakas saa itselleen tarvittavat tiedot ja taidot pärjäämisensä tueksi. Kohtaamisessa asiakas saa mahdollisuuden tuottaa itselleen terveyttä ja toimintakykyä ammattilaisen avustamana. Asiakkuuksien johtamista tarvitaan erityisesti kuljettamaan asiakasta prosessien välillä siilorajojen yli, jolloin katseet on käännettävä rajapintojen tuottavuuden kehittämiseen ja asiakkaan kokonaisprosessien hallintaan.

Asukkaat, kuntalaiset ovat muuttuneet palvelun kohteesta palvelujen käyttäjiksi (Sydänmaanlakka 2015, 68). Korkiakoski ja Gerdt (2016, 93–94) muistuttavat asiakkaiden tarpeiden muuttuvan jatkuvasti. Näin ollen asiakkuus muuttuu ja kehityksen on oltava jatkuva tahtotila, eikä asiakaskokemuksen rakentaminen lopu koskaan. Olennaista on tunnistaa asiakaskunta, heidän tarpeensa ja odotuksensa. Tämä tukee ajatusta siitä, että palvelunkäyttäjien osallistaminen toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen on olennaisen tärkeää. Asiakkuuden johtamisen tavoitteena on asiakkuuden arvonnousu (Storbacka & Lehtinen 1999, 32). Terveydenhuollossa asiakkuuksien johtamisen avulla tarkastellaan asiakkaita heille tuotetun arvon ja heidän tuottamansa arvon perusteella. Tavoitteena on sovittaa yhteen asiakkaan, organisaation ja palveluiden prosessit, jotta prosessien tehostamisella saavutetaan mahdollisimman suuret säästöt ja hyöty. Asiakkaan arvontuotanto on prosessi, jossa ihminen maksimoi oman arjessa pärjäämisensä tuottaen itselleen hyvinvointia. Asiakkaan hyvinvoinnin saavuttamiseksi asiantuntija antaa parhaan mahdollisen työpanoksen, tuottaen samalla arvoa myös organisaatiolle. Arvontuotantoon voidaan perustaa asiakkuuksien strategiat, resurssien käyttö ja palvelutarjoomat. (Koivuniemi & Simonen 2012, 198–199.) Toiminnan kehittämiseksi tarvitaan asiakkuuksien segmentoin-

tia, arvontuotannon tukemista ja palveluiden muokkaamista asiakkaiden tarpeista lähtien (Storbacka & Lehtinen 1999, 139).

Kuviossa 3 kuvataan asiakkaan ja terveydenhuollon prosesseja. Asiakkuus rakentuu osapuolten kohdatessa erilaisissa prosesseissa ja vaatii onnistuakseen aitoa vuorovaikutusta. Asiakkuuden suhdekustannukset ovat merkityksellisiä. Suhdekustannuksilla tarkoitetaan sitä, miten paljon kohtaamisia asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä syntyy, kauanko hoito kestää ja liikkuvatko tiedot eri organisaatioiden välillä tehokkaasti.

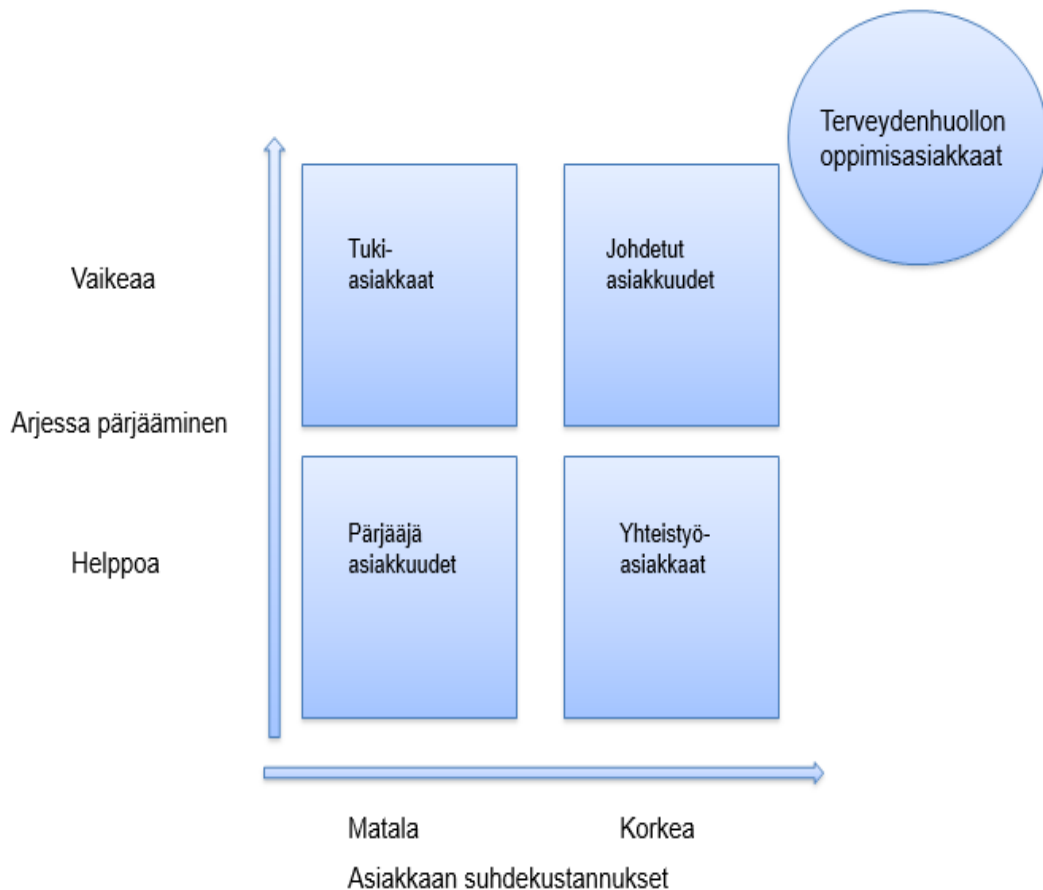


Kuvio 3. Asiakkuuksien johtaminen (Mukaellen Koivuniemi & Simonen 2012) 41, 95).

Koivuniemi ja Simonen (2012, 100–101) puhuvat asiakassalkuista, kun tarkastellaan asiakkuuksien arvoa organisaatiolle. Erilaiset asiakassalkut ja siten erilaiset asiakasstrategiat pyrkivät auttamaan ihmisiä pärjäämään jokapäiväisessä elämässään. Erilaisten asiakastarpeiden tunnistaminen mahdollistaa tarpeen

mukaiset palvelut. Kullekin asiakassalkulle on määritelty tavoitteet ja strategia ja tavoitteisiin pyritään asiakkuuksia johtamalla. Asiakassalkun määrittäminen tapahtuu diagnoosin yhteydessä, jolloin hoidon lisäksi otetaan kantaa asiakkuuden määrittelyyn. Tavoitteena on siis erilaistaa toimintaa ja tarjota palvelua asiakaslähtöisesti, jotta vältetään asiakkuuksien ylipalvelemiselta ja kohdennetaan resursseja siten, että arvon tuotannon lisääminen mahdollistuu. Asiakkuuksien johtamisen resurssina on tieto erilaisista asiakkaista. Segmentointimallit kuvaavat asiakkaiden erilaisten tarpeiden lisäksi organisaation asiakassalkua taloudellisin mittarein. (Korkman & Arantola 2009, 25.)

Kuviossa 4 selvennetään asiakkuusstrategiaa. Arjessa pärjäämisellä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä terveysongelmansa kanssa ja sitä kuinka paljon hän voi ottaa vastuuta omasta terveydestään. Terveystuon oppimisasiakkaat ymmärretään kuviossa siten, että terveydenhuoltojärjestelmä oppii asiakkailta sellaista, mikä hyödyttää toisia asiakkaita myöhemmin. Kuvion keskellä olevat asiakassalkut perustuvat terveydenhuollon tavoitteisiin. Johdetut asiakkuudet - asiakassalkku edustaa ihmisiä, jotka eivät selviä ongelmiansa tai hoitonsa kanssa itsenäisesti, vaan tarvitsevat runsaasti apua terveysongelman kanssa elämiseen. Yhteistyöasiakkaat taas pärjäävät terveysongelmansa kanssa ja kykenevät oppimaan asioita hoidon edetessä. Tukiasiakkaiden hoito on selkeää ja suhdekustannukset ovat alhaiset, mutta pärjääminen hoidon kanssa on samalla tasolla johdettujen asiakkuuksien kanssa. Pärjääjillä on jokin krooninen sairaus, mutta he selviävät sairauden hoidon kanssa lähes tai täysin itsenäisesti. Ihmisten tilanteet vaihtuvat ja myös asiakassalkut voivat vaihtua tilanteiden mukaan. Tavoitteena on, että asiakkuuksia siirtyy pärjääjien asiakassalkkuun. (Koivuniemi & Simonen 2012, 100–105).



Kuvio 4. Asiakkuusstrategiat (Mukaellen Koivuniemi & Simonen 2012, 125).

Asiakkuusstrategian luomisen merkitys on arvon tuottamisessa yhdessä asiakkaan kanssa. Terveysthuollossa tämä mahdollistuu, kun asiakas pääsee osalliseksi oman hoito- tai palveluprosessin edistämiseen. Prosessia ja sen edistämistä tarkastellaan terveydenhuollon tavoitteiden kautta, joita ovat asiakkaan arjessa pärjääminen, suhdekustannukset sekä terveydenhuollon oppiminen. Arjessa pärjäämisen tavoitteisiin liittyvät opitut uudet taidot ja tiedot tai asiantuntijoiden tuki hoidossa. Suhdekustannuksiin vaikutetaan erilaisilla prosessiratkaisuilla, teknologialla, joiden kautta osaamista jaetaan eri tekijöiden kesken. Yhtenä tavoitteena on myös terveydenhuollon oppiminen, jota tukee oppiva organisaatio, ja sillä saavutetaan niin asiakkaiden kuin työntekijöiden oppiminen asiakkuussuhteen aikana. (Koivuniemi & Simonen 2012, 110–111.)

Sydänmaanlakan (2015, 67–68) mukaan älykäs johtaminen perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen, jossa ihminen ja työntekijä nähdään tekevänä, tun-

tevana, tietävänä ja merkitystä hakevana olentona. Johtajakeskeisyydestä tulisi hänen mukaansa siirtyä kohti jaettua johtajuutta, johon osallistuvat kaikki työyhteisön jäsenet. Virallista johtajaa tarvitaan jakamaan sopivasti vastuuta ja valtaa. Nopeasti muuttuvissa toimintaympäristöissä myös julkiset organisaatiot uudistuvat ennemmin tai myöhemmin. Asiakaslähtöisyydessä palvelua katsotaan asiakkaan tarpeista lähtien, jolloin asiakas on mukana palveluiden uudistamisessa.

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää diabeteksen hoitopolkua asiakaslähtöisemmäksi Joensuun terveyskeskuksen vastaanottotyössä ja nostaa näkyväksi asiakkuuksien johtamista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kehittämistehtävässä korostetaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen asiakasnäkökulmaa ja asiakkaan arjessa pärjäämisen merkitystä sekä omahoidon tukemista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta sekä sitä tukevista ja estävistä tekijöistä ja sen kehittämistarpeista sekä laatia diabeteksen hoitopolusta toimintamalli.

Opinnäytetyön kehittämistehtävät olivat

1. selvittää alkukartoituskyselyllä, millaisia näkemyksiä sairaanhoitajilla on asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta ja siitä, mitkä tekijät tukevat ja estävät asiakaslähtöisyyden toteutumista sekä millaisia kehittämistarpeita hoidossa on.
2. laatia kehittämisprosessin tuotoksena toimintamalli asiakaslähtöiseen diabeteksen hoitoon terveyskeskukseen.

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Kehittämistyön toimintaympäristö ja osallistujat

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen perusterveydenhuollon yksikkö. Opinnäytetyön toimintaympäristönä oli Joensuun terveyskeskuksen kolme terveysasemaa: Niinivaaran, Rantakylän ja Siilaisen terveysasemat. Terveysasemat sijaitsevat Joensuun keskustan tuntumassa kymmenen kilometrin säteellä toisistaan. Kokonaisuudessa Joensuun terveyskeskukseen kuuluu yksitoista terveysasemaa. Toimintaympäristö rajattiin näihin kolmeen terveysasemaan niiden sijainnin ja kehittämistehtävän toteutusvaiheen järjestelyjen onnistumisen vuoksi. Opinnäytetyön kehittämisprosessin toteuttamisvaiheeseen osallistettiin yksitoista terveysaseman työntekijää. Työpajoihin kutsuttiin kuusi sairaanhoitajaa, kaksi diabeteshoitajaa, kaksi terveyskeskuslääkärinä ja yksi diabeteksen hoitoon erikoistunut lääkäri. Kehittämisprosessiin osallistuivat myös terveyskeskuksen osastonhoitaja, asiakasedustaja sekä kolme tietotekniikan asiantuntijaa. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön käytännön hoitotyön asiantuntija osallistui opinnäytetyöhön toimeksiantajan edustajana ja käytännön työelämän ohjaajana. Hän osallistui opinnäytetyöprosessin suunnitteluun ja ohjasi opinnäytetyöntekijöitä kehittämisprosessin eri vaiheissa. Lisäksi kaksi terveyskeskuksen asiantuntijalääkärinä arvioivat toimintamallia kehittämisprosessin loppuvaiheessa.

Joensuun terveyskeskuksessa kantakaupungin alueella tyypin 2 diabetesta sairastavat tablettihoitoiset aikuiset henkilöt hoidetaan pääsääntöisesti aluesairaanhoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden vastaanotolla. Tyypin 1 diabetesta sekä monipistoshoidettavat ja komplisoituneet tyypin 2 diabetesta sairastavat henkilöt hoidetaan diabeteshoitajan ja diabetes- ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Diabeteshoitajien vastaanotot toimivat hajautetusti Niinivaaran ja Siilaisen terveysasemilla, jossa Rantakylän terveysaseman diabeteshoitajan vas-

taanotto myös toimii. Diabetesvastaanotolla lääkärin resurssi vaihtelee ollen noin 1–2 työpäivää viikossa näillä kahdella terveysasemalla. Kantakaupungin ulkopuolella on kahdeksan terveysasemaa, joilla jokaisella on diabeteksen hoitoon perehtyneen sairaanhoitajan tai diabeteshoitajan vastaanotto. Terveysasemilla toimivat lääkärit vastaavat diabeetikoiden hoidosta. Tyypin 1 diabeetikoilla on lisäksi mahdollisuus käydä kantakaupungin diabeteslääkärin vastaanotolla hoidon niin vaatiessa. (Joensuun kaupunki 2016.)

Kaikki terveysasemilla työskentelevät hoitajat tekevät hoidontarpeen arviointia sekä puhelimesta että terveysaseman vastaanotossa. Jokaisella hoitajalla tulisi olla asianmukaiset perustiedot ja -taidot diabeteksen tunnistamisesta ja hoidosta. Joensuun terveyskeskuksella on ollut ohjeistus tyypin 2 diabeteksen hoidosta. Käytännöt diabeteksen hoidon toteutuksesta eri terveysasemilla ovat olleet vaihtelevat. Diabetesriskissä olevat asiakkaat ovat saaneet elintapaohjausta aluesairaanhoitajien vastaanotoilla. Elintaparyhmäohjauksia on pidetty vain satunnaisesti viime vuosien aikana. Elintaparyhmien ohjaajina ovat toimineet diabeteshoitaja, fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Ryhmäohjaus on sisältänyt kolme ohjauksetta, joissa asiantuntijat ovat antaneet ohjausta vuoroviikoin.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) tarjotaan erikoissairaanhoitotasosta diabeteksen hoitoa. Erikoissairaanhoidon asiakkaita ovat kaikki diabetesta sairastavat lapset, tyypin 1 diabetesta sairastavat taudin alkuvaiheessa tai erityistilanteessa, diabeettisia jalkaongelmia sairastavat sekä insuliinihoitoa vaativat raskausdiabeetikot (Joensuun kaupunki 2016).

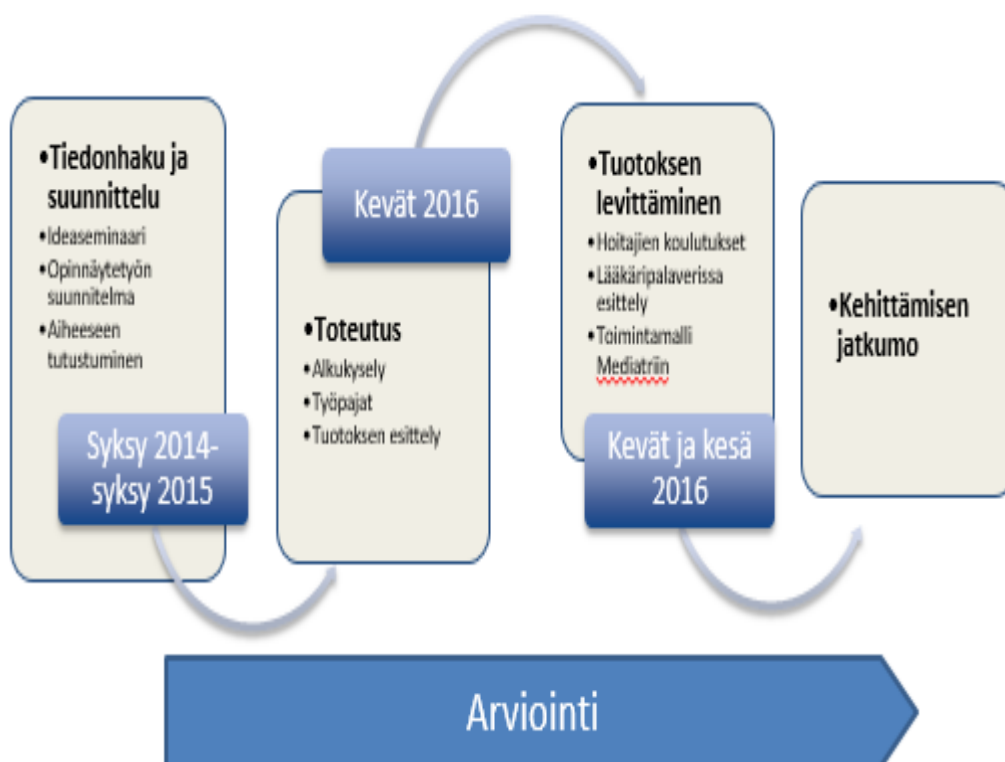
## **5.2 Kehittämistyön vaiheet**

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävän vaiheisiin kuuluivat alkukartoitus, suunnittelu, toteutus, tulosten levittäminen, kehittämisen jatkumo sekä arviointi, jota toteutettiin prosessimaisesti koko kehittämistehtävän ajan. Toteutusvaihe koostui kolmesta työpajasta sekä diabeteksen hoitopolku -toimintamallin laati- misesta. Erilaista itsearviointia tehtiin koko kehittämisprosessin ajan suunnitte-



luvaiheesta lähtien. Kehittämisprosessissa ei käytetty ulkoista arviointia, koska kyseessä oli kahden opinnäytetyöntekijän suunnittelema ja toteuttama opinnäytetyöntekijöiden omaan työyksikköön kohdistuva työelämälähtöinen kehittämis-tehtävä. Arvioinnilla suunnattiin kehittämisprosessin kulkua ja tuotoksen valmistumista julkaisukelpoiseksi. Työryhmätyöskentelyyn osallistuneilta kerättiin lomakearviointi ja työryhmään osallistuneet ja valmiin tuotoksen nähneet työntekijät antoivat myös suullista palautetta. Kehittämisprosessin loppuvaiheessa opinnäytetyöntekijät arvioivat kehittämisprosessin tuloksia ja niissä onnistumista.

Arvioinnin tehtävänä tässä opinnäytetyössä oli tuottaa tietoa kehittävästä asiasta. Tulosten levittämiseen kuului opinnäytetyön tekijöiden pitämät hoitajien koulutukset, joissa uusi toimintamalli esiteltiin ja laadittu kirjallinen materiaali jaettiin osallistujille. Ohjeistus ja toimintamalli jaettiin sähköpostitse kaikille lääkäreille sekä hoitajille. Toimintamalli esiteltiin lisäksi lääkäripalaverissa ja se julkaistiin sähköisenä versiona Joensuun terveyskeskuksen Mediatri-ohjelmassa sekä Joensuun kaupungin terveystalvelujen verkkosivuilla. Toimintamallin kehittäminen saatujen käyttökokemusten ja palautteiden perusteella kuuluu jatkossa Joensuun terveyskeskukselle. Kuviossa 5 on kuvattu kehittämistehtävän etenemisen vaiheet.



Kuvio 5. Kehittämistehtävän eteneminen.

Kehittämistehtävän perusteellinen suunnittelu ja aikataulutus olivat koko prosessia ohjaavia tekijöitä ja asettivat tavoitteita sen toteutumiselle. Kehittämistehtävän etenemisessä otettiin huomioon riittävä aika suunnittelulle sekä käytännön kehittämistyölle. Aikataulu suunniteltiin yhteistyössä toimeksiantajan ja toimintaympäristön johdon kanssa. Alkukartoitus päädyttiin toteuttamaan suunnitelman mukaisesti tammikuussa 2016, jotta tuloksia päästäisiin käsittelemään helmi-maaliskuussa 2016 ennen työpajojen alkua. Etukäteen ei tiedetty mitä teemoja kyselystä tulisi nousemaan, joten tarkkaa työpajojen suunnitelmaa tai kehittämisenaiheita ei suunniteltu etukäteen. Opinnäytetyöntekijöiden esiympäristön perusteella opinnäytetyön teemaa hahmoteltiin ennen alkukyselyn lähettämistä. Mikäli diabeteksen hoitopolun kehittämisen tarve ja aiheet nousisivat tuloksista, olisi kehittämistyöryhmän toiminta perusteltua ja niistä saatava tieto ohjaisi kehittämisprosessia eteenpäin.

### 5.3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta opinnäytetyöprosessissa

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana, jossa tavoitteena on tutkimuksellisin menetelmin kehittää ja uudistaa käytännön toimintaa. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa korostuvat jatkuva oppiminen, kommunikaatio sekä prosessimaisuus ja tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta muodostuva uuden tiedon käyttökelpoisuus (Ojasalo ym. 2014, 18). Kehittämisen tueksi haettiin tietoa aiheesta aikaisemmin julkaistuista tutkimuksista ja hyvistä käytännöistä. Toimintaympäristön kehittämistarpeiden sekä haetun tiedon avulla valittiin asiakaslähtöisyyden ja asiakkuuksien johtamisen ajankohtaiset näkökulmat kehittämistehtävään. Kehittämistehtävän lähestymistapa ja menetelmät muotoutuvat aihepiiriin tutustumisen ja kohdeorganisaation tuntemuksen kautta (Ojasalo ym. 2014, 24–25). Tässä opinnäytetyössä keskeistä oli työntekijöitä osallistava kehittäminen ja yhdessä tekeminen sekä tiedon tuotanto ja oppiminen. Kehittämisprosessissa tähdättiin siihen, että osallistujien kesken syntyy yhteinen käsitys siitä, millainen toimintamallin tulisi olla ja miten se kaikilla terveysasemilla toteutetaan. Uusi diabeteksen hoidon toimintamalli muokkautui yhdessä tekemisen ja oppimisen myötä prosessin aikana.

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmiä voidaan jäsentää kolmesta suunnasta, joilla voidaan edistää kehittämisprosessin hallintaa, toimijoiden osallistumista ja tiedontuotantoa (Toikko & Rantanen 2009, 10). Kehittämistehtävää varten koottiin asiantuntijoista työryhmä, jonka tehtävänä oli osallistua aktiivisesti työpajojen toimintaan, tuottaa tietoa ja kehittää diabeteksen hoidonohjauksen mallia. Työryhmätyöskentelyssä ja yhdessä tekemisessä on näkökulmana myös ekspansiivisesta oppiminen, joka on työelämään liittyvää oppimista. Siinä työntekijät miettivät uusia ratkaisuja ja menettelytapoja, joiden seurauksena tapahtuu systemaattisia muutoksia toimintakäytännöissä. (Ojasalo 2014, 25). Menetelmällisten ratkaisujen avulla helpotettiin tietämyksen jakamista ja tiedontuottamistapoja, kuten keskusteluja ja kannanottoja.

Tutkimuksellinen kehittämistyö sisältää käytännön ongelmien ratkaisun, uusien ideoiden ja käytäntöjen toteuttamisen ja palveluiden tuottamisen lisäksi uuden ammatillisen tiedon tuottamista. Tutkimuksellisen kehittämistyön avulla voidaan

työelämässä olevaa hiljaista tietoa tuoda näkyväksi osaamis- ja tietoperustan vahvistamiseksi. Kehittämistä ohjaavat käytännölliset tavoitteet, joita teoria ohjaa. Keskeistä on pohtia havaittuihin ongelmiin ratkaisuja yhteistyössä vuorovai-  
kutuksen, kysymysten, tiedon tuottamisen, muutoksen hakemisen ja haasteiden käsittelyn kautta. Oleellista on soveltaa, muokata ja luoda uusia ratkaisuja. Kehittämistyön tulokset ovat sitä merkityksellisemmät mitä suurempi käytännön hyöty niistä saadaan. (Ojasalo ym. 2014, 19–21, Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2009, 124–132.) Opinnäytetyöprosessissa tutkimuksellisuus on lisännyt toiminnan suunnitelmallisuutta ja tukenut kehittämistyön tuloksia sekä niiden perusteltavuutta.

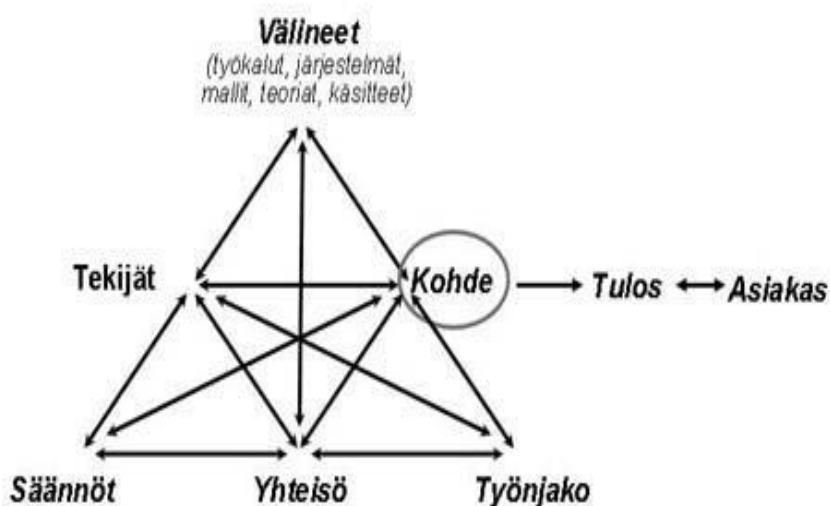
Kehittämistyössä saavutettujen muutosten toteuttamiseen tarvitaan runsaasti aikaa (Ojasalo ym. 2014, 25). Kehittämisprosessissa laadittu toimintamalli otettiin käyttöön heti sen valmistumisen ja tarvittavien asiatarkastusten jälkeen. Toimintamalliin liittyvä materiaali jaettiin sähköisesti ja henkilöstölle annettiin koulutusta toimintamallin käyttöön liittyen. Toimintamallista tehtiin erillinen kirjallinen nopeasti työssä hyödynnettävä ohje helpottamaan uuden ohjeistuksen käyttöönottoa.

Kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa hyödynnettiin soveltuvien osin kehittävästä työntutkimusta ja Engeströmin toimintajärjestelmän mallia (kuvio 6), joka on tarkoitettu työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen. Toimintajärjestelmän mallissa haetaan kokonaisvaltaista jäsenystä työn ja siinä tapahtuvien muutosten arviointiin. Toimintajärjestelmän avulla työtä tarkastellaan työn tekemisen ja tuloksen saavuttamiseen tarvittavien osatekijöiden kokonaisuutena. Toimintajärjestelmää ja siinä tapahtuneita muutoksia, etenkin ristiriitoja, analysoidaan päästään kiinni työn kehitykseen. (Engeström 1995, 87–89.) Toimintajärjestelmän mallia hyödynnettiin kehittämispöytätyön suunnitteluvaiheessa jäsentämään ongelmia, joita liittyy nykyiseen diabeteksen hoidonohjaukseen.

Kehittävää työntutkimusta voidaan sanoa muutosstrategiaksi, sillä se yhdistää tutkimuksen käytännön kehittämistyöhön ja koulutukseen. Se on osallistava lähestymistapa, jossa työntekijät analysoivat ja muuttavat kehittämispöytätyön myötä omaa työtapaansa. Tällä työskentelymenetelmällä ei tuoteta työpaikalle ul-

koopain valmiita ratkaisuja tai malleja, vaan muokataan työyhteisön sisällä välineitä toiminnan erittelyyn ja uusien mallien suunnitteluun. (Engeström 2002, 12.) Kehittävän työntutkimuksen keinoin on mahdollista kyseenalaistaa ja analysoida tämänhetkistä diabeteksen hoidon prosessia ja etsiä uusia mahdollisuuksia sen kehittämiseksi kohti asiakaslähtoisempää toimintamallia. Kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa käytettiin alkukartoitukseen määrällistä tutkimusmenetelmää toteuttamalla lomakekysely.

Engeströmin toimintajärjestelmän mallia mukaillen tässä kehittämistehtävässä *tekijät* ovat diabeteksen hoitoon osallistuvat terveyskeskuksen työntekijät: lähihoitajat, sairaanhoitajat, diabeteshoitajat, terveyskeskuslääkärit, diabeteksen erikoislääkärit. *Välineistä* esimerkkejä ovat alueellinen valtimotautiohjeistus, Käypä Hoito- ohje, terveyskeskuksen diabeteksen hoitopolku ja laboratorio-ohjeet, jotka ovat konkreettisia työkaluja ja ohjaavat diabeteksen hoitoprosessia organisaation ja työntekijöiden näkökulmasta. *Yhteisöllä* tarkoitetaan kaikkia niitä toimijoita, jotka yhdessä jakavat kohteen. Yhteisö vaikuttaa toiminnan kohteeseen työnjaon avulla. *Työnjako* tarkoittaa pelisääntöjä, toimintaohjeita ja päätösvaltaa eri toimijoiden välillä. Toimintajärjestelmässä kaikki sen osatekijät ovat kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi samalla kun työnjaon ohjeistus ja säännöt vaikuttavat yksilön toimintaan, voi yksilö muuttaa tai rikkoa toimintajärjestelmän ohjeistuksia. (Engeström 1995, 41–42, 44–47.) Toiminnalla pyritään kohteeseen, jonka tuloksena diabeteksen hoito olisi asiakaslähtöistä, vaikuttavampaa sekä kustannustehokasta.



Kuvio 6. Toimintajärjestelmän malli (Engeström 2002).

Kehittävässä työntutkimuksessa analyysiyksikkönä on toimintajärjestelmä (Engeström 1995, 41). Yksilöiden ominaisuuksia tai toimintatapoja ei ole tarkoitus eritellä tutkimuksessa vaan ne otetaan huomioon kokonaisuutena. Vaikka alkukartoituksesta saatava aineisto koostuu yksilöiden antamista kuvauksista, kehittämisprosessissa tuotetaan niiden perusteella tietoa toimintajärjestelmästä.

Kehittämisprosessin toteutusvaiheessa käytettiin erilaisia osallistavia menetelmiä. Osallistavien menetelmien oli tarkoitus toimia välineenä työryhmätyöskentelyssä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi asiakaslähtöisen diabeteksen hoidonohjauksen kehittämiseksi.

#### 5.4 Osallistavat kehittämismenetelmät

Tässä kehittämisprosessissa haluttiin korostaa sosiaalisuutta, ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Kehittämistoiminnassa työntekijöiden ja sidosryhmien mukaan ottaminen prosessin suunnitteluun ja päätöksentekoon on menestymisen edellytys. Osallistuminen lisää sitoutumista ja vähentää muutosvastarintaa. Osallistamisen käsite kuvaa henkilön osallistumista, johon ulkoapäin on vaikutettu ohjaamalla osallistumista. Osallistamisen ajatellaan johtavan osallisuuteen, mikäli toiminta etenee osallistujan ehdoilla hänen suuntaamaan.

(Toikko & Rantanen 2009, 89–90.) Osallisuuden, osallistumisen ja osallistamisen käsitteet eroavat toisistaan. Osallisuus on vapaaehtoista ja kuvaa henkilön kuulumista yhteiskuntaan tai yhteisöön omaehtoisesti ja aktiivisesti. Hyvä esimerkki osallisuudesta ovat asiakastyytyväisyyskyselyt, jolloin asiakkaita aidosti kuullaan ja heidän mielipiteitään arvostetaan. Osallistuminen liittyy kansalaisten oikeuksiin ja velvollisuuksiin itseensä ja läheisiinsä liittyvässä päätöksenteossa. (Halttunen-Sommerdahl, 2008, 4.)

Osallistavana menetelmänä kehittämisprosessissa käytettiin toimijalähtöistä työryhmätyöskentelyä. Menetelmän valinta perustui oletukseen yhteisön toiminnan ja muutoksen tarpeen luonteesta sekä menetelmän tarkoituksenmukaisuudesta ja käytännönläheisyydestä kehittämisen näkökulmasta. Menetelmän avulla koottiin diabeteksen parissa työtä tekeviä ammattihenkilöitä yhteisesti keskustelemaan ja hyödynnettiin heidän kokemuksiaan ja ammattitaitoaan tiedon tuottamisessa kehittämisen rakenteiksi. Työpajoissa arkinen työ voidaan nostaa yksilötasolta yhteisölliseen tarkasteluun (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 22–25). Kehittämisen mahdollistamiseksi kokoontumisissa on tärkeää huolehtia avoimesta ja positiivisesta ilmapiiristä, koska se on luovan työskentelyn edellytys (Ojasalo ym. 2014, 158). Tapaamisten alkuun oli järjestetty kahvia ja pientä syömistä työpajoihin osallistuvien sosiaalista kanssakäymistä helpottamaan. Työyhteisölähtöisen kehittämisen etuna on mahdollisuus keskustelukulttuurin kehittämiseen, työntekijöiden tasa-arvoisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien vahvistumiseen (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 28–29).

Ryhmäprosessin valmisteluun ja tukemiseen tarvitaan ryhmän vetäjää eli fasilitaattoria, jona kehittämistehtävän tekijät tässä kehittämisprosessissa tietyin osin toimivat. Fasilitoinnin tarkoituksena oli helpottaa ryhmän työskentelyä edistämällä ryhmän luovuutta ja saada kaikkien asiantuntemus yhteiseen käyttöön. Tavoitteena oli vähäisen yhteisen ajan tehokas käyttö ja tuloksellisuuden varmistaminen. Fasilitoinnin periaatteena on, että ryhmän asiantuntijuus tunnustetaan, ryhmän jäsenten osaaminen ja toiveet tulevat osaksi toimintaa (Summa & Tuominen 2009, 8–10). Työpajoissa fasilitaattorit varmistivat toiminnallaan ryhmän jäsenten osallisuuden kokemusta, kaikkien ideoiden ja ehdotusten tasa-puolisen käsittelyn sekä sitoutumisen yhteisiin päätöksiin.

Omahoidonohjauksen harjoitusta asiantuntija- ja asiakaslähtöisesti sekä unelmointiharjoitusta käytettiin osallistamisen keinona ensimmäisessä työpajassa. Hoidonohjausharjoitteen tavoitteena oli konkretisoida osallistujille kahden erilaisen ohjausmenetelmän eroja ja suunnata ajatuksia kohti asiakaslähtöisen palvelun merkitystä. Unelmoinnin tarkoituksena oli pienryhmissä visioida mahdollisimman hyvä palvelukokemus ja jakaa se ryhmäläisten kesken. Unelmoinnin avulla viritetään ajatuksia kehittämisprosessissa ja muotoillaan kehittämisen tavoitetta (Summa & Tuominen 2009, 33–34).

## **5.5 Opinnäytetyön suunnitteluvaihe**

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin ylemmän ammattikorkeakouluopintojen alkuvaiheessa syksyllä 2014. Opinnäytetyöntekijät olivat kiinnostuneita tulevasta sote-uudistuksesta sekä Pohjois-Karjalan sote-hankkeesta (Siun sote), joten yhteyttä otettiin perusterveydenhuollon yksikön ylilääkäriin. Hän toimi Siun soten toiminnallisen kehittämisen projektitiimissä. Ensimmäinen opinnäytetyön suunnittelupalaveri pidettiin lokakuussa 2014, jolloin opinnäytetyön aihe alkoi hahmottua. Yksikön ylilääkäri esitteli asiakkuuksien segmentointia ja aihetta rajattiin diabeetikoiden hoitoon opinnäytetyöntekijöiden työkokemus ja kiinnostus huomioiden. Diabeteksen hyvä hoito on merkittävää sekä yksilön näkökulmasta että yhteiskunnallisesti. Diabetesbarometrin 2015 mukaan diabeetikoiden määrä on moninkertaistunut, eivätkä terveydenhuollon resurssit ole pysyneet kehityksessä mukana. Ratkaisuksi barometrissa tarjotaan hoidossa olevien diabeetikoiden tarpeiden ja resurssien selvittämistä, hoitopolkujen, hoidontarpeen arvioinnin ja hoitosuunnitelman sekä laadun seurantajärjestelmien kehittämistä. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalouden uudistamisen lähtökohtana on ajankohtainen teema, joka ilmenee Hallitusohjelmasta 2015, jossa asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen on yksi kärkihankkeista (Hallituksen julkaisusarja 2/2016, 52). Opinnäytetyön ohjaajaksi nimettiin perusterveydenhuollon yksikön käytännön hoitotyön asiantuntija ja toimeksiantosopimus tehtiin keväällä 2015. Kehittämistehtävän ohjaus- ja suunnittelupalavereja pidettiin useita kertoja keväällä ja syksyllä 2015.



Opinnäytetyön tuotoksena päädyttiin kehittämään Joensuun terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotoille diabeteksen hoitoprosessia. Lähtökohtana prosessimaisessa ajattelussa on asiakas ja hänen tarpeensa. Tarpeiden määrittämisen perusteella suunnitellaan millaisia palveluja asiakas tarvitsee ja miten tarpeisiin voidaan vastata. Terveystieteiden prosessilähtöisessä toiminnassa on keskeistä muodostaa kokonaisnäkemys toiminnasta ja asiakkaille annettavista palveluista, niihin resurssoinnista, ohjauksesta sekä päätöksenteosta. Terveystieteiden yksikön tai koko palveluketjun toimintaa tarkastellaan asiakkaille arvoa tuottavana kokonaisuutena. (Tanttu 2007, 146.)

Kehittämistoiminnassa keskeistä osana on kehittämiseen osallistuvien toimijoiden määrittely (Toikko & Rantanen 2009, 58). Kehittämisprosessin toimintaympäristöksi valittiin opinnäytetyöntekijöiden oma työyksikkö Joensuun terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotot. Tässä opinnäytetyössä toimeksiantaja ja toimintayksikkö olivat erilliset organisaatiot kehittämistoiminnan siitä häiriintymättä. Tällaista yhteistyötä tehtiin ensimmäistä kertaa ja kokemukset olivat rohkaisevia. Toimintatapaa voi kuvata innovatiiviseksi ja uusien sote-rakenteiden mukaiseksi toiminnaksi. Siun soten lähtökohtana on yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut hyödyntäen asukkaiden ja henkilökunnan parannusehdotuksia. Opinnäytetyön toimeksiantajan perusterveydenhuollon yksikön tehtävänä on antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laa- timista. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen yksikkö 2016.) Joensuun kaupungin terveyskeskuksen ylihoitaja antoi luvan kehittämisprosessin toteuttamiselle ja käytännön järjestelyistä sovittiin osastonhoitajan kanssa. Kehittämisprosessin osallistujiksi valittiin kolme kantakaupungin terveysasemaa ja niiden diabeteksen hoitoon osallistuvat lääkärit ja hoitajat. Alkukartoituksena päädyttiin tekemään kysely vastaanottojen sairaanhoitajille, jotta saataisiin tietoa diabeteksen hoidonohjauksen nykytilasta kehittämisprosessin tueksi. Aikaisempaa tutkimustietoa diabeteksen hoidon tilasta Joensuun alueella ei ollut.

Kehittämisprosessia oli alustavasti suunniteltu, mutta alkukartoituskyselystä saadulla tiedolla oli tarkoitus ohjata prosessin kulkua. Kehittämistehtävä esiteltiin vastaanottojen henkilökunnalle yhteisessä kokouksessa 25.11.2015. Työ-

ryhmään osallistuville lääkäreille esitettiin kutsu henkilökohtaisesti ja varmistettiin osallistumishalukkuus. Työryhmään valituille sairaanhoitajille kutsu lähetettiin sähköpostilla.

### 5.5.1 Alkukartoituksen toteuttaminen

Kehittämisprosessin aluksi toteutettiin kysely, jonka tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidonohjauksesta ja sen kehittämistarpeista. Kyselylomakkeella tehtävän aineiston keruun etuna voidaan pitää sitä, että sen avulla on mahdollista saada laaja aineisto. Lisäksi se on menetelmänä tehokas, kustannuksiltaan edullinen sekä mahdollista aikatauluttaa tarkasti. Kyselylomakkeen heikkoutena sen sijaan voidaan pitää sitä, että aineisto saattaa olla pinnallinen. Hyvän kyselyn laatiminen on hankalaa ja vastaajat voivat suhtautua kyselyyn monella tapaa ja vastata sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 193 - 195.) Ennen kyselylomakkeen laatimista on tärkeää perehtyä mahdollisimman hyvin aiheeseen ja kerätä riittävästi tietoperustaa kehittämistehtävästä, jotta kyselyllä saadaan kehittämistehtävää hyödyttäviä vastauksia. Lisäksi on tärkeää huomioida, että kysymykset ovat helposti ymmärrettäviä, yksiselitteisiä, tarkkoja ja lyhyitä. (Ojasalo 2014, 130–131.) Opin- näytetyöntekijät laativat alkukartoituksen kysymykset kehittämistehtävän aiheeseen perehtymisen jälkeen. Kyselylomaketta arviotiin ja muokattiin yhdessä kehittämistehtävän ohjaajan, asiantuntijasairanhoitajan kanssa. Kyselylomakkeeseen laadittiin lisäksi saatekirje.

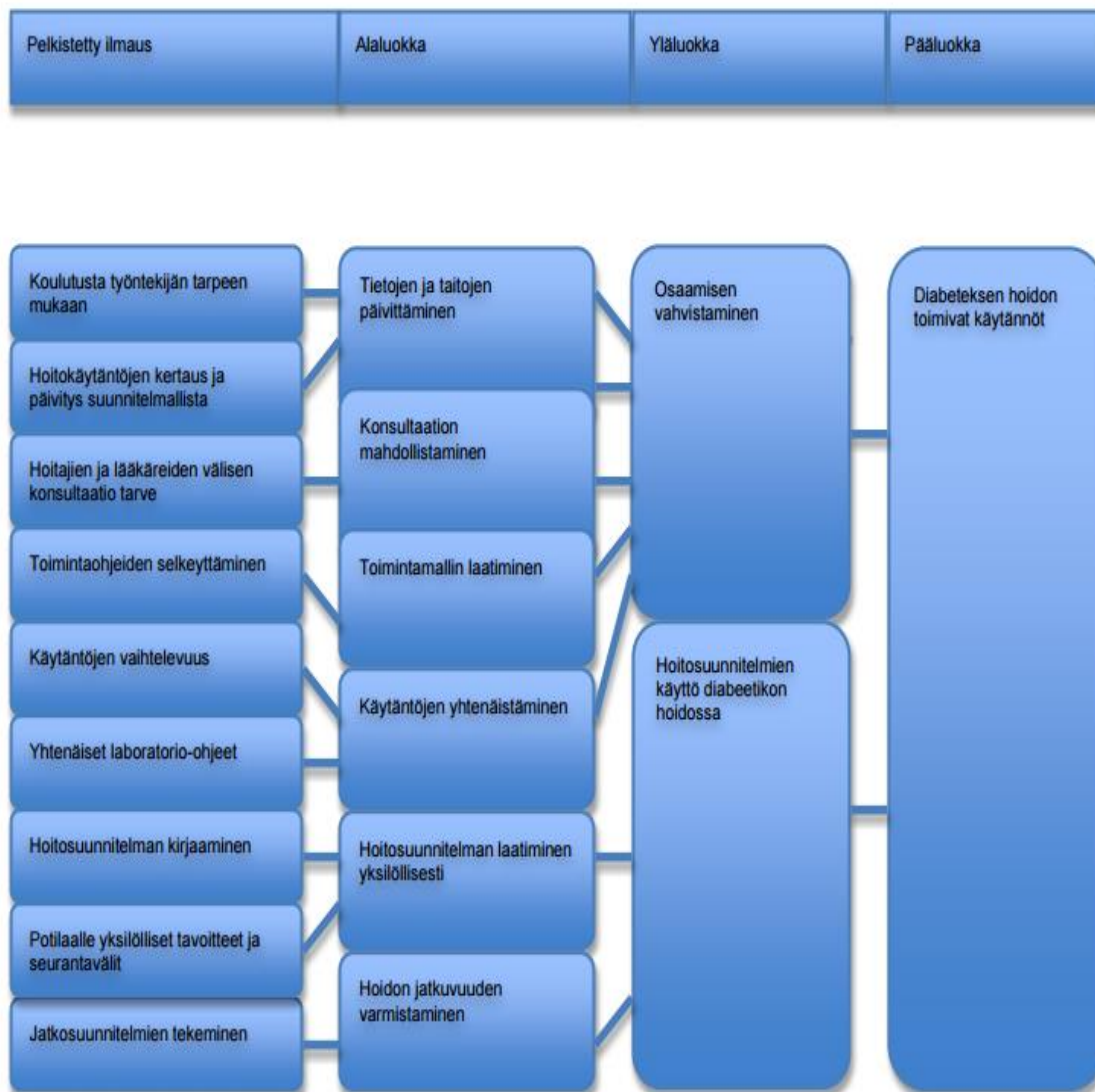
Saatekirjeellä on tärkeä merkitys kyselytutkimuksen onnistumisen kannalta. Siitä kyselylomakkeen saaja voi päätellä, mistä lomakkeessa on kyse ja osallistuuko hän tutkimukseen. Saatekirjeen avulla voidaan herättää luottamus ja motivaatio kyselyyn vastaamiseen. (Ojasalo ym. 2009, 118). Opin- näytetyön kyselyyn pyydettiin vastaamaan nimettömänä. Saatekirjeessä kerrottiin, että tietoa kerätään diabeteksen hoidon kehittämisen työpaihin ja avoimien kysymysten vastaukset voi kirjoittaa ranskalaisin viivoin. Näin kyselyyn vastaamista pyrittiin helpottamaan.

Kysely lähetettiin sähköpostitse kolmen terveysaseman vastaanottojen 27 sairaanhoitajalle osastonhoitajan välityksellä tammikuussa 2016 ja vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Sairaanhoitajia veloitettiin vastaamaan kyselyyn, sillä heidän tuli ilmoittaa osastonhoitajalle, kun kyselyyn oli vastattu. Laajalle joukolle lähetetyllä kyselyllä haluttiin taata kaikkien sairaanhoitajien mahdollisuus vaikuttaa kehittämisprosessin toteutukseen ja kerätä näkemyksiä jokaiselta terveysasemalta kantakaupungin alueella. Kyselylomake ohjeistettiin palauttamaan opinnäytetyöntekijöille sisäisessä postissa.

### 5.5.2 Alkukartoituksen analysointi

Alkukartoituskyselyn (n=17) avulla haluttiin saada tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä ja kokemuksista asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta ja sen kehittämisen tarpeista. Kyselylomake (liite 1) koostui seitsemästä kysymyksestä, joista kuusi oli avoimia ja yksi monivalintakysymys. Palautettuja kyselylomakkeita tuli määräaikaan mennessä 17 kappaletta, joten vastausprosentti kyselyyn oli 63 %.

Aineisto analysointiin heti, kun määräaika vastausten palautukselle oli ohi. Kaikki vastaukset luettiin ensin huolellisesti läpi. Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysin menetelmää hyödyntäen. Aineiston analysointi aloitettiin kirjoittamalla kysymyksittäin kaikki vastaukset tarkasti alkuperäisessä muodossaan tekstinkäsittelyohjelmalla allekkain. Alkuperäisilmauksia käytiin tarkasti läpi etsien samankaltaisuuksia ja nämä samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin. Yhdistetyistä ilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka ryhmiteltiin merkiten niitä eri väreillä. Ryhmitellyt pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin ja laadittiin alaluokat. Tässä vaiheessa vastauksista karsiutui kehittämistehtävää hyödyntämätön aines pois. Aineiston tiivistäminen ja analysointi jatkui alaluokkien yhdistämisellä yläluokiksi. Yläluokkia muodostui kuusi kappaletta, joista muodostui kaksi pääluokkaa. Kuvio 7 mallintaa, kuinka sisällönanalyysi toteutettiin tässä opinnäytetyössä.



Kuvio 7. Esimerkki sisällönanalyysipolusta.

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen aineiston yleisimpiä analyysimenetelmiä. Menetelmän avulla saatu aineisto järjestetään selkeään ja tiiviiseen muotoon ja tarkoituksena on nostaa esille aineiston keskeisimmät asiat tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöinen laadullinen aineiston analyysi voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, jossa aineisto pelkistetään eli redusoidaan, ryhmitellään eli klusteroidaan ja josta tämän jälkeen luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91–92, 108–111.) Tätä menetelmää hyödynnettiin, koska alkukartoitusaineiston avoimien kysymysten vastaukset olivat tyypillisemmin laadullista aineistoa. Aineiston sisällönanalyysia hyödyntäen saatiin kehittämistehtävän keskeisiin kysymyksiin vastauksia.

## 5.6 Kehittämisprosessin toteutusvaihe

Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessin toteutusvaiheeseen kuuluivat kolme työpajaa, jotka pidettiin kevään 2016 aikana. Työpajojen ohjelma koostui opinnäytetyön aiheen mukaisesti diabeteksen hoidon asiakaslähtöisestä kehittämisestä. Työpajoihin kutsuttiin diabeteksen parissa työskenteleviä sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Työryhmän työskentelyn päämääränä oli kehittää diabeteksen hoitoa Joensuun kantakaupungin terveysasemien vastaanotoilla. Työpajoissa käytetyt kehittämismenetelmät olivat työryhmän jäseniä osallistavia menetelmiä, kuten ryhmätyöskentely sekä pari- ja ryhmäharjoitteet. Ensimmäisessä työpajassa asiakaslähtöisistä palveluista alusti käytännön hoitotyön asiantuntija. Työryhmätyöskentelyn keskeisin merkitys on työntekijöiden osallistaminen kehittämisprosessiin (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 28–29). Osallistamisen kautta kehittämistyön tuloksesta saatiin käytännönläheinen ja käyttökelpoinen ja työntekijät kokivat voivansa vaikuttaa oman työn kehittämiseen.

### 5.6.1 Työpaja 1

Ensimmäinen työpaja pidettiin 17.3.2016. Työpajojen ohjelmat ovat liitteessä 2. Aikaa oli varattu kolme tuntia ja kokoontumispaikkana oli Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen auditorio. Kaikkiin kolmeen työpajaan oli kutsuttu yksitoista työntekijää kantakaupungin kolmelta terveysasemalta. Osallistujia oli kahdeksan ja sen lisäksi molemmat opinnäytetyön tekijät sekä luennoitsijana käytännön hoitotyön asiantuntija perusterveydenhuollon yksiköstä. Tilaisuuden alussa pidettiin lyhyt esittely diabeteksen hoitoon käytettävistä välineistä sekä verensokerin mittaamisesta. Työpajan alussa pidettiin lyhyt esittelykierron osallistujien kesken.

Ensimmäisen työpajan tavoite oli johdattaa työryhmän jäsenet ajattelemaan asiakaslähtöisyyden merkitystä sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseksi. Työpajassa tehtiin kaksi osallistavaa harjoitetta, joiden tavoitteena oli käytännön kautta saada kokemus asiakaslähtöisyyden merkityksestä (liite 3). Lisäksi työryhmän jäsenille jaettiin lopuksi kotitehtäväksi harjoite motivoivasta haastattelusta.

Työpajan ohjelma eteni aikataulun mukaisesti ja esittäjien työnjaosta oli sovittu etukäteen. Ensimmäisen työpajassa kerrottiin työryhmään osallistujille opinnäytetyön tavoitteesta, näkökulmasta ja siitä, mihin työskentelyn avulla pyritään. Käytännön hoitotyön asiantuntija alusti asiakaslähtöisyydestä terveydenhuollossa sekä tulevasta sote-uudistuksesta ja sen taustoista. Työpajassa tehtiin kaksi osallistavaa harjoitusta. Ensimmäisessä harjoiteltiin asiakkaan omahoidonohjauksista kahdesta eri näkökulmasta; asiantuntijalähtöisesti ja asiakaslähtöisesti. Tällä paritehtävällä haettiin kahta erilaista kokemusta eri näkökulmasta toteutusta hoidonohjauksesta. Toisessa harjoituksessa ryhmälle annettiin tehtäväksi unelmoida hyvästä asiakaspalvelukokemuksesta terveydenhuollossa.

Omahoidonohjauksen harjoituksen kokemukset kirjattiin paperille. Suurin osa osallistujista koki, että asiantuntijamaisesti annettu ohjaus kuulematta asiakasta tuntui epämukavalta ja herätti negatiivisia ajatuksia. Asiakaslähtöisesti toteutettu ohjaus koettiin mukavana, asiakas koki osallisuutta, kun sai kertoa omia näkemyksiään ja lopputuloksiin päästiin yhteisymmärryksessä.

Unelmointiharjoituksessa jokainen pienryhmä kertoi omia kokemuksiaan hyvistä asiakaspalvelukokemuksista. Yhteistä jokaisella ryhmällä oli, että ystävällinen palvelu koettiin tärkeimpänä kriteerinä tuotteen tai palvelun ostamisessa. Merkittäviksi asioiksi nousivat myös ammattitaito, tarvittavan palvelun saaminen, kiireettömyys ja asiakkaan kuunteleminen. Lisäksi jatkosuunnitelman tekoa pidettiin tärkeänä. Ystävällisen palvelun toteutumisen esteenä omassa työssä pidettiin kiirettä ja ettei ylipäätään ole riittävästi aikaa tekemiselle. Harjoituksessa tuotiin esille kehittämiskohteita, kuten nettiajanvarauksen laajentaminen diabeteslääkärin ja päivystävän sairaanhoitajan ajanvarauskirjalle. Vastaanottoaikojen nettiajanvarausta laajentamalla saattaisi olla mahdollista vähentää ajanvarauspuhelujen ruuhkaa. Marevania käyttävien asiakkaiden palvelua voisi parantaa INR-poliklinikkaa laajentamalla ja lisäämällä Medinet-määrityksiä. Ryhmätehtävien tuotokset ja niistä tehty esitys (liite3) jaettiin seuraavalla viikolla ryhmään osallistujille sähköpostitse.

## 5.6.2 Työpaja 2

Toinen työpaja pidettiin 31.3.2016. Aikaa oli varattu kolme tuntia ja kokoontumispaikka oli Pelastuslaitoksen auditorio. Työpajaan osallistuivat yhdeksän ryhmän jäsentä: kolme lääkäriä ja kuusi hoitajaa. Kaksi sairaanhoitajaa olivat estyneitä saapumaan paikalle. Työpajan tavoitteena oli alkukyselyn tulosten ja ryhmän jäsenten tieto ja työkokemus hyödyntäen, valmistella diabeteksen hoitopolkua. Työpajassa käytiin läpi alkukartoituskyselyn tulokset ja työstettiin niistä nousseita kehittämistarpeita pienryhmätyöskentelyn avulla.

Tilaisuuden alussa tiedotettiin Parempaa elämää -verkkopalvelusivustosta ja oraalista diabeteslääkkeistä. Työpajan alussa käytiin edellisen työpajan tuotokset läpi sekä kotitehtäväksi annetun motivoivan haastattelun kokemukset. Työryhmän jäsenistä osa oli kokeillut motivoivaa haastattelua potilastyössä ja kokenut haastattelun hyvänä työskentelytapana. Opinnäytetyöntekijät esittivät ryhmälle hoitajille tehdyn alkukyselyn tulokset. Alkukyselystä nousseet kehittämisen kohteet olivat hoitosuunnitelma, yhtenäiset käytännöt, työnjako ja yhteistyö sekä koulutus ja perehdytys.

Opinnäytetyöntekijät olivat suunnitelleet etukäteen kolme pienryhmää, joihin nimettiin jäsenet. Työryhmille annettiin ohjeistus tehtävästä. Ensimmäisen ryhmän tehtävänä oli miettiä kehittämissuunnitelman kirjaamisen parantamiseksi. Toisen ryhmän tehtävänä oli miettiä käytäntöjen yhtenäistämisen mahdollisuuksia. Kolmannen ryhmän tehtävänä oli miettiä hoidontarpeen arviota ja työnjakoa. Ryhmissä oli 3-4 jäsentä. Ryhmätyöskentely oli sujuvaa, ryhmät olivat keskustelevia ja annetuista aiheista virisi mielenkiintoisia keskusteluja ja kannanottoja. Ryhmät kokosivat tuotoksensa isoille paperiarkeille ja esittivät ryhmän tuotoksen toisille. Ryhmätyöskentelyn ajankäyttö oli suunniteltu etukäteen ja onnistui hyvin, aikaa oli riittävästi sekä tehtävän työstämiseen ja ryhmien tuotosten esittämiseen. Opinnäytetyöntekijät osallistuivat ryhmien työskentelyyn seuraamalla ryhmätyöskentelyä ja antamalla tarvittaessa lisäohjeita.

### 5.6.3 Työpaja 3

Kolmas työpaja pidettiin 14.4.2016 Pohjois-Karjalan Pelastuslaitoksen atk-luokassa. Työpajaan oli varattu aikaa kolme tuntia ja työpajaan oli kutsuttu samat henkilöt kuin aikaisemmillä kerroilla ja kaikki kutsutut olivat läsnä. Työryhmän jäsenten lisäksi työpajaan oli kutsuttu vierailijoita, joille esitettiin työpajojen tuloksia. Kutsut henkilöt olivat terveyskeskuksen osastonhoitaja, ylilääkäri, ylihoitaja sekä asiakasedustaja ja tietotekniikan asiantuntijoita. Paikalla pääsivät osastonhoitaja, asiakasedustaja sekä tietotekniikan asiantuntijat.

Kolmannen työpajan tavoitteena oli viimeistellä aikaisempien työpajojen pohjalta laadittua diabeteksen hoitopolkua ja esittää laadittu toimintamalli kutsutuille henkilöille. Tavoitteena oli myös sopia kehittämisen jatkumosta ja valita vastuuhenkilöt kehittämistyön eteenpäin saattamiseksi. Työpajan aluksi opinnäytetyöntekijöiden Powerpoint-esitykseksi laatimaa hoitopolkua käytiin läpi kohta kohdalta ja tarvittavat muutokset tehtiin yhteisen keskustelun pohjalta.

Uutta hoitopolkua muokattiin tunnin ajan työryhmässä opinnäytetyöntekijöiden johdolla. Muutamia kohtia jätettiin vielä keskeneräiseksi ja niistä kysyttiin myöhemmin mielipidettä diabeteksen erikoislääkäriltä sekä terveyskeskuksen ylilääkäriltä. Hoitopolun viimeistelyn jälkeen kutsutut henkilöt saapuivat ja työryhmän yksi jäsen esitti laaditun tuotoksen koko ryhmälle. Kutsuttuna henkilönä oli itse diabetesta sairastava henkilö, joka kertoi omia kokemuksiaan diabeteksen hoidosta ja sen toteutumisesta. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijät, työryhmä ja osastonhoitaja sopivat kehittämistyön etenemisen vastualueet ja aikataulun työn jatkumon turvaamiseksi. Lisäksi sovittiin, että opinnäytetyön tekijät käyvät esittämässä työn myöhemmin ylihoitajalle ja ylilääkärille sekä pitävät kesällä koulutusta henkilökunnalle hoitopolun käyttöön liittyen. Työpajan lopuksi työryhmän osallistujille annettiin täytettäväksi arviointilomake (liite 3), joka palautettiin ennen työpajasta poistumista.



## 5.7 Kehittämispöcessin arviointi

Kehittämistöimintaa voidaan organisoida projektilla, jonka tavoitteena on toteuttaa muutos. Projekti sisältyy kehittämispöcessiin, joka on ainutkertainen, ajattelua, havainnointia ja toimintaa sisältävä yksilöllinen tapahtumien ketju. Pöcessin arviointi on parhaimmillaan jatkuvaa seurantaa ja palautteiden käsittelyä pöcessin kaikissa vaiheissa. Projektiarviointia suoritetaan kuitenkin usein tavoitteiden ja saavutusten perusteella projektien loppuvaiheessa. Suunnitelmallisella projektin aikaisella arvioinnilla voitaisiin vahvistaa kehittämistyön tavoitteellista, tietoista ja oppivaa toteuttamista. Itsearviointin ja omaehtoisen arvioinnin avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää jo kehittämistöiminnan aikana. (Vataja & Seppänen-Järvelä, 2009, 217–221.)

Kehittämistöiminnassa arviointi on merkittävä osa-alue, sillä sen tehtävänä on ohjata kehittämispöcessia ja tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta (Ojasalo ym. 2014, 47–48; Toikko & Rantanen 2009, 82). Toikon ja Rantasen (2009, 61) mukaan arviointi on kehittämispöcessin solmukohta, koska siinä puntaroidaan pöcessin eri vaiheita. Pöcessiarvioinnissa korostetaan kehittämispöcessissa esille nousseet onnistumiset ja epäonnistumiset. Lisäksi pöcessiarvioinnissa tehdään näkyväksi oppimiskokemukset.

Vatajan ja Seppänen-Järvelän (2009, 222) mukaan arviointisuunnitelmassa projektin teorialla viitataan kehittämisen taustalla oleviin vaikutusolettamuksiin. Kehittämistehtävässä suoritettiin arviointia jo tehtävän suunnitteluvaiheessa. Arviointiin sisältyi tarkka kehittämisen tarpeen analysointi ja kehittämistulosten mahdollinen merkitys asiakkaille ja työyhteisölle. Kehittämistarvetta arvioitiin lisäksi aiheeseen liittyvällä tiedonhaulla aiempia tutkimuksia ja projektiraportteja hyödyntämällä. Työpajoissa käytetyt osallistavat kehittämismenetelmät arvioitiin työryhmään osallistuville henkilöille sopiviksi. Menetelmien valintaan vaikuttaa kehittämistyöhön osallistuvien henkilöiden sekä organisaatiokulttuurin tunteminen (Vataja & Seppänen-Järvelä 2009, 228).

Alkukartoituksen suunnitteluvaiheessa arvioitiin sitä, mitä tietoa tarvitaan diabetksen hoidonohjauksen kehittämiseksi terveyskeskuksen vastaanotolla. Tämän

arvioinnin perusteella syntyi kyselylomake, jonka avulla saatiin kerättyä hyvin tietoa työryhmätyöskentelyn taustalle. Kehittämistyöryhmään osallistuvien henkilöiden valinta tehtiin yhdessä osastonhoitajan kanssa. Työryhmään haluttiin osallistaa ammattihenkilöitä, jotka tekevät diabetesohjaustyötä kaikilta kolmelta terveystasemalta. Työkokemuksen pituus ja sitoutuminen työhön arvioitiin kehittämistyön kannalta tärkeäksi ja ne olivat työryhmään valinnan perusteena. Työryhmästä rajattiin pois lähihoitajat, koska hoidonohjaus ei kuulu heidän toimenkuvaansa. He suorittavat diabeteksen hoidon tarpeen arviointia, joten heidät osallistettiin kehittämiseen vapaamuotoisella haastattelulla, jolla haluttiin kerätä tietoa kehittämistarpeesta heidän työnkuvansa kautta.

Kehittämisen prosessin eri vaiheissa voidaan hyödyntää neuvottelevaa arviointia, jossa sovitellaan näkemyksiä ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä (Toikko & Rantanen 2009, 84–85). Tässä opinnäytetyössä neuvottelevaa arviointia suoritettiin koko kehittämisen prosessin ajan ja välittömästi työpajojen jälkeen tapahtuvana toiminnan reflektiona, jolloin omaa toimintaa arvioitiin kriittisesti ja pohdittiin avoimesti vaihtoehtoja omalle toiminnalle. Ensimmäisen työpajan jälkeen arviointiin osallistui myös kehittämistehtävän työelämäohjaaja. Arvioinnin avulla kehittämisen prosessin etenemistä muokattiin tarvittaessa. Viimeisessä työpajassa suoritettiin palautekysely työryhmätyöskentelyyn osallistuneille henkilöille prosessin kokonaisarviointia varten. Arviointia helpottivat toiminnasta pidetyt päiväkirjat ja muistiinpanot sekä kirjallinen materiaali, jota tuotettiin työpajoja varten.

## **6 Opinnäytetyön tulokset ja tuotokset**

### **6.1 Asiakslähtöisyys ja sen kehittäminen diabeteksen hoidossa**

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli tuottaa tietoa siitä, millaisia näkemyksiä sairaanhoitajilla on asiakslähtöisestä diabeteksen hoidonohjauksesta, mitkä tekijät tukevat ja edistävät asiakslähtöistä työskentelyä ja mitä kehittämistarpeita diabeteksen hoidossa on. Tietoa tuotettiin sairaanhoitajille koh-

dennetulla lomakekyselyllä. Seuraavissa luvuissa käsitellään alkukyselyn tulokset ja tuotoksena laadittu diabeteksen hoitopolkumalli terveyskeskukseen.

### **6.1.1 Sairaanhoidtajien näkemyksiä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta**

Kysymyksellä asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidonohjauksesta haluttiin selvittää sairaanhoidtajien näkemyksiä aiheesta. Kysymys koettiin tärkeäksi, koska asiakaslähtöisyyttä pidetään usein hoidonohjauksen lähtökohtana ja se kuuluu sairaanhoidtajien eettisiin periaatteisiin. Sairaanhoidtajan tehtävänä on hoitaa jokaista potilasta yksilöllisen hoitotarpeen mukaan ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. (Sairaanhoidtajaliitto 2014.) Asiakaslähtöisyys on käytännössä käsitteenä moniulotteinen ja terveydenhuollon henkilöstön on hankala ymmärtää sen merkitys (Hyvärinen 2011, 71).

Alkukyselyssä asiakaslähtöisen diabeteksen hoidonohjauksen keskeisimmiksi asioiksi sairaanhoidtajien vastauksista nousivat

- asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen tunnistaminen ja hoidon yksilöllinen suunnittelu, arviointi ja toteutus
- vuorovaikutus.

Sairaanhoidtajien vastauksista tuli esille, että asiakaslähtöisyys on diabeteksen hoidossa asiakkaan tarpeiden ja toiveiden kartoittamista ja hoidon suunnittelua ja toteutusta asiakas huomioiden. Sairaanhoidtajat olivat kommentoineet asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista näin:

*“Kuunnellaan asiakasta ja yhdessä sovitaan miten toimitaan.”*

*“Ei kaikille kaikkea, vaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka muuttuu tilanteen mukaan.”*

Sairaanhoidtajien näkemykset asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidonohjauksesta ovat samanlaisia kuin monet asiakaslähtöisyyden teoriasta nousevat asiat.

Vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajien mukaan yksi keskeisimpiä asioita asiakaslähtöisyydessä ovat asiakkaan yksilöllisten hoidon tarpeet ja tavoitteet sekä asiakkaan voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen omahoidossa. Hyvärisen (2011, 66–67) mukaan asiakaslähtöisyyden yksi ulottuvuus on ammattilaisen ja asiakkaan välille syntyvä vuoropuhelu, jonka tavoitteena on osallistaa asiakas palvelutapahtumaan sekä asetettuihin tavoitteisiin. Tällä tarkoitetaan tiedon siirtymistä ammattilaisen ja asiakkaan välillä molempia hyödyttävällä tavalla. Sairaanhoitajien vastauksissa tämä näkökulma tuli hyvin esiin. Asiakkaan tarpeiden kuuleminen ja niihin vastaaminen sekä yksilöllisyys hoidossa olivat asiakaslähtöisyyden ydin.

### 6.1.2 Asiakaslähtöisyyttä tukevat ja estävät tekijät

Sairaanhoitajilta kysyttiin heidän näkemyksiään asiakaslähtöisyyttä tukevista sekä estävistä tekijöistä. Kysymyksellä haluttiin selvittää mitkä tekijät sairaanhoitajien työssä lisäävät tai estävät asiakaslähtöisyyden toteutumista. Vastauksissa ilmeni, että keskeisimmät tekijät asiakaslähtöisyyden toteutumiselle liittyvät organisaation resurssointiin ja ohjeistukseen sekä työntekijän osaamiseen ja arvoihin. Asiakaslähtöisyyttä tukivat hyvä ja toimiva vuorovaikutus ja siinä onnistuminen sekä asiakkaalta saatu myönteinen palaute.

Sairaanhoitajien mielestä asiakaslähtöisyyttä tukevia asioita olivat

- organisaation riittävät resurssit
- vuorovaikutus
- työntekijän osaaminen ja arvot.

Sairaanhoitajat vastasivat tähän kysymykseen esimerkiksi näin:

*“Minulla on “lupa” poiketa kaavasta, jos huomaan, että juuri tätä potilasta on parempi hoitaa eri tavalla. Saan tukea kollegoilta potilaan hoidon suunnittelussa ja kehityn siinä itsekkin.”*

*“Hyvät oppaat ja jos tulee hyvä hoitopolku, joka luo kaikille samat käytänteet.”*

Sairaanhoitajat tunnistivat useita merkittäviä asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia, kuten asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittaminen, hoidon kokonaisvaltaisuus, osallistuminen ja vuorovaikutteisuus. Useammassa vastauksessa oli mainittu, että tärkeä edellytys asiakaslähtöisyydelle on riittävän pitkä vastaanottoaika ja mahdollisuus vastaanottoon valmistautumiseen. Lisäksi mainittiin, että asiakaille tulisi tarjota erilaisia ohjaustapoja, esimerkiksi ryhmäohjausta. Toinen keskeinen teema oli vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä. Vuorovaikutukseen liitettiin hyvän hoitosuhteen luominen, omahoitajuus, hoitosuunnitelman laatiminen asiakkaan kanssa yhdessä, työntekijän oman asenteen ja arvojen vaikutus sekä asiakkaalta tuleva myönteinen palaute ja onnistumisen kokemukset. Niemen (2006) tutkielmasta nousivat asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiksi työntekijöiden näkökulmasta yksilöllisyys, valinnanvapaus, perhekeskeisyys, vuorovaikutus ja osallistuminen. Alkukyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien näkemyksissä asiakaslähtöisyydestä on havaittavissa samoja ulottuvuuksia.

Asiakkaiden näkökulmasta asiakaslähtöinen hoitotyö on asiakkaan arvostamista ja kunnioittamista. Hoidon tulisi tapahtua asiakkaan tarpeet ja yksilöllisyys sekä itsemääräämisoikeus huomioiden. Asiakaslähtöisyys on omahoidossa selviytymisen tukemista. Tiedonkulku hoitoon osallistuvien välillä on korostunut. (Virtanen ym. 2011, 20–21; Kujala 2003, 151–152.) Alkukyselyn vastausten perusteella sairaanhoitajat tunnistavat asiakaslähtöisyyden edellytyksiä.

Sairaanhoitajilta kysyttiin, mitkä tekijät estävät asiakaslähtöisen työskentelyn. Asiakaslähtöistä työskentelyä estäviä tekijöitä olivat potilaiden sitoutumattomuus ja motivaation puute sekä työntekijöiden osaamisen vajeet, hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitosuunnitelman puutteellisuus ja henkilökunnan vaihtuvuus.

Keskeisimpiä asiakaslähtöisen työskentelyn esteitä sairaanhoitajien mielestä olivat

- toimiminen organisaation lähtökohdista käsin

- työntekijän osaamisen puute.

*“Ajan puute! Aikoja varataan liian lyhyelle ajalle, kunnollinen ohjaus vaatisi väh 40 min ajan.”*

*“Jos asiakkaan hoidolle ei ole tehty yksilöllisiä hoidon tarpeen arviointia ja tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi ja niiden arviointiin.”*

*“Jos asiakkaalta puuttuu motivaatio toteuttaa omahoitoa.”*

Hyvärisen (2011, 65–66) tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyyden toteutumisen suurimpana haasteena on yksityisen työntekijän tai organisaation toimiminen organisaation lähtökohdista. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaalle tarjotaan palveluita organisaation vakiintuneista käytännöistä käsin eikä asiakkaan palvelutarve tai työntekijän ajankäytön tarve huomioiden. Alkukyselyn aineiston perusteella sairaanhoitajat toivat vahvasti esille asiakaslähtöisyyttä estäväksi tekijäksi liian lyhyet vastaanottoajat diabeteksen hoidonohjauksessa. Lisäksi mainittiin, että kiire haittaa hoidonohjauksen onnistumista ja paneutumista hoidon suunnitteluun. Dehko-raportin (2008, 8) mukaan nämä asiat ovat yleisiä hyvän hoidonohjauksen esteitä ja voivat johtaa ohjauksen muodollisuuteen ja yleisluonteisuuteen. Sairaanhoitajan vastauksissa tuotiin esille, että myös asiakkaat saattavat toimia organisaatiolähtöisesti, joka ilmenee tottumuksena rutiininomaisiin seurantakäytäntöihin.

Lisäksi vastauksissa mainittiin työntekijöiden ohjaustaitojen ja tiedon merkitys hoidonohjauksessa onnistumisessa. Laitila (2010, 143) mainitsee työyhteisön ja esimiehen tuen puutteen yhdeksi syyksi asiakaslähtöisen toiminnan estymiselle. Työnantajalta ja työyhteisöltä tuleva ohjaus ja tuki sekä säännöt ja resurssit vaikuttavat asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Alkukyselyn vastauksissa tuotiin esiin yhtenäisten toimintaohjeistusten puutteet. Potilaasta johtuvia asiakaslähtöisyyden estäviä tekijöitä olivat omahoitoon sitoutumattomuus ja motivaation puute.

Alkukartoituksessa ei selvitetty sairaanhoitajien näkemyksiä siitä toteutuuko asiakaslähtöisyys heidän omassa työssään tai palvelujärjestelmän tasolla. Raution (2006, 78) selvityksen mukaan sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien koulutuksessa on kuitenkin havaittu kehittämisen tarvetta asiakaslähtöisyyden merkityksestä palvelukulttuurissa.

### 6.1.3 Diabeteksen hoidon kehittämistarpeet

Diabeteksen hoidon kehittämisen tarvetta lähestyttiin kolmella avoimella kysymyksellä. Kysymysten sisältö käsitteli hoidon tarpeen arviointia, diabeteksen hoidon ja hoidonohjauksen kehittämistä sekä aikaisemmin käytössä ollutta Joensuun diabeteksen hoitoprosessia. Kysymyksiin vastasi 15 sairaanhoitajaa. Valtakunnallinen Diabeteksen Käypä hoito- suositus (2013) tuo esille hoidonohjauksen olennaiset asiat, joita ovat ohjauksen asiakaslähtöisyys, oikea-aikaisuus, jatkuvuus, suunnitelmallisuus sekä tavoitteellisuus diabetesta sairastavan omahoidon tueksi. Hoitosuosituksen hoidonohjauksesta nostamat näkökulmat tulivat esiin myös sairaanhoitajille tehdyn alkukyselyn vastauksista.

Saatujen vastausten perusteella Joensuun diabeteksen hoitoprosessin kehittämistarpeiksi nousivat asiakkaalle yksilöllisesti tehtävän hoitosuunnitelman käytön tehostaminen jatkohoitosuunnitelmineen, työnjaon selkeyttäminen ja käytäntöjen yhtenäistäminen eri terveysasemilla sekä yhteistyön ja konsultaatiomahdollisuuksien helpottuminen työntekijöiden kesken. Lisäksi toivottiin tasapuolisesti koulutusta kaikille. Sairaanhoitajat kommentoivat hoitoprosessin kehittämistarvetta seuraavasti:

*“Yksinkertaiset, selkeät toimintaohjeet, pystyy hyödyntämään omassa hoitotyössä.”*

*“Kaikille asemille samanlaiset käytännöt.”*

*“Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, hoitaja-lääkäri konsultaatioaikaa useammin.”*

Hoidon tarpeen arvioinnista säädetään Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (1326/2010). Valvira korostaa potilasturvallisuuden vuoksi olevan erittäin tärkeää, että myös normaalissa terveyskeskustoiminnassa hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus. Työnantajan on huolehdittava tehtävän edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta. Alkukyselyn mukaan sairaanhoitajat kehittäisivät diabeetikon hoidon tarpeen arviointia huomioimalla asiakkaan yksilöllisiä tarpeita, hoidon tavoitteiden laatimisella sekä niiden hyödyntämisellä. Yhtenäisiä laboratoriolähetteitä toivottiin hoidon tarpeen arvioinnin helpottamiseksi. Hoidontarpeen arviointia helpottaisivat myös selkeät toimintaohjeet. Toimintaohjeisiin toivottiin muun muassa fraasien käyttöönottoa kirjaamiseen ja verensokerin mitaustulosten tulkitsemiseen liittyvää ohjeistusta. Vastaajat kommentoivat hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistä näin:

*“Voisiko olla jokin/jotkin fraasit, missä olisi tärkeimmät kysymykset mitä olisi hyvä tietää, jotta hoidontarpeen arviointi tulisi tehtyä oikein. Saattaisi helpottaa uusia työntekijöitä.”*

*“Pysähtyä, lukea aikaisempi käynti ja toteutus sen suunnitelman mukaan.”*

*“Kaikille hoitajille, myös lähihoitajille tulisi olla selkeät ohjeet, joista voisi e. pitkän sokerin tai kotimittaustason perusteella ohjata potilas oikean henkilön vastaanotolle ja josta voisi jo ennakoita vastaanottoon tarvittavan ajan.”*

Diabeteksen hyvästä hoidosta on julkaistu useita valtakunnallisia suosituksia, jotka ovat toimineet paikallisten hoitomallien kuvaamisen ja toteuttamisen perustana. Diabeetikoiden näkökulmasta hyvä hoito muodostuu annetun hoidon ja ohjauksen kokonaisvaltaisuudesta, jossa korostuu erityisesti hoito- ja ohjaussuhteen vuorovaikutus. Asiakasnäkökulmasta laatu näyttäytyy ohjaustilanteen kiireettömyytenä, ohjaajan asiantuntemuksena sekä luottamuksena ohjaajan ja ohjattavan välillä. (Dehko-raportti 2008, 8.) Diabeteksen hoidon ja hoidon ohjauksen kehittämiseksi toivottiin sairaanhoitajille koulutusta diabeteksen hoitoon



sekä ohjeita hoidonporrastukseen liittyen. Sairaanhoitajat kommentoivat asiaa muun muassa näin:

*“Selkeät ohjeet hoidonporrastuksesta, hoidon ohjauksen osaluista/jatkohoidosta.”*

Suomen Diabetesliitto on kirjannut diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksittorit (2002), joissa korostuvat yksilöllisyys, tasavertaisuuden kokemus, yksilöllisten tarpeiden, kykyjen ja tunteiden huomiointi ja vastuun antaminen ohjattavalle. Omahoidon tukemiseksi diabeetikot kokevat tarvitsevänsä uusia menetelmiä ja tehostamista. Terveystenhuollon rajalliset vastaanottoressit ovat usein riittämättömiä aitoon kohtaamiseen ja diabeetikon kuunteluun. Riittämättömät resurssit vaikuttavat hoidon jatkuvuuteen, mikä puuttuu monesta organisaatiosta. (Diabetesbarometri 2015, 25.) Asiakkaan omahoidon merkityksen ja vastuun painottaminen sekä luottamus asiakkaan omaan ymmärrykseen omahoidosta nousivat myös sairaanhoitajien vastauksista. He kommentoivat diabeetikon omahoitoa seuraavasti:

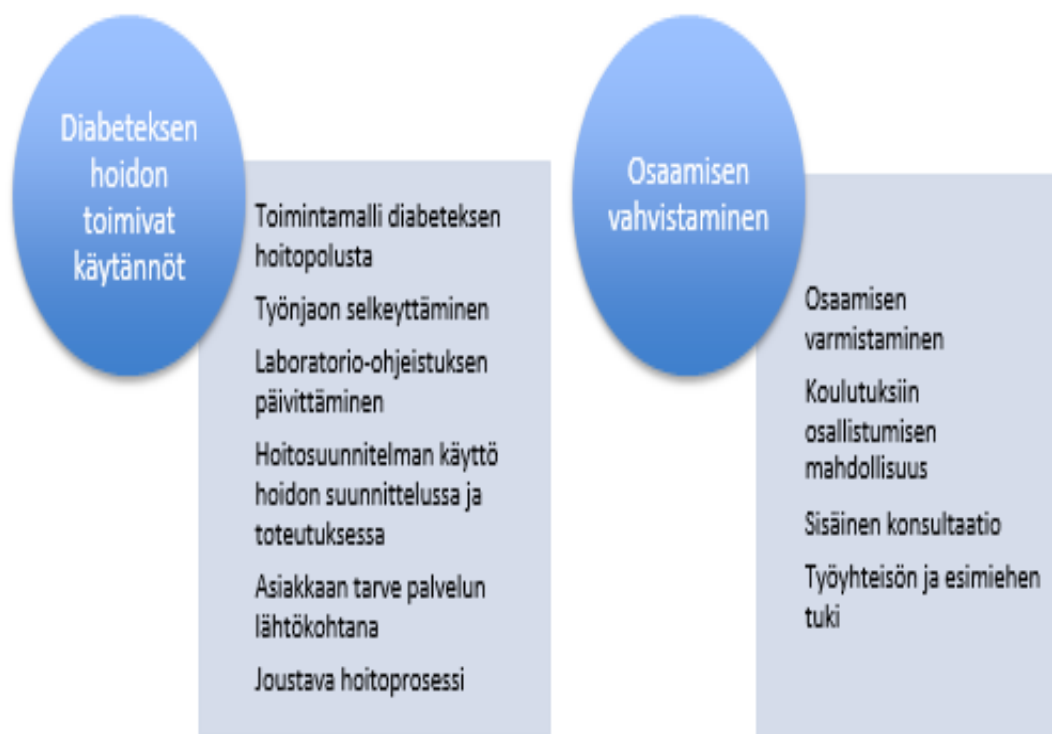
*“Kenties enemmän saisi painottaa omahoidon merkitystä, tuntuu että ohjaus kulminoituu pelkkiin sokeriarvoihin.”*

*“Omahoitoa ja itsehoitoa korostettava, luottamus asiakkaan omaan ymmärrykseen.”*

Yksilöllisyys, hoitosuunnitelman laatiminen, riittävät aikaresurssit ohjaukseen ja konsultoinnin mahdollisuudet tuotiin esille. Näiden teemojen lisäksi yhdessä vastauksessa toivottiin hoitotyön laadun arvostusta. Diabetesbarometrissa (2015, 25) jaetaan vastuuta diabeteksen ennaltaehkäisystä koko yhteiskunnalle. Terveystenhuollon ja yksilöiden toimintakykyä tulee vahvistaa terveyden edistämiseksi ja diabeteksen ehkäisemiseksi. Sairaanhoitajat toivat esiin, että ennaltaehkäisevään työhön pitäisi panostaa aiempaa enemmän. Diabeteksen ennaltaehkäisyä oli kommentoitu näin:

*”Ennaltaehkäisevää työtä pitäisi korostaa eli ohjaukikäynti, jos paastoarvo on koholla, mutta ei täytä vielä diabeteksen kriteereitä”*

Kuvioon 8 on koottu alkukyselystä tuotettu tieto sairaanhoitajien kehittämisehdotuksista diabeteksen hoitoon, hoidonohjaukseen ja hoitoprosessiin liittyen. Diabeteksen hoidon toimivat käytännöt sisältävät hoitopolun ja hoito-ohjeiden päivittämisen, työnjaon selkeyttämisen, hoitosuunnitelman hyödyntämisen asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa ja asiakaslähtöisyyden parane-  
misen näiden tekijöiden vaikutuksesta. Osaamisen vahvistaminen sisältää osaamisen varmistamista, riittävän koulutuksen mahdollistamisen, sisäisen konsultaation sujuvuuden ja työyhteisön ja esimiehen tuen.



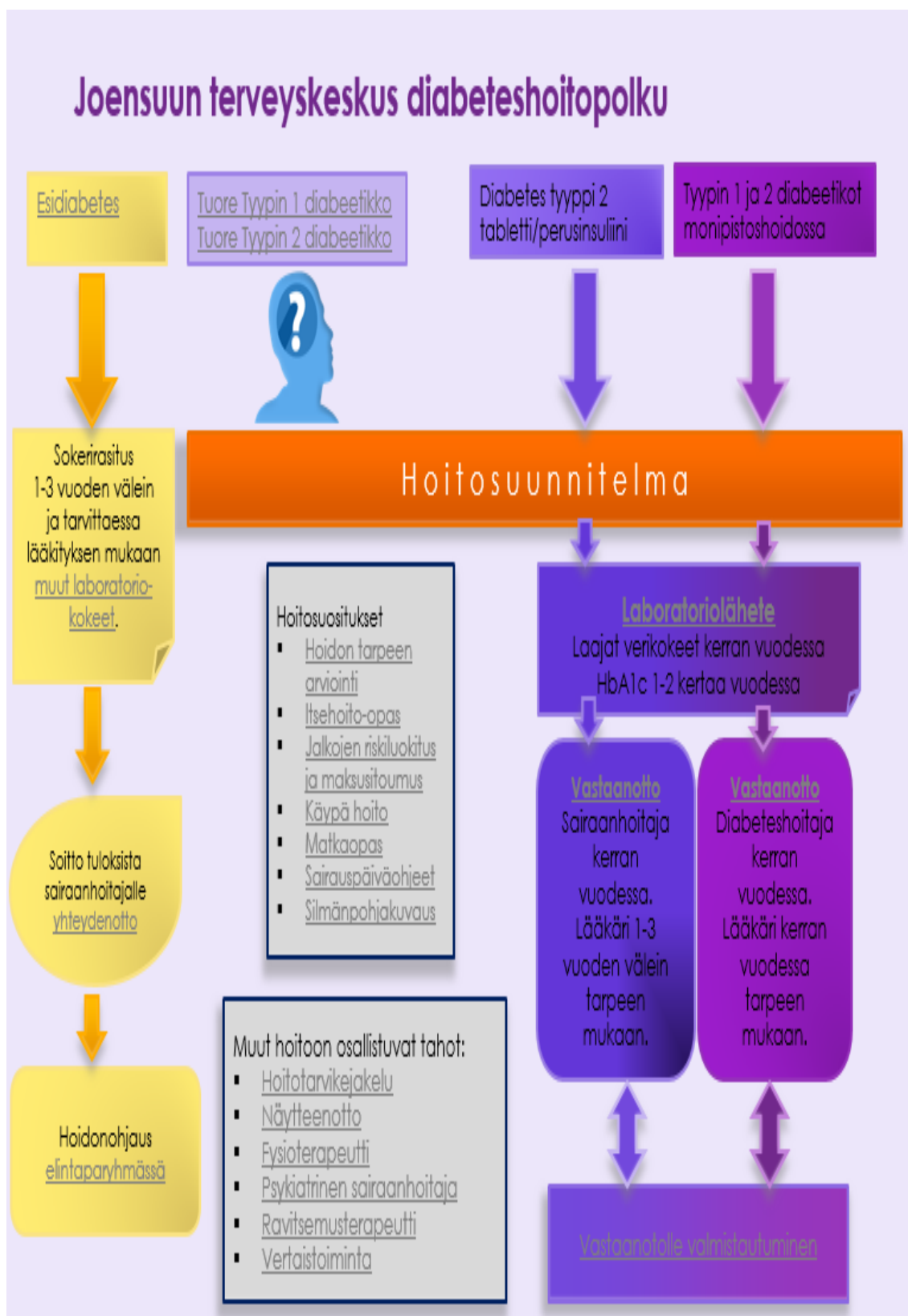
Kuvio 8. Sairaanhoitajien kehittämisehdotukset.

Alkukyselyn keskeisimpinä teemoina nousivat esiin diabeteksen hoidon toimivat käytännöt sekä osaamisen vahvistaminen. Kyselylomakkeen lopussa oli mahdollisuus esittää vapaita kommentteja aiheeseen liittyen. Useissa kommentteissa kehittämistyön aihe koettiin tärkeäksi. Toivottiin ryhmäohjausta hoidonoh-

jaukseen sekä ohjausmateriaalia ja koulutusta riittävästi. Diabeteshoitajan konsultaatiota varten aikaa toivottiin sekä yleisesti toisen hoitajan ammattitaidon hyödyntämisen mahdollisuutta. Suunnitelmallinen hoitokäytäntöjen kertaus ja päivitys tuotiin esille. Näiden tietojen pohjalta kehitettiin asiakaslähtöinen diabeteksen hoidon toimintamalli terveyskeskuksen vastaanotoille Joensuun kanta-kaupungin alueelle.

## **6.2 Asiakaslähtöinen diabeteksen hoidon toimintamalli**

Seuraavaksi on kuvattu kehittämisprosessin aikana laadittu uusi toimintamalli diabeteksen hoitopolusta Joensuun terveyskeskuksessa vastaanotoilla. Toimintamalli luotiin alkukartoituksessa hankitun tiedon, työryhmätyöskentelyn ja aikaisempien työkäytäntöjen pohjalta. Toimintamallin ovat hyväksyneet terveysaseman avosairaanhoidon ylilääkäri sekä osastonhoitaja. Toimintamalli otettiin käyttöön kesällä 2016 ja henkilökunnalle pidettiin työpaikkakoulutusta toimintamallin käytöstä ja siihen liittyvästä materiaalista. Toimintamallista luotiin yksi ohjeistus terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja toinen asiakkaita varten. Asiakkaille suunnattu hoidonohjauksen malli tuotettiin ammattilaisten version lisäksi, jotta toimintaa saatiin asiakkaiden suuntaan näkyväksi. Asiakkaille tarkoitettu malli on pelkistetympi versio terveydenhuollon ammattihenkilöstön malliin nähden. Siitä puuttuvat muun muassa ammattilaisille tarkoitettut hoito-ohjeistukset. Asiakkaille suunnattu diabeteksen hoidon toimintamalli julkaistiin Joensuun terveyskeskuksen nettisivuilla.



Kuvio 9. Joensuun terveyskeskuksen diabeteshoitopolku (ammattilaisversio).

Edellä esitetystä kuviossa on kuvattu toimintamalli Joensuun terveyskeskuksen diabeteshoitopolku. Hoitopolku on sähköinen asiakirja, joka sisältää hyperlinkkejä. Linkkeihin on koottu diabeteksen hoidon ja seurannan kannalta merkittäviä tietoja, kuten vastaanoton varaaminen, valmistautumisohjeet laboratoriotarkastuksiin ja vastaanottokäyntiin. Hoitoon ohjautumista eri tahoille määrittää diabeteksen tyyppi sekä asiakkaan diabeteksen hoitoon käyttämä lääkitys ja Mediatri-järjestelmästä löytyvät aiemmat hoitokäynnit.

Hoitopolussa kuvatut diabetestyyppit ovat esidiabetes, tuore tyyppin 1 ja tuore tyyppin 2 diabetes, tablettihoitoinen diabetes tai perusinsuliinihoitoinen diabetes tai monipistoshoitoinen diabetes. Jokaisen asiakkaan hoidon tulisi perustua hoitosuunnitelmaan, joka sisältää hoidon tavoitteet, toteutuksen ja jatkosuunnitelman. Hoitosuunnitelmaa voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa ja sen tulisi olla laadittu jokaiselle yhteistyössä asiakkaan kanssa. Hoitoprosessi lähtee liikkeelle asiakkaan yhteydenotosta terveysasemalle joko paikan päällä, puhelimesta tai netin kautta ajan varaamalla. Mikäli asiakas tulee paikan päälle tai ottaa yhteyttä puhelimitse, tehdään hänelle hoidon tarpeen arviointi. Hoidon tarpeen arvioinnin lähtökohtana on asiakkaan hoidontarve. Diabeteksen seuranta toteutuu huomioiden asiakkaan eriasteinen tuen tarve, diabeteksen hoidossa käytettävä lääkitys ja hoitotasapaino. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle joko varataan aika vastaanotolle, hänelle annetaan kotihoito-ohjeita tai hänet ohjataan internetin omahoitopalveluihin. Nämä asiat on kerrottu hoitopolun sisälle rakennetuissa ohjeissa

Esidiabeteksella tarkoitetaan aikuistyyppin diabeteksen (tyypin 2 diabeteksen) esivaihetta, joka vuosien kuluessa kehittyy varsinaiseksi diabetekseksi. Hoitopolussa esidiabeteksen määritelmä perustuu Duodecimin Terveyskirjaston määritelmään. Kun asiakkaalla on todettu olevan laboratoriossa mitattujen verensokeriarvojen poikkeavaa nousua, on hänellä esidiabetes. Seuranta terveyskeskuksessa tapahtuu laboratoriossa mitattavalla sokerirasituskokeella. Lähetetäisiin tutkimukseen tehdään hoitosuunnitelman tai aikaisemmin mitattujen laboratorioarvojen perusteella. Uusitussa hoitopolussa esidiabeteksen hoidonohjaukset järjestetään elintaparyhmissä yksilöohjauksen sijaan. Elintaparyhmäohjaus si-

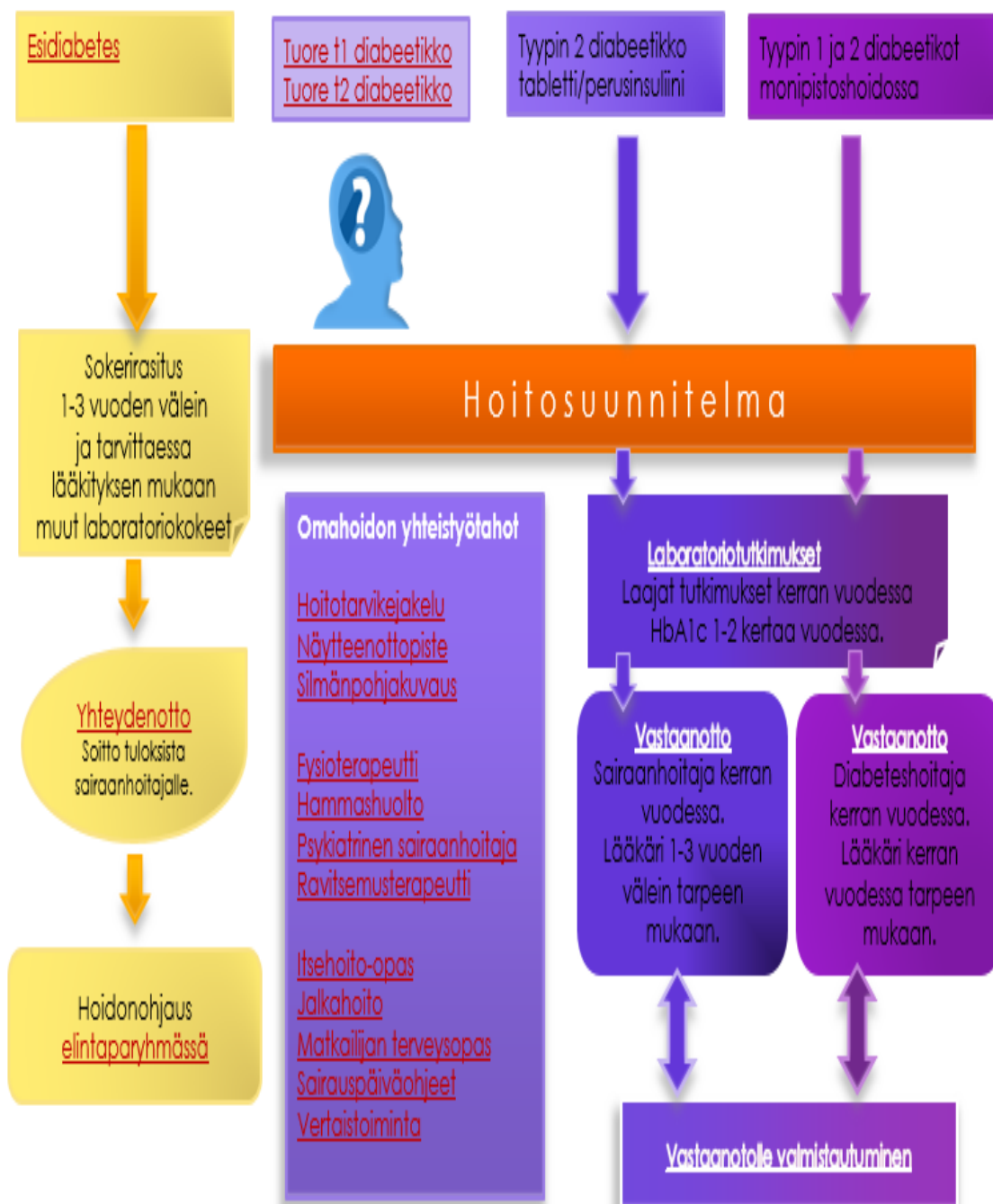
sältää sairaanhoitajan, fysioterapeutin sekä ravitsemusterapeutin alustuksen aiheesta.

Vasta sairastuneiden diabeetikoiden hoito aloitetaan oireiden, voinnin ja löydösten perusteella joko terveyskeskuksessa tai keskussairaalassa. Tuoreen tyypin 1 diabeteksen hoito aloitetaan lähes poikkeuksetta keskussairaalassa. Tuoreen tyypin 2 diabeteksen hoito aloitetaan useimmiten terveyskeskuksessa sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolla.

Tyypin 2 diabeetikot, joiden diabetesta hoidetaan tableteilla tai/ja perusinsuliinilla, ovat terveysasemien sairaanhoitajien ja terveyskeskuslääkäreiden seurannassa. Mikäli asiakkaalla on liitännäissairauksia, huono hoitotasapaino tai muuta vaativampaa hoidonohjauksen tarvetta tapahtuu hoito ja seuranta diabeteshoitajan ja diabeteslääkärin vastaanotolla. Muutoin diabeteshoitaja ja lääkäri hoitavat pääasiassa tyypin 1 diabetesta sairastavia asiakkaita tai tyypin 2 monipistoshoitaisia asiakkaita. Seurantavälit tai otettavat laboratoriotutkimukset näiden lääkehoidossa olevien diabeetikkojen osalta eivät yleensä poikkea. Hoitopolussa on määritelty yleiset ohjeet seurannan toteutuksesta mutta vastaanotokäynnillä asiakkaalle tehdään tarvittaessa uudelleen hoidon tarpeen arviointi ja hänet tutkitaan, annetaan ohjeita ja laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma.

Kuviossa 10 esitetään diabeteksen hoitopolkukaavio, joka on tarkoitettu asiakkaiden käyttöön ja on julkaistu Joensuun kaupungin internetsivulla. Hoitopolkukaavio löytyy terveystalveluiden diabeteksen hoidon osiosta. Asiakkaille tarkoitettu hoitopolkukaavio on pelkistetympi versio hoidon ammattilaisten hoitopolkukaavioon verrattuna.

## Joensuun terveyskeskus diabeteshoitopolku



Kuvio 10. Joensuun terveyskeskuksen diabeteshoitopolku (asiakasversio).

Asiakkaille suunnattu hoitopolku rakentuu diagnoosin ja diabeteksen lääkehoidon perusteella. Kaaviossa on kuvattu diabeetikon seurantakäynteihin liittyvät yleiset ohjeet sekä työnjako terveysaseman hoitohenkilöstön välillä. Kaavio sisältää linkit ajanvaraukseen sekä terveysasemien yhteistietoihin. Tuore tyyppi 1 diabetes -linkki ohjaa asiakkaan erikoissairaanhoidon asiakkaaksi. Tuore tyyppi 2 diabetes -linkistä avautuu hoidon tarpeen arvioinnin ohje. Omahoidon yhteistyötahoihin on kerätty asiakkaan omahoidon toteutuksen kannalta merkityksellistä tietoa, kuten näytteenottopisteen tiedot ja hoitotarvikejakelun sijainti ja aukioloajat sekä tietoa terveysasemilla toimivista palveluista. Alleviivatut kohdat toimivat hyperlinkkeinä tiedostoihin samalla lailla kuin hoidon ammattilaisten versiossa.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Opinnäytetyön tuotosten tarkastelua**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää diabeteksen hoitopolkua asiakaslähtöisemmäksi Joensuun terveyskeskuksessa. Opinnäytetyön kehittämisprosessi toteutettiin yhteistyössä toimeksiantajan Pohjois-Karjalan sosiaali- ja sairaanhoidon kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä Joensuun kaupungin terveyskeskuksen kanssa. Kehittämisprosessin myötä laadittiin diabeetikon hoitopolku, joka selkeyttää, yhtenäistää ja ohjaa terveysasemalla diabeetikoiden kanssa työskentelevien henkilöiden työtä. Toimintamallin kehittämisen tarve nousi kehittämisprosessiin osallistuneiden käytännön työssä havaituista ongelmista ja puutteista diabeteksen hoitoprosessiin liittyen.

Tässä kehittämistyössä asiakaslähtöisyys ilmenee hoitoprosessin kriittisenä tarkasteluna ja kehittämisenä erilaisia asiakkuuksia huomioiden. Asiakaslähtöisyyttä tukeva diabeteksen hoitopolku kehitettiin asiantuntijoista koostuvassa työryhmässä. Asiakaslähtöisen diabeteksen hoidonohjauksen ytimessä on hoidon oikea-aikaisuus, asiakkaan tarpeiden kuuntelu ja ymmärtäminen sekä hoidon suunnitelmallisuus ja eteneminen yksilöllisesti (Dehko-raportti 2008, 6). Ta-



voitteena oli lisätä diabeteksen omahoidon ohjauksen vaikuttavuutta asiakaslähtöisyyttä hyödyntäen sekä yhdenmukaistaa hoitoprosessia tulevat sosiaali- ja terveysalan organisaatiomuutokset huomioiden. Opinnäytetyöntekijät arvioivat kokonaisuudessaan päässeensä näihin tavoitteisiin.

Keskeisimmät kehittämisen teemoiksi tässä opinnäytetyössä nousivat toimivien käytäntöjen kehittäminen diabeteksen hoidossa sekä osaamisen vahvistaminen. Molemmat teemat ovat olennainen osa hyvää diabeteksen hoitoa ja asiakkaan palvelua. Asiakaslähtöisyydessä terveydenhuollossa on kysymys hyvistä kohtaamisista.

### **7.1.1 Toimivat käytännöt diabeteksen hoidossa**

Toimivilla käytännöillä työntekijöiden näkökulmasta diabeteksen hoidossa tarkoitetaan diabeetikon seurantaan (vastaanottokäynnit ja laboratoriotestit), työntekijöiden väliseen työnjakoon, hoitosuunnitelman käyttöön, yhteistyöhön eri ammattiryhmien välillä sekä osaamiseen liittyviä asioita. Jokaisella osalla on merkitystä siihen, että tavoitteeksi asetettu asiakaslähtöinen diabeteksen hoito kehittyy. Kehittämisen myötä luotiin toimintamalli, joka lisää välillisesti asiakaslähtöisyyttä. Toimintaohjeistus vahvistaa työntekijöiden osaamista sekä näkyy asiakkaalle yhdenmukaisena hoidon järjestämisenä ja toteuttamisena. Palvelun läpinäkyvyyden ja avoimuuden lisäämiseksi toimintamalli julkaistiin asiakkaille Joensuun kaupungin nettisivuilla.

Opinnäytetyöntekijät esittivät uuden toimintamallin kehittämisprosessiin osallistettujen terveysasemien hoitohenkilökunnalle kesällä 2016. Opinnäytetyöntekijät ja osastonhoitaja suunnittelivat koulutukset, jotta mahdollisimman moni saisi riittävän opastuksen uuden toimintamallin käyttöönottoon. Ohjauksella ja opastuksella on suurta merkitystä työntekijän kokemukseen omaksua uutta tietoa ja muuttaa omaa toimintaa työssä (Työturvallisuuskeskus 2009, 3). Tarkoituksena oli, että työntekijät oppivat käyttämään mallia ja toimivat jatkossa sen mukaisesti. Koulutuksista saadun suullisen palautteen perusteella toimintamallista oli tehty käyttökelpoinen sekä helposti hyödynnettävä. Hoitopolku on julkaistu Mediatri

potilastietojärjestelmän ohjeissa sekä Joensuun kaupungin internetsivuilla. Uuden hoitopolun mukainen elintaparyhmä aloittaa toiminnan syyskuussa 2016. Toimintamallia on tarkoitus levittää tulevaisuudessa myös maakunnallisesti kaikille diabeetikoiden kanssa työskenteleville.

### **7.1.2 Osaamisen vahvistaminen**

Alkukyselystä nousi esille tarve parantaa uusien työntekijöiden perehdytystä diabeetikoiden hoidonohjauksen osalta. Lisäksi kaikille työntekijöille tulisi tarjota koulutusta osaamisen ylläpitämiseksi. Jatkossa uusille sairaanhoitajille järjestetään mahdollisuus päivittää osaamistaan diabeetikon hoidonohjauksessa kokeneen sairaanhoitajan tai diabeteshoitajan kanssa yhdessä työskennellen. Kehittämistehtävän myötä myös diabeteksen hoidossa käytettävän osaamispassin suunnittelutyöt ovat edenneet. Diabeetikon hoidonohjauksen osaamispassi tullaan näillä näkymin laatimaan yhdessä erikoissairaanhoidon diabetespoliklinikan kanssa ja koskemaan kaikkia diabeetikoiden hoitoon osallistuvia hoidon ammattilaisia.

Tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa tulisi kiinnittää huomiota itsenäistä vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien osaamisen vahvistamiseen, sillä osaaminen on kilpailuetu ja työntekijöiden työhyvinvoinnin kannalta merkityksellinen asia (Hyvärinen 2012, 66). Itsenäinen terveysasemien vastaanotoilla tehtävä työ on vaativaa asiantuntijatyötä. Alkukyselyssä sairaanhoitajat ilmaisivat tarpeen saada enemmän koulutusta sekä kollegiaalista tukea päätöksentekoon ja diabeteksen hoidonohjaukseen. Yksi osaamisen vahvistamista tukeva keino on laatia sairaanhoitajille osaamiskartoitukset ja osaamisstrategia, jossa määriteltäisiin tarvittavat osaamisalueet ja keinot niihin pääsemiseksi. Laajemmin ajateltuna osaamispääoman johtamisen prosessi lähtee organisaation visioista ja tavoitteista ja tulevaisuuden osaamistarpeita. Yksittäisen työntekijän osaamishaasteet määräytyvät työtehtävien tavoitteista ja henkilökohtaisista tavoitteista. Osaamispääoman kehittämisen toimenpiteitä voidaan seurata etukäteen asetettujen tavoitteiden mukaan niitä kuvaavien mittareiden avulla (Ojala 2008, 87–92.) Viitala (2008, 87) määrittelee osaamisen kehittämisen kolmivaiheiseksi prosessiksi, jossa määritellään osaamisen kehittämisen toimenpiteet. Osaami-

sen kehittämisprosessi alkaa osaamisen tunnistamisesta ja määrittelystä. Seuraavassa vaiheessa osaamista arvioidaan ja määritellään tulevaisuuden tarpeet huomioiden. Vastaanottotyössä tarpeet tulee nähdä asiakkaiden näkökulmasta ja organisaation toiminta huomioiden. Viimeinen vaihe on osaamisen kehittämisen toimenpiteet, joita ovat esimerkiksi vastaanottotyössä mentorointi ja työpaikkakoulutus.

## 7.2 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyön suunnittelu ja aiheeseen perehtyminen aloitettiin opintojen ensimmäisenä lukukautena ja toteutusvaihe suoritettiin neljäntenä lukukautena. Opinnäytetyöntekijöiden perusopinnoissa tehdyt työelämälähtöiset opinnäytetyöt auttoivat jonkin verran työn pitkäjänteisyyden hahmottamisessa. Parityöskentely koettiin sopivana työskentelymuotona alusta lähtien monella tapaa. Kehittämistyön työvaiheissa tekemistä jaettiin osaamisen ja mielenkiinnon mukaan ja koko prosessin ajan käytiin reflektiivistä keskustelua. Opinnäytetyön kehittämisympäristö oli molemmille tuttu, työhön sai tarvittaessa vertaistukea ja uusia näkökulmia pohdittavaksi. Opinnäytetyöntekijät pohtivat raportin kirjoittamisvaiheessa, olisiko työn tuloksesta tullut erilainen, mikäli kehittäjillä ei olisi aikaisempaa osaamista diabeteksen hoidosta tai jos toimintaympäristö olisi ollut toisessa kaupungissa. Toisaalta opinnäytetyö oli onnistunut kokonaisuus, joten toimintaympäristön ja diabeteksen hoidon tunteminen olivat eduksi. Opinnäytetyö on merkityksellinen hoitotyön laadun näkökulmasta, koska diabeteksen hoidon kehittämisen tarve on tuotu esiin sairaanhoitajille tehdyssä alkukyselyssä. Opinnäytetyöntekijät oppivat kehittämisprosessin aikana paljon. Pitkäjänteinen kehittämisprosessin suunnittelu ja toteuttaminen antoivat tietoa ja taitoa toteuttaa jatkossa vastaavanlaisia hankkeita. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tarkoituksena sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen tutkinnossa onkin antaa valmiuksia vaativaan asiantuntijatyöhön johtamiseen ja kehittämisen saralla (Valtioneuvostonasetus 352/2003).

Opinnäytetyön onnistumista tukivat kehittämisprosessin tarkka aikataulutus ja sen noudattaminen, perusteellinen suunnittelu ja refleктоiva arviointi opinnäyte-

työntekijöiden sekä yhteistyötahon kanssa sekä hyvät käytännön järjestelyt työryhmätyöskentelyn onnistumiseksi. Onnistumista tukivat myös opinnäytetyöntekijöiden vahva perusterveydenhuollon osaaminen ja työkokemus diabeteksen hoidosta. Opinnäytetyön haasteena oli työpajojen ajankäytön vähäiset resurssit, opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus kehittäjänä sekä aihepiiriin kuuluvat hankalasti käytännön työssä ymmärrettävät käsitteet, kuten asiakaslähtöisyys ja asiakkuus. Käsitteiden hankaluuteen liittyy se, että asiakaspalvelu toteutuu terveydenhuollossa pitkälti organisaation asettamien tavoitteiden ja ohjeistusten mukaisesti (Virtanen ym. 2011, 12).

Kehittämistoiminnassa hyödynnetään monenlaista tietoa. Tieteellisen tiedon lisäksi siihen liittyy hiljaisen tiedon käyttö. Hiljainen tieto voi olla esimerkiksi ammattilaisen käsitys toiminnan tuloksellisuudesta, vaikka tieteellistä näyttöä alalle ei voida esittää. (Toikko & Rantanen 2009, 40–41.) Terveystieteiden huollossa pitkään toimineilla ammattilaisilla on käytössään laaja kokemuksellinen tieto- ja taitovaranto. Tiedon käyttö ilmenee kokeneen työntekijän toiminnassa äänettömänä osaamisena tai taitona, hiljaisena tietona. (Kurtti 2012, 40–41.) Opinnäytetyön tekijöiden kokemustiedosta huolimatta aiheeseen tutustuminen vei runsaasti aikaa. Erityisesti aiheeseen liittyvä asiakkuuksien segmentointi on julkisessa terveydenhuollossa vieras käsite. Sen avaaminen ja toimintana jalkauttaminen tuntuivat haasteelliselta. Asiakaslähtöisyyden toteutumisen yksi merkittävä estävä tekijä on työntekijöiden pelot ja asenteet. Asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämistä kohtaan on epätietoisuutta siitä, mitä se merkitsee käytännössä omassa työssä tai ammattiryhmien ja ammattilaisten sekä potilaiden välillä. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 22–24.) Opinnäytetyöntekijät joutuivat pohtimaan näitä seikkoja ja asiakaslähtöisyyteen liittyvien muutosten saavuttamisen mahdollisuutta. Miten merkittävä asia on asiakastyytyväisyyden saavuttaminen?

### **7.3 Kehittämismenetelmien tarkastelua**

Opinnäytetyön lähestymistapana kehittävä työntutkimus oli sopiva, sillä pyrki myksenä oli kehittää työyhteisön toimintaa. Kehittävässä työntutkimuksessa työn kehittämisessä erotetaan toisistaan työhön liittyvät eri osatekijät, kuten

työntekijä, väline, kohde ja tulokset. Näiden toimintaa analysoidaan yhdessä ja erikseen työn uudelleenarvioimiseksi ja tuloksen parantamiseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 31–32.) Kehittämismenetelmän valinnalla oli merkitystä myös siinä, että kehittämisprosessin tuotoksena laadittu toimintamalli oli käytännönläheinen ja se otettiin käyttöön heti valmistumisen jälkeen.

Alkukyselyn onnistumisella ja siitä saaduilla tuloksilla oli suuri merkitys kehittämisprosessin toiminnan ja tuotoksen kannalta. Kyselyn vastausprosentti oli 63 % ja sen todettiin olevan riittävän kattava otos. Opinnäytetyöntekijät arvioivat, että osastonhoitajan antamalla ohjeistuksella kyselyyn vastaamisesta oli merkitystä ja mahdollisesti osa jätti vastaamatta kyselyyn, koska kaikkien vastaanotujen sairaanhoitajien työtehtäviin ei kuulu diabeetikkojen hoidonohjaus. Alkukyselyn tuloksissa tarkasteltiin sairaanhoitajan vastauksista ilmenneitä näkemyksiä asiakaslähtöisyydestä, sitä tukevista ja estävistä tekijöistä sekä kehittämistarpeista. Keskeisimmät teemat olivat toimivat käytännöt sekä osaamisen vahvistaminen. Kyselyn sijaan haastattelemalla tai havainnoimalla sairaanhoitajien työtä olisi voinut saada tarkempaa tietoa asiakaslähtöisestä diabeteksen hoidosta ja sen toteutumisesta. Kyselylomakkeen testaamiseen ja kysymysten asetteluun olisi tullut kiinnittää enemmän huomiota, sillä jälkikäteen huomattiin, että yksi kysymys oli esitetty kahteen kertaan. Kyselyllä olisi voitu hakea vielä tarkempaa tietoa asiakaslähtöisyyden toteutumisesta, toisaalta opinnäytetyöntekijöiden mielestä asiaa tulisi jatkossa kartoittaa erityisesti asiakkaan näkökulmasta.

Kehittämisprosessin toiminnan vaihe koostui kolmesta työpajasta, joihin osallistujat valittiin kolmelta terveysasemalta ja valinnassa painottui työkokemus diabeetikkojen hoidonohjauksesta. Kaikilla osallistujilla ei kuitenkaan ollut pitkä työkokemus, vaan laajemman näkökulman saavuttamiseksi ryhmään haluttiin eri-ikäisiä ja erilaista työkokemusta omaavia henkilöitä. Työryhmätyöskentelyn onnistumista ennakoitiin hyvällä suunnittelulla ja sillä todettiin olleen merkitystä onnistumisen kannalta. Opinnäytetyöntekijöiden tarkan suunnittelun lisäksi työpajojen onnistumiseen vaikutti kaikkien työryhmän jäsenten osallistuminen lähes jokaiseen työpajaan. Työntekijät saivat osallistua kolmeen tapaamiskertaan työaikana ja työnantaja tuki suunnittelua työvuorosuunnittelulla ja tiedotta-

malla tapaamisista etukäteen. Merkittävä rooli tässä oli osastonhoitajalla, joka kertoi tulevasta työryhmätyöskentelystä useammassa kokouksessa ennen sen toteuttamista ja mahdollisti työntekijöiden osallistumisen niihin. Työryhmään osallistumisessa korostettiin vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta osallistua oman työn kehittämiseen. Työelämässä on jatkuvasti muutoksia ja kehittämisuupumus työntekijöiden keskuudessa on yleistä (Seppänen-Järvelä & Vataja 2011, 17–18). Edellä mainittu pyrittiin huomioimaan koko kehittämisprosessin ajan ja kehittämismyönteisyyttä ylläpidettiin positiivisella palautteella sekä myönteisellä ja kannustavalla ilmapiirillä.

Työpajat oli aikataulutettu kahdelle kuukaudelle, kahden viikon välein. Opinnäytetyön tekijät eivät tehneet liian tarkkaan ohjelmaa kaikkiiin työpajoihin ennakkoon vaan työryhmän tarkka ohjelma tehtiin sen jälkeen, kun edellinen työryhmä oli pidetty. Työpajan ohjelmassa otettiin huomioon edellisen työpajan toteutuksen ja tuotosten onnistumiset ja kehittämistarpeet. Tämä oli opinnäytetyöntekijöille aikaa vievää mutta toisaalta hyvin antoisaa ja työpajojen ohjelma sujui täsmällisesti mutta vapaassa tunnelmassa. Opinnäytetyöntekijät huomasivat, että keskusteluun ja ryhmittöihin olisi pitänyt varata enemmän aikaa, toisaalta osa ryhmätehtävistä sujui osalla arveltua nopeammin. Työpajatoiminnan koettiin työnkehittämisen muotona loistavana tilaisuutena asiantuntijoille jakaa tietoaan ja reflektoida omaa toimintaa sekä haastaa omia käytäntöjä. Opinnäytetyöntekijän rooli herätti ajoittain ristiriitaisia tunteita ryhmään kuulumisesta ja vastuusta, joka toimeksiannossa koettiin olevan.

Kehittämisprosessin arviointivaihe koostui prosessin jatkuvasta reflektoinnista ja dialogista opinnäytetyöntekijöiden kesken. Prosessia arvioitiin palautekeskusteluissa opinnäytetyön käytännön työelämän ohjaajan kanssa. Alkukartoituksesta saatuja tuloksia arvioitiin niiden aukikirjoittamisen yhteydessä ja todettiin, että sille asetetut tavoitteet täyttyivät. Saatujen vastausten perusteella arvioitiin, että kehittämistehtävä oli tärkeä ja ajankohtainen. Keskeisimmät kehittämisen kohteet muodostuivat hoitajien antamista vastauksista selkeästi. Työryhmätyöskentelystä pyydettiin osallistujilta kirjallinen arviointi viimeisellä tapaamiskerralla. Arvioinnin palautti yksitoista osallistujaa.

Arvioinnin perusteella kehittämisprosessi oli hyvin onnistunut kokonaisuus. Työryhmältä saadun palautteen mukaan onnistuneeksi kehittämisprosessin tekivät aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys, onnistunut aikataulut, hyvät järjestelyt ja vetäjät, yhdessä tekeminen ja osallistujien aktiivisuus. Kehittämisprosessin vahvuutena mainittiin työryhmän ammattitaito ja eri ammattiryhmien mukana oleminen eri terveysasemilta, jolloin asioita voidaan pohtia useista näkökulmista ja saada hyviä ideoita toisilta. Ryhmän pienuus ja tuttuus koettiin vahvuutena, samoin ryhmätöiden tekeminen, jolloin jokainen joutui osallistumaan ja miettimään asioita.

Kehittämisprosessin kehittämiskohteena tuotiin esille työpajojen kokoontumiskertojen välin pidentäminen, jotta tehtyä kehittämistyötä olisi voinut käytännössä kokeilla ja arvioida. Työryhmän tapaamiskertojen väli oli kaksi viikkoa. Yksi vastaajista olisi toivonut ensimmäisen työpajan sisältöä napakoitettavan ja yksi vastaaja toivoi sähköistä palautteen antamisen mahdollisuutta. Kuusi vastaajaa ei nähnyt prosessissa mitään kehittämisen tarvetta. Opinnäytetyöntekijöille aikataulu oli sopiva, edellisen työpajan asiasisällöt ennätettiin työstää ja valmistella seuraava työpaja huolella. Toisaalta pidemmällä väleillä pidetyt työpajat olisivat mahdollistaneet työryhmäläisille käytännön harjoitteiden ja kirjallisten tehtävien teettämisen työpajojen tuotoksiin liittyen.

Työpajatyöskentelyssä käytettyjä menetelmiä arvioitiin hyviksi ja toimiviksi, kaikki annetut palautteet olivat myönteisiä. Erityisesti ryhmässä tekemisen merkitys korostui ja pienryhmätyöskentelyä pidettiin hyvänä. Vapaan sanan osiossa kahdeksan vastaajaa oli tyytyväinen työpajan toteutukseen ja antiin. Muutosta aiempaan tapaan tehdä työtä toivottiin, sekä muutoksen seurantaa ja arviointia jatkossa. Aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys nostettiin uudelleen esiin sekä keskustelua aiheeseen liittyen pidettiin tärkeänä ja onnistuneena asiana.

Kehittävässä työntutkimuksessa haasteellista on se, että työssä tapahtuvan kehityksen rytmi ja kehittämishankkeen rytmi eivät osu vaivattomasti yhteen (Engeström 2002, 230.) Tässä opinnäytetyössä kehittämisprosessi oli melko tarkasti aikataulutettu. Työryhmätyöskentelylle oli aikataulun osalta raamit, mutta sisällölle jätettiin enemmän aikaa sen mukaan miten kehittäminen eteni. Kehit-

tämistuotoksen jalkauttaminen pyrittiin varmistamaan sillä, että opinnäytetyöntekijät kiersivät esittelemässä sen ja pitämällä koulusta aiheesta. He eivät kuitenkaan samanaikaisesti työskennelleet kentällä tai pystyneet varmistamaan täysin kehittämistyöntuloksia eivätkä vaikuttamaan yksittäisen työntekijän työnteon muuttamiseen. Tuotoksen esittely osui kesälomien aikaan, joten kaikki työntekijät eivät päässeet paikalle koulutuksiin. Toimintamallin käyttökelpoisuutta, hyödyllisyyttä ja toimivuutta olisi voinut arvioida ja ottaa vastaan laajemmin kehittämisehdotuksia, mikäli sille olisi varattu aikaa. Toimintamallia ja kirjallista asua hiottiin kahden kuukauden ajan ensimmäisen version esittämisestä. Opinnäytetyöntekijät huomasivat, että yhtenäisen ohjeistuksen tekeminen on aikaa vievää. Laadittua toimintamallia on mahdollista kehittää jatkossa sen käytössä syntyvien kokemusten pohjalta.

#### **7.4 Asiakkuuksien johtamisen merkitys**

Johtamista pidetään organisaation menestyksen keskeisenä tekijänä ja asiakaskokemusten johtamista keskeisenä strategisena kysymyksenä (Juuti 2015, 50). Huonoksi koettu asiakaspalvelu, epäonnistunut vuorovaikutus, heikentää luottamusta palvelujärjestelmään aiheuttaen mielipahaa ja lisäkustannuksia ylimääräisten yhteydenottojen ja vastaanottokäyntien muodossa. Asiakasymmärryksen kehittäminen vaatii toimivaa tietojohtamista, jotta asiakkaiden kanssa työskentelevältä henkilöstöltä ja työpaikalla tehdyistä kehittämisprojekteista saatu tieto tulee käytännössä hyödynnettyä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden johtamisessa asiakaslähtöinen kehittäminen tapahtuu työn organisoimalla. Huomio kiinnittyy yhteistoimintaan, työprosesseihin ja toimintatapoihin. (Virtanen ym. 2011, 50–51.)

Alkukyselystä nousi esille, että esimerkiksi terveysasemilla on erilaisia ohjeistuksia ja omia sovelluksia diabeteksen hoitoon liittyvistä asioista. Mikäli työntekijöiden toimintatavat ovat erilaisia, sillä on merkitystä hoidon laadun ja palvelun sujuvuuden kannalta. Asiakkuuksien johtamista voidaan Virtasen ja kumppaneiden (2011, 51) mukaan tarkastella prosessina, jossa liikkeelle lähdetään ennakoinnista, asiakastarpeen ymmärryksestä ja määrittelystä, hiljaisten signaalien ja tilastojen tarkastelusta. Johtamisessa korostuu tiedonhallinta ja sen poh-



jalta tehdyt kehittämissuunnitelmat ja -toimenpiteet. Ennakointiin liitetään myös asiakaspalautejärjestelmän luominen ja sieltä saadun palautteen hyödyntäminen korostuu. Prosessi etenee asiakaslähtöisten palveluiden suunnittelulla, strategisilla linjauksilla ja resurssien järkevällä kohdentamisella. Palvelujen tuottamisen yhteydessä asiakasrajapintoja tulkitaan ja toimintaa analysoidaan jatkuvasti. Raportoinnissa asiakastietoa pyritään tuomaan esiin ymmärrettävässä muodossa, jotta toimintaa ja asiakkuuksia voidaan arvioida ja jatkokehittää. Eriytyisen tärkeänä asiakkuuksien johtamisessa pidetään toiminnan ennakointia ja tulosten arviointia.

### **7.5 Tutkivan kehittämistoiminnan luotettavuus ja eettisyys**

Tutkivan kehittämistoiminnan luotettavuus kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Tutkimuksellisten asetelmien osalta kehittämistoiminnan luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin perusteella. Laadullisessa tutkimusorientaatiossa luotettavuutta kuvataan käsitteellä vakuuttavuus, jota kehittämistoiminnan tulosten käyttökelpoisuus vahvistaa. (Toikko & Rantanen 2009, 121–125.) Luotettavuuden osatekijöitä ovat lisäksi sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Tässä kehittämistehtävässä sisäistä validiteettia tarkasteltiin käytettyjen käsitteiden ja tehtyjen valintojen johdonmukaisuuteen liittyen. Opinnäytetyössä käytettyjä keskeisiä käsitteitä ja kehittämismenetelmiä arvioitiin keskusteluissa työelämäohjaajan ja ohjaavan opettajan kanssa prosessin eri vaiheissa. Alkukyselyssä asiakaslähtöisyyttä tarkasteltiin ja kehittämistarpeita kysyttiin useammalla kysymyksellä eri näkökulmista ja saadut vastaukset olivat yhdensuuntaisia. Tämän voidaan katsoa lisäävän tulosten reliabiliteettia (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Tuotoksen luotettavuus arvioitiin tässä kehittämistehtävässä hyväksi, koska diabeteksen hoitomalli otettiin käyttöön Joensuun terveyskeskuksen kantakaupungin alueella kesällä 2016.

Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuutta parantaa kehittäjien tarkka selostus prosessin toteuttamisesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 232). Opinnäytetyön

prosessin suunnitteluvaiheesta alkaen pidettiin reflektiopäiväkirjaa ja tehtiin muistiinpanoja tapaamisista yhteistyöhenkilöiden kanssa. Muistiinpanojen avulla prosessin kuvaaminen raportissa onnistui totuudenmukaisesti ja tarkasti. Alkukyselyn vastauksien analysointiin hyödynnettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää. Sisällönanalyysimenetelmän avulla saadaan selkeyttä aineistoon ja pystytään tekemään johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.) Alkukyselystä tuotettu aineisto tuki kehittämisen tarvetta ja auttoi viitekehyksen laatimisessa opinnäytetyössä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu avoimuus, rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tiedonhankinnassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133). Uskottavuuteen on tässä opinnäytetyössä panostettu ja hyvä tieteellinen käytäntö ohjasi opinnäytetyön tekemistä sekä koko kehittämisprosessia tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaisesti.

Vakuuttavuutta, johon liitetään uskottavuus ja johdonmukaisuus pidetään luotettavuuden kriteerinä (Toikko & Rantanen 2009, 123). Vakuuttavuutta ja uskottavuutta kuvaa se, että tähän kehittämisprosessiin osallistuivat vapaaehtoisesti kaikki työryhmään kutsutut henkilöt sekä vastaanottojen esimiehet. Lisäksi alkukyselylomakkeen palautti lähes kaikki, joille kysely lähetettiin. Työryhmään osallistujien määrä ja osallistumishalukkuus osoittivat, että aihe koettiin tärkeäksi ja sen kehittämiseen suhtauduttiin myönteisesti niin työntekijöiden kuin johdon taholta.

Kehittämistyössä tulee kiinnittää eettisyyteen huomioita alusta alkaen. Vastuulliseen kehittämistoimintaan kuuluu aiheen valinnan sekä tutkimuksen ja kehittämisen kohteen tarkka pohdiskelu. Työelämälähtöisessä kehittämisessä korostuu tieteen tekemisen ja kohdeorganisaatioon liittyvät eettiset säännöt ja käytännöt. Terveystieteiden tutkimuksessa potilaiden hyvä on ensisijainen kehittämistoiminnan tavoite. Tavoitteita ohjaa korkea moraali, rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus ja kehittämistyön tulosten on oltava käytäntöä hyödyntäviä. (Ojasalo ym. 2014, 48–49.) Tieteen etiikka muodostuu tutkijan eettisten kantojen vaikutuksesta hänen tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Opinnäytetyöntekijät refleктоivat yhteisten keskustelujen avulla omia eettisiä näkökulmiaan kehittämisprosessin eri vaiheissa kehittämistehtävään liittyen.

Näiden keskustelujen tuloksena vahvistui käsitys siitä, että eettisyys on tässä opinnäytetyössä korkealla tasolla.

## **7.6 Kehittämisprosessin tulosten levittäminen ja kehittämisen jatkumo**

Diabeetikkojen hyvä hoito ja sairauden ennaltaehkäiseminen on tärkeää niin riskiryhmässä olevan, diabetekseen sairastuneen sekä yhteiskunnan kannalta. Vuonna 2007 diabeetikkojen sairaanhoitokustannusten kokonaismenot olivat 8,9 % terveydenhuollon menoista ja kustannukset kasvavat vuosittain. (Diabetesliitto 2007, 20–21.) Diabeetikkojen määrä kasvaa edelleen ja osa sairastaa tietämättään, joten ennaltaehkäisevän työn ja hoidonohjauksen kehittäminen ovat tulevaisuudessakin perusteltua.

Joensuun terveyskeskukseen laadittiin tämän opinnäytetyön ja kehittämisprosessin myötä diabeteksen hoitoa ja sen toteuttamista ohjaava hoitopolku työntekijöiden ja asiakkaiden käyttöön. Toimintamalli on diabeteksen seurantakäytäntöjen yleistetty ja selkeä mallinnus. Joensuun terveyskeskukselle luotu toimintamalli on tarkoitettu hyödynnettäväksi ja edelleen sovellettavaksi koko maakunnan alueella (Siun sote kuntayhtymän alue). Toimintamallin tarkoituksena oli yhtenäistää diabeteksen hoitoa, seurantakäytäntöjä ja ohjata asiakkaita ja työntekijöitä hoitoprosessin toteutuksessa sekä tukea asiakkaiden osallisuutta diabeteksen hoidossa.

Tulevaisuudessa diabeteksen hoidon osaamista ja asiakaslähtöisyyttä hoidonohjauksessa tulee kehittää edelleen, sillä diabeteksen hoito vaatii erityisosaamista ja asiantuntijuutta. Tämän opinnäytetyön myötä on aloitettu suunnitella maakunnallista osaamispassikäytäntöä diabeteksen hoitoon osallistuvien hoitajien osaamisen vahvistamiseksi ja varmistamiseksi. Yhtenäisen hoitopolun ja diabeteksen asiakaslähtöisen hoidon kehittämisessä tulisi huomioida moniammatillisuuden mahdollisuudet. Hoitopolkuun on mahdollista liittää muun muassa suun terveydenhuollon, kuntoutuksen ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen käytännöt diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Moniammatillisuutta voisi hyödyntää myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden pa-

remmalla yhteistyöllä, kun terveysasemista tullaan muodostamaan hyvinvointiasemia. Asiakkaiden osallistaminen palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja toteutukseen olisi asiakaslähtöisyyden todellista kehittämistä (Virtanen ym. 2011, 12). Jatkokehittämisen aiheena voisi selvittää asiakkaiden tarpeiden ja palvelujen kohtaamista terveyskeskuksen diabetesvastaanotolla. Asiakkailta voisi selvittää, miten he haluavat osallistua oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi voisi kartoittaa asiakkaiden tarvetta saada myös muiden pitkäaikaissairauksien osalta vastaavia prosessikuvauksia. Moniammatillisuutta voisi hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden paremmalla yhteistyöllä, kun terveysasemista tullaan muodostamaan hyvinvointiasemia.

## Lähteet

- Dehko-raportti 2011. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Suuntaviivoja tyyppin 2 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen. Diabeetikoille/Terveysterveystuoltoon. Suomen Diabetesliitto ry.
- Dehko-raportti 2009. Loppuraportti. Dehkon 2D – hanke (D2D) 2003-2007. Suomen Diabetesliitto ry.
- Dehko-raportti 2008. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Suuntaviivoja nuorten ja aikuistyyppin 1 diabeetikon hoitoon ja kuntoutukseen. Suomen Diabetesliitto ry.
- Dehko-raportti 2007. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Tampereen yliopisto. Suomen Diabetesliitto ry.  
<http://www.diabetes.fi/files/1266/Kustannusraportti.pdf>
- Dehko-raportti 2002. Diabeetikon hyvän hoidon laatukriteerit. Dehko:n laatukriteerityöryhmä. Suomen Diabetesliitto ry.
- Dehko-raportti. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000 -2010. Julkaisija Suomen Diabetesliitto ry. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Edita
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Painatuskeskus.
- Gerdt, B. & Korkiakoski, K. 2016. Ylivoimainen asiakaskokemus. Työkalupakki. Helsinki: Talentum.
- Gountas, S., John Gountas, J., Soutar, G. & Mavondo F. 2013. Delivering good service: personal resources, job satisfaction and nurses' 'customer' (patient) orientation. *Journal of Advanced Nursing* 70(7), 1553–1563.
- Hakovirta, A. 2008. Johtamisen kriittiset menestystekijät. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Hallitusohjelma 2015.
- Hallituksen julkaisusarja 2/2016. Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi 2015–2019. Päivitys 2016.
- Halttunen-Sommardahl, R. 2008. Osallistavia menetelmiä ja rakenteita sosiaaliviraston työssä - Opas sosiaaliviraston työntekijöille.  
<http://hyrrat.metropolia.fi/wp-content/uploads/2014/10/Halttunen-Sommerdahl-R.-2008-Osallistavia-menetelmi%C3%A4-jä-rakenteita.pdf>
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Honkasalo, M. 2015. Quality and costs of diabetes care - comparison of two models in primary health care. Academic dissertation. Helsinki: Unigrafia.
- Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)
- Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskunta ja kauppatieteiden laitos.

- Hyvärinen, K. 2012. Ammatillinen osaaminen osana työhyvinvointia. Pro gradu - tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-L. & Sane, T. 2015. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankare, H., Hautala-Jylhä, P. & Munnukka, T.(toim.). 2004. Lähimmäisen rakkauden puolustus- uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Edita.
- Keronen, M. 2013. Asiakaslähtöisyys - olennainen tekijä sosiaalihuollossa. Tesso.
- Keskinen, T. & Lipiäinen, J. 2013. Asiakkaan matkassa. Tuotokeskeisyydestä symbioosistrategiaan. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Kettunen, P. & Möttönen, S. (2011). Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kansalaisyhteiskunta.
- Koivisto, J. 2007. Kuinka paljon asiakkaan sana painaa? Helsinki: Stakes.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2012. Kohti asiakkuutta - Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Talentum.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirssu, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Koponen ym. 2013. Diabeteksen hyvä hoito -tutkimusprojektin loppuraportti.
- Koski, S. 2015. Diabetesbarometri 2015. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöisen laadunhallinnan malli. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Kurtti, J. 2012. Hiljainen tieto ja työssä oppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämiselle röntgenhoitajien työyhteisössä. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Käypä hoito -suositus. Diabetes. 12.9.2013. <http://www.kaypahoito.fi>
- Laitinen, M. Pohjola, A. 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1987/380
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio: Kopijyvä oy.
- Lehväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Espoo: VTT.
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Niemi, M. & Winell, K. 2005. Diabetes Suomessa. Raportteja/2005.Helsinki: STAKES.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Opinnäytetyön raportointiohje. 2013. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Opinnäytetyöpakki. Kajaanin ammattikorkeakoulu.  
<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Etusivu>
- Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOY.
- Pohjois-Karjalan sote-hanke. <http://www.pkssk.fi/sote> 27.8.2016
- Pyykönen, A. & Partanen, H. (toim.) 2016. Kuulethan sie minnuu -kokemuksia Siun sotesta ja osallisuudesta suurten muutosten ytimessä. Kuntaliiton verkkojulkaisu.

- Raitakari, S., Juhila, K., Günther, K., Kulmala, A. & Saario, A. 2012. Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Tampere: Tampere University Press.
- Rautio, M. 2006. Terveiden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rintala, T-M. 2014. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen Substanttiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Teoksessa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>
- Sairaanhoitajien eettiset periaatteet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2009. Kehittämistyön risteyskiä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016c. Neuvottelutulos 5.4.2016
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Tiedote 29.6.2016. [http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10616/hallitus-julkisti-sote-ja-maakuntauudistuksen-lakiluonnokset](http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/hallitus-julkisti-sote-ja-maakuntauudistuksen-lakiluonnokset) 1.8.2016
- Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 4.11.2015. [http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/suomen-terveydenhuollon-laatu-on-oecd-maiden-parhaimpia?\\_101\\_INSTANCE\\_3wyslLo1Z0ni\\_groupId=1271139](http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suomen-terveydenhuollon-laatu-on-oecd-maiden-parhaimpia?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=1271139) 10.8.2016
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Hoitoonpääsy (hoitotakuu). <http://stm.fi/hoitotakuu> 27.8.2016
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia.
- Soste. 2016. Se tunne, kun saa diagnoosin. Pitkäaikaissairaiden näkemyksiä terveydenhuollon kehittämiseksi. <http://www.soste.fi/media/pdf/tiedotteet/kestava-terveydenhuolto-julkaisu-11.3.2016.pdf>
- Sote- ja maakuntauudistus. 2016. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet> 5.7.2016
- Storbacka, K. & Lehtinen, J. 1999. Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. Porvoo: WSOY.
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorin työkirja. Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. Kepan raporttisarja / Kehitysyhteistyön palvelukeskus, 103. [http://www.globaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin\\_tyokirja.pdf](http://www.globaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf)
- Sydänmaanlakka, P. 2015. Älykäs julkinen johtaminen. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010

- Toikko, T. 2009. Asiakkaiden osallistuminen palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen. Osaaja.net
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: University press
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Työturvallisuuslaitos. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus. [http://ttk.fi/files/800/Tyohon\\_perehdyttaminen2009.pdf](http://ttk.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf)
- Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Vaasan yliopisto.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003.
- Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes.
- Viitala, R. 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.
- Windrum, P., Garcia-Goni, M. & Coad, H. 2016. The Impact of Patient-Centered versus Didactic Education Programs in Chronic Patients by Severity: The Case of Type 2 Diabetes Mellitus. Value In Health 19.
- Wolf, DM., Lehman, L., Quinlin, R, Zullo, T. & Hoffman, L. 2008b. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. Journal of Nursing Care Quality 23



**Alkukartoituskysely**

Arvoisa sairaanhoitaja/terveydenhoitaja!

01/2016

Keräämme tällä kyselylomakkeella tietoa keväällä 2016 pidettävien ”Diabeteksen hoidon kehittäminen Joensuun terveystieteiden keskuksessa” - työpajoja varten. Kehittämistehtävän taustalla on yamk opinnäytetyömme, joka käsittelee aihetta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Työpajoihin on kutsuttu Joensuun terveystieteiden keskuksen kantakaupungin terveysasemilla työskenteleviä hoitajia ja lääkäreitä.

Lomakkeet pyydetään palauttamaan nimettöminä sisäpostikuorella Satu Elo Niinivaaran terveysasema 12.2.2016 mennessä. Avoimiin kysymyksiin voit vastata ranskalaisin viivoin. Kiitokset etukäteen!

1. Hyödynnätkö työssäsi jotakin näistä Mediatrista löytyvistä diabeteksen hoito-ohjeista? Rastita käyttämäsi ohjeistukset.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Joensuun tyyppin 2 diabeteksen hoitopolku | <input type="checkbox"/> Korkean riskin hoitopolku |
| <input type="checkbox"/> Valtimotautikartta                        | <input type="checkbox"/> Käypä hoito-suositus      |

Jos et käytä ohjeistuksia, kerro miksi et. Käytätkö jotain muuta ohjeistusta?

---



---



---



---

1. Miten kehittäisit Joensuun diabeteksen hoitoprosessia?

---



---



---



---



**Alkukartoituskysely**

4. Mitä asiakaslähtöinen diabeteksen hoidonohjaus mielestäsi on?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Mitkä asiat mielestäsi tukevat asiakaslähtöisyyttä työssäsi?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Mikä mielestäsi estää asiakaslähtöisen työskentelyn?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Alkukartoituskysely**

7. Miten kehittäisit Joensuun diabeteksen hoitoprosessia?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Vapaat kommentit diabeteksen hoidonohjaukseen liittyvistä asioista:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksistasi!

## Työpajojen ohjelmat

### Työpaja I

#### Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa

To 17.3.2016 klo 13.00 - 16.00

Palolaitoksen auditorio

13.00 - 13.20	Kahvit, Eeva Koukkunen Ascensia
13.20 - 13.30	Tervetuloa! Kehittämistyön taustaa: Sari ja Satu
13.30 - 14.30	Käytännön hoitotyön asiantuntija Tiina Romppanen: asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa
14.30 - 15.00	Harjoitustehtävä pareittain asiakaslähtöisyydestä
15.00 - 15.10	Tauko
15.10 - 15.50	Ryhmätehtävä: unelmointi Loppusanat ja kotitehtävä

*”Unelmoi rohkeita unelmia ja se mitä unelmoit,  
sellainen sinusta joskus tulee.”  
James Allen*

### Työpaja II

#### Hoitopolun laadinta

To 31.3.2016 klo 13.00 - 16.00

Palolaitoksen auditorio

13 - 13.10	Kahvit MSD esittäytyy Anna-Maija Simpanen
13.10 - 13.20	Tervetuloa! Kuulumisten vaihtoa ja edellisen työpajan yhteenvetoa, kotitehtävän palaute
13.20 - 13.50	Sairaanhoitajien näkemyksiä diabeteksen hoidosta alkukyselyn tulokset
13.50 - 15.00	Ryhmätyöskentelyä kyselyn tulosten pohjalta
15.00 - 15.45	Päivän tuotosten esittely ja yhteenveto
15.45 - 16.00	Loppusanat

**Työpajojen ohjelmat****Työpaja III****Uuden diabeteksen hoitopolun esittely****To 14.4.2016 klo 13.00 – 16.00****Palolaitoksen atk-luokka**

13.00 - 13.30	Tervetuloa! Kahvit ja kuulumiset
13.30 - 14.15	Edellisen työpajan yhteenvetoa ja uuden toimintamallin läpikäynti
14.15 - 15.00	Diabeteksen hoitopolun esittely mukana johdoryhmä, tietotekniikan tuki ja asiakasedustaja
15.00 - 16.00	Paneelikeskustelu: Kehittämistyön jatko. Miten tästä eteenpäin? Jatkokehittämisen tarpeet, vastuuhenkilöt ja toimintamallin jalkauttaminen

## Ryhmätehtävien tuotokset

### Dia 1.

**DIABETEKSEN HOIDON  
KEHITTÄMINEN JOENSUUN  
KANTAKAUPUNGIN  
TERVEYSASEMILLA**

Työpaja I tuotokset  
17.3.2016  
Satu Elo ja Sari Rissanen

### Dia 2.

**OMAHOIDON OHJAUKSEN HARJOITUKSEN  
TULOKSIA**

- Asiantuntija kertoo omasta näkökulmasta asiakkaalle omahoidosta:
  - Kokemus epämiellyttävä
  - Asiantuntija puheli itsekseen
  - Lyttäyksen tunne
- Asiantuntija haastattelee motivoivin keinoin:
  - Kokemus tuntui mukavalta
  - Vuorovaikutus toimivampi
  - Asiakas sai kertoa omia näkemyksiä ja asettaa itse omat tavoitteet
  - Lopputulos parempi

## Ryhmätehtävien tuotokset

## Dia 3.

## UNELMOINTI

MISTÄ HYVÄ ASIAKASPALVELUKOKEMUS  
TERVEYDENHUOLLOSSA KOOSTUU?

- Ystävällisyys
- Palvelualttius
- Kuunnellaan
- Ammattitaito
- Ajanvaraus onnistuu vaivattomasti ja asiakkaan toiveet otetaan huomioon
- Kiireettömyyden tunne palvelun aikana
- Asiat hoidetaan loppuun asti
- Tehdään jatkosuunnitelma

## Dia 4.

YSTÄVÄLLISTÄ PALVELUA KIITOS!

**Resurssit  
ja oma  
asenne**



**Riittävästi aikaa  
tekemiselle**





## Ryhmätehtävien tuotokset

### Dia 5.

#### MITÄ VOISI KEHITTÄÄ?

- Nettiajanvarauksien laajentaminen
  - Dm lääkäri/lääkärin vuosikontrolli, päivystävien sh ajat
  - Netin kautta soittopyyntö omalle hoitajalle
- Marevan asiakkaille medinetin käyttöä enemmän, inr pkl laajentaminen?
- Työnjako puheluissa, lähihoitajat?

**Arviointilomake**

**Arviointilomake**

Diabetestyöryhmätyöskentelyn arviointi 14.4.2016

**Asiakaslähtöisen diabeteksen hoidonohjauksen kehittäminen – Joensuun terveyskeskus**

1) Mikä oli mielestäsi hyvää ja onnistunutta tässä kehittämisprosessissa?

---

---

---

2) Mitkä olivat mielestäsi tämän työryhmätyöskentelyn vahvuudet?

---

---

---

3) Mitä olisit tehnyt toisin?

---

---

---

4) Kuinka arvioisit työpajatyöskentelyssä käytettyjen menetelmien käyttökelpoisuutta/toimivuutta?

---

---

---

5) Vapaa sana - ruusut ja risut:

---

---

---

---

Kiitos osallistumisestasi ja aurinkoista kevään jatkoa!

## Diabeteksen hoidon toimintamalli

Dia 1.



Dia 2.

## Hoidon tarpeen arviointi

- \* Diabeteksen seuranta toteutuu huomioiden asiakkaan eriasteinen tuen tarve ja hoitotasapaino. Hoidonohjaus työntekijöiden kesken määrittyy diabeteksen tyyppiin ja lääkityksen mukaan.
- \* Kantakaupungin alueella tyyppin 1 ja monipistoshoidon tyyppin 2 diabeteksen hoito järjestetään diabeteshoitajan ja lääkärin vastaanotolla.
- \* **Pääsääntöisesti tyyppin 2 diabeetikon** hoito järjestetään sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotolla.
- \* Diabetesriskiryhmässä olevat henkilöt saavat hoidonohjausta elämäntaparyhmissä.
- \* Muilla Joensuun terveyskeskuksen alueilla hoito järjestetään diabeteshoitajan ja lääkärin vastaanotolla.
- \* Vastaanottokäynnillä kartoitetaan yksilöllinen hoidon tarve ja suunnitellaan hoidon seuranta.



## Diabeteksen hoidon toimintamalli

Dia 3.

### Vastaanotolle valmistautuminen

1. Käy sovitut laboratoriokokeet ennen vastaanottoa.
2. Tee verensokeriseurantaa tehostetusti viikon ajan ja merkitse pistämäsi insuliinit sekä aterioiden hiilihydraattimäärät sekä liikuntasuoritteet. Voit käyttää tätä kaavaketta.
3. Mikäli teet verenpaine seurantaa, ota ne mukaan vastaanotolle.



Dia 4.

### Jalkahoito

Jalkojen riskiluokat

- \* **Riskiluokka 0:** Ei sensorista neuropatiaa eikä valtimoverenkierron häiriöitä. Omahoito tärkeää ja tarvittaessa käynti jalkahoitajalla omakustanteisesti.
- \* **Riskiluokka 1:** Sensorinen neuropatia. Omahoito tärkeää ja tarvittaessa käynti jalkahoitajalla omakustanteisesti.
- \* **Riskiluokka 2:** Sensorinen neuropatia, jalkaterän asento-  
virheet ja/tai valtimoverenkierron häiriö. Jalkahoidon maksusitoumuksen kriteerit täyttyvät.
- \* **Riskiluokka 3:** Aikaisempi haava tai amputaatio. Jalkahoidon maksusitoumuksen kriteerit täyttyvät.

Maksusitoumus jalkojenhoitoon-ohje

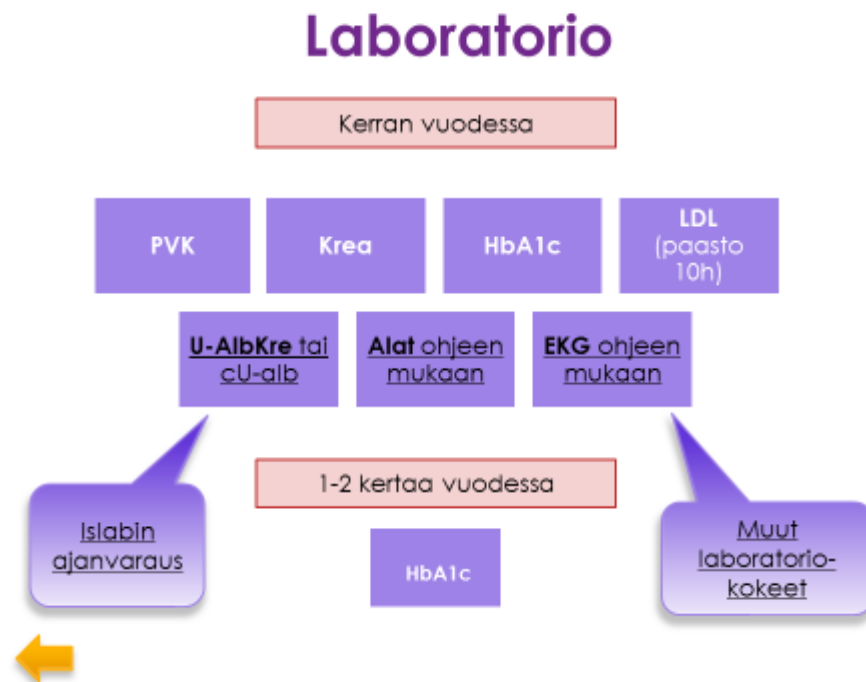
Sopimus jalkahoitajat

Diabetesjalkatyöryhmä



## Diabeteksen hoidon toimintamalli

Dia 5.



Dia 6.

## Elintaparyhmä

- \* Suunnattu henkilöille, joilla **verensokeri/kolesteroli/paino koholla**. Terveysasemien työntekijät ohjaavat ryhmiin tai asiakkaat voivat itse hakeutua ryhmiin. Ilmoittautumista ei tarvitse.
- \* Ryhmänohjaus järjestetään joka kuukauden viimeinen torstai, paitsi kesä-, heinä- ja joulukuussa
- \* Ryhmä kokoontuu Rantakylän hyvinvointiasemalla tai Siilaisen terveysasemalla (ATK-luokka, Pelastuslaitos). Seuraa netti-ilmoittelua.

To pvm  
Klo 13-14 sairaanhoitaja  
Klo 14-15 fysioterapeutti  
Klo 15-16 ravitsemusterapeutti

## Diabeteksen hoidon toimintamalli

Dia 7.

### Muut laboratoriotestit

- \* Verenpainelääkitys
  - \* K ja Na
- \* Hypotyreoosi
  - \* P-TSH kerran vuodessa
- \* Kihti
  - \* Mikäli kihti on diagnosoitu tai ollut kihtikohtaus vuoden sisällä, otetaan P-Uraat
- \* Digoksiini-lääkitys
  - \* S-Digoks



Dia 8.

### Lisäohjeita laboratoriotesteihin

- \* U-AlbKre tai cU-Alb, jos U-AlbKre ollut koholla 1 krt/vuosi
- \* EKG, jos oireinen, ennen lääkärin vastaanottoa. Yli 50-vuotiaalta 1-3 vuoden välein.
- \* ALAT, jos kolesterolilääkitys tai ollut aikaisemmin koholla
- \* K, Na, jos ri lääkitys
- \* Uraat, jos kihtilääkitys
- \* TSH, jos kilpirauhaslääkitys
- \* HbA1c väliseurannassa



Dia 9.

## Psykiatriset sairaanhoitajat keskikaupungin alueella

**Rantakylän hyvinvointiasema** p. 050 439 1286. Soittoaika arkisin kello 12.00 – 12.30.

**Siilaisen terveysasema** p. 050 410 9341 tai 050 301 3879 tai 050 300 4541. Soittoaika arkisin kello 12.00–12.30.

**Niinivaaran terveysasema**, vastaanotto tapahtuu Siilaisen terveysasemalla p. 050 300 4541 tai 050 410 9341. Soittoaika arkisin kello 12.00–13.00.

Potilaat voivat varata sairaanhoitajan soittoaian myös sähköisen ajanvarauksen kautta. WEB-aikoja on maanantaille ja tiistaille klo 13-14 välillä (3 x 20 min aikoja).

Potilaiden ohjautuminen psykiatrisille sairaanhoitajille tapahtuu Mediatrin kautta sisäisellä läheteellä työviestinä:

TIEDOKSI kohtaan valitset:

- MT Rantakylän psyk.hoitajat
- MT Niinivaaran psyk.hoitajat
- MT Siilaisen psyk.hoitajat



Dia 10.

## Pohjoiskarjalainen tyypin 2 diabeetikkojen silmänpohjakuvaussuositus

- Diagnoosivaiheessa kuvataan, jos HbA1c-taso ylittää 57 mmol/mol (7.5%)
- Jatkossa **yksilöllinen kuvaustiheys** hoitotasapainon mukaan
  - HbA1c aina alle 48 mmol/mol (alle 6.5%): ei kuvaseurantaa
  - Hyvä hoitotasapaino, HbA1c 48-57 mmol/mol (6.5 - alle 7.5%): kuvaus 5 v välein
  - Kohtalainen tai huono hoitotasapaino, HbA1c 58 mmol/l (7.5%) tai yli: kansallisen suosituksen mukaan (3 v välein tai tiheämmin)

Huomioidaan myös verenpaineen ja lipidien hoidon onnistuminen.

Mikroalbuminurian ilmaantuminen -> kuvaus kansallisen suosituksen mukaisesti. (Mikroalbuminuria = cU-alb >20 ug/min kahdesti kolmessa 3-6 kk aikana tehdyssä tutkimuksessa)

"Drop outit": kutsutaan kuviin 3 v välein, ellei HbA1c taso tiedossa (ts. ensin yritetään kutsua labraan ja hoitajavastaanotolle, mutta ellei tule, kutsutaan kuviin).



