



Sami Kauppinen ja Satu Luojus (toim.)

Kohti vaikuttavaa sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteiskehittämistä

**Copyright © tekijät ja
Laurea-ammattikorkeakoulu 2022
CC BY-SA 4.0**

Kannen kuva: Shchus on Shutterstock

Sivun 7 kuva: Jason Leung on Unsplash

Sivun 10 kuva: Markus Spiske on Unsplash

Sivun 12 kuva: Fabio Bracht on Unsplash

Sivun 24 kuva: Sharon Pittaway on Unsplash

ISSN-L 2242-5241

ISSN 2242-5225 (verkko)

ISBN: 978-951-799-643-3 (verkko)

Sami Kauppinen ja Satu Luojus (toim.)

**Kohti vaikuttavaa
sosiaali- ja terveyspalveluiden
yhteiskehittämistä**

Esipuhe

JULKINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO on laajassa murrosvaiheessa, sillä kasvavat asiakasmäärät ja väestön ikääntyminen aiheuttavat kasvavia paineita palveluille.

Samanaikaisesti asiakkaiden odotukset palveluiden laadusta ja personoitavuudesta ovat kasvaneet. Sosiaali- ja terveysalan innovaatioille onkin yhä enemmän tarvetta, kun haetaan ratkaisuja toimialan taloudellisesti kestäväen ja asiakaskeskeisen tulevaisuuden rakentamiseen.

Esille nousseisiin haasteisiin on pyritty vastaamaan joustavalla ja verkostomaisella yhteiskehittämisellä, josta on muodostunut maailmanlaajuisesti yhä vakiintuneempi toimintatapa julkisten palvelujen suunnittelussa ja tarjoamisessa. Yhteiskehittämisen avulla voidaan osallistaa laaja joukko eri toimijoita (asiakkaat, kansalaiset, julkiset organisaatiot, järjestöt ja yritykset) yhdessä tunnistamaan ja ratkaisemaan palveluihin liittyviä tarpeita ja ongelmia.

Maailman terveysjärjestön (WHO 2010) raportissa korostetaan, että uusien palvelujen vaikutuksia terveysjärjestelmään tulisi arvioida kriittisesti esimerkiksi hyötyjen, haittojen, hyväksyttävyyden, toteutettavuuden, resurssien käytön ja tasapuolisuuden näkökulmista. Vaikuttavuuden arviointi sekä vaikuttavuusperusteinen johtaminen ja ohjaus ovat nousseet laajan kiinnostuksen kohteeksi, kun on mietitty julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin tehdystä interventioista muodostuvaa arvoa suhteessa kustannuksiin.

Tämän julkaisun tarkoituksena on osaltaan yhtenäistää käsitystä vaikuttavuuden arvioinnin eri näkökulmista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskehittämisessä. Artikkelit perustuvat vuosina 2018 - 2020 toteutetun Co-Created Health and Wellbeing (CoHeWe) -hankkeen kokemuksiin. Hankkeen tavoitteena oli terveyttä ja hyvinvointia edistävien sekä sairauksia ennaltaehkäisevien asiakaskeskeisten sosiaali-, hyvinvointi- ja terveyspalveluiden kehittäminen ja käyttöönotto neljässä kaupungissa (Helsinki, Tampere, Oulu ja Vantaa). Hankkeessa pyrittiin edistämään kaupunkien roolin muutosta palveluntuottajasta innovatiivisten asiakaskeskeisten palvelujen mahdollistajaksi. Samalla pyrittiin luomaan yrityksille mahdollisuuksia osallistua entistä tiiviimmin uusien palveluiden yhteiskehittämiseen palvelutarpeen kartoittamisesta lähtien.

CoHeWE-hankkeen toteuttajat ja mahdollistajat

JULKKAISU PERUSTUU COHEWE-HANKKEEN toteuttajien yhteistyön tuloksiin: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (Niko Lönn), Laurea-ammattikorkeakoulu (Sami Kauppinen, Satu Luojus, Elina Kesäniemi, Kaisla Saastamoinen), Forum Virium Helsinki (Peeter Lange, Tiina Inki, Mette Hiltunen), Oulun Yliopisto (Jarmo Pääkkönen, Niina Keränen), Tampereen kaupunki (Tiina Hult, Tiina Karttunen, Terhi Koskinen, Anna Ahokangas), Oulun kaupunki (Jaana Kokko, Anna Herukka, Ulla Hakola, Jenni Konttila) ja Vantaan kaupunki (Sari Helenius, Heini Koskensalo-Kleemola, Kirsi Grym, Nansy Mass).

CoHeWe -hanke toteutettiin Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) tuella osana 6Aika Strategiaa, joka kuuluu Suomen rakennerahasto-ohjelmaan Kestävää kasvua ja työtä 2014-2020. 6Aika-strategian EAKR-hankkeiden rahoittava viranomainen on Uudenmaan liitto.

6Aika

Vipuvoimaa
EU:lta
2014-2020



Euroopan unioni
Euroopan aluekehitysrahasto



Uudenmaan liitto
Nylands förbund

SISÄLLYSLUETTELO

Esipuhe	4
CoHeWe -hankkeen toteuttajat ja mahdollistajat	5
Johdanto	8
1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiskehittäminen	11
Sami Kauppinen, Satu Luojus & Elina Kesäniemi	
Kohti vaikuttavampaa sote-palvelujen yhteiskehittämistä	25
2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun vaikuttavuuden arviointi: esimerkkinä Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu	26
Satu Luojus & Sami Kauppinen	
3 Terveysteknologian kustannusvaikutusten arviointi: sydämen vajaatoiminnan kotihoito Tampereella	35
Virpi Sillanpää & Tuomas Korhonen	
4 Puheterapian itsenäisen harjoittelun yhteiskehittämisprosessin arviointia eri näkökulmista	47
Sari Helenius	



Johdanto

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN tehtävänä on edistää ja ylläpitää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Käytettävissä on kuitenkin rajalliset ja usein niukkenevat resurssit, kun julkishallinnon menoihin on jouduttu tekemään leikkauksia. Soten julkisten menojen osuuden BKT:stä ennustetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä mm. asiakasmäärien nopean kasvun sekä ikääntyvän väestön takia. (Keskimäki ym. 2019). Tästä syystä on tarvetta edistää laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelua, kehittämistä ja tuottamista, jotta varmistetaan niiden positiiviset vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin sekä resurssien kestävyys pitkällä aikavälillä. Asiakaskeskeisyys ja vaikuttavuusperusteisuus on tunnistettu Suomessa (Pitkänen ym. 2020) sekä kansainvälisesti keskeiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen painoalueeksi (Porter & Teisberg 2006; Smith ym. 2021). Keskustelussa korostetaan arvon muodostumisen ja vaikuttavuuden ymmärtämisen tärkeyttä sekä kehoitetaan kehittämään uusia menetelmiä ja toimintatapoja näiden mittaamiseen terveysjärjestelmän eri toimijoiden näkökulmasta (Pitkänen ym. 2020).

Vaikka vaikuttavuusperusteisuutta on korostettu yhteiskunnallisten haasteiden ratkaisemisessa, on se käsitteenä vielä uusi ja ymmärretään kontekstista riippuen eri tavoilla. Terveystaloustieteessä vaikuttavuus tarkoittaa interventiolla aikaansaatuja muutosta ihmisen terveydentilassa, kun taas kustannusvaikuttavuus on tehdyn muutoksen vaikuttavuus suhteessa kustannuksiin (Pitkänen ym. 2020). Toisaalta kehityshankkeiden johtamisen ja seurannan tueksi laaditun vaikuttavuusmallin (Valovirta 2017) tehtävänä on kuvata yleisellä tasolla, miten julkisilla varoilla rahoitettu ohjelma ja sitä toteuttavat hankkeet voivat saavuttaa tavoitellut yhteiskunnalliset ja taloudelliset vaikutukset.

Vaikuttavuuden arviointia varten tulee muodostaa selkeä käsitys palvelun tai intervention vaikutusketjusta, jonka muodostavat intervention tavoitteet, toimenpiteet ja odotettavissa olevat tulokset. Määrittelyä

kutsutaan arvioinnissa ohjelmateorian muodostamiseksi. Kettusen (2017) mukaan ”vaikuttavuus viittaa kausaalisuhteeseen intervention ja tuloksen välillä: interventio sai aikaan tuloksen”. Vaikuttavuus viittaa siis asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. ”Kun näkökulmaa laajennetaan erilaisiin sivuvaikutuksiin, voidaan puhua vaikutusten arvioinnista.” (Kettunen 2017, 7).

Vaikuttavuuden arviointi edellyttää, että tarkasteltavan intervention tavoitteiden toteutumista on mahdollista arvioida. Ensin on muodostettava kuva siitä, mihin pyritään vaikuttamaan ja millä tavoin. Vaikuttavuuden arvioinnissa tarkastelun kohteena ovat sekä interventio että sen tulos. Keskeisimpiä vaikuttavuuden arvioinnin menetelmiä ovat mm. realistinen arviointi, ”joka muodostaa hyvän lähtökohdan tarkastella vaikuttavuutta toiminnan kohteen kartoituksen kautta” sekä koemenetelmä, ”jonka käyttö edellyttää jo pitkälle vietyä interventioprosessin hahmotusta” (Kettunen 2017, 6).

Vaikuttavuutta voidaan tarkastella eri tasoilla: 1) Yhteiskunnallisella tasolla vaikuttavuustiedon tulisi olla legitimoivaa, vakuuttaa suuri yleisö (esim. kansalaiset, tiedotusvälineet ja luottamushenkilöt) siitä, että toiminta ja verovarojen käyttö on asianmukaista. 2) Sosiaali- ja terveysorganisaatioiden kiinnostuksen kohteena on enemmän toiminnan suoritus, jolloin vaikuttavuustieto koskee sekä prosessia että tulosta. 3) Sosiaali- ja terveysorganisaatioiden asiakkaat voivat tarkastella tilannetta taktisesti ja yksilön tasolla; luottaako ammatilaiseen, mikä on oma panos, uskooko saavansa apua. (Kettunen 2017.)

Tämä julkaisu lähestyy sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä yhteiskehittämisen vaikuttavuuden arviointia palvelujen ja palveluliiketoiminnan kehittämisen ja johtamisen näkökulmasta. Vaikuttavuustietoa pyritään tuottamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajan ja asiakkaiden tasolla sekä yhteiskehittämisen näkökulmasta.

Jälkimmäisessä osassa esitellään näkökulmia yhteiskehittämiseen sekä yhteiskehittämisen työskentelytapoja. Lisäksi kappale esittelee CoHeWe-hankkeessa kehitetyn yhteiskehittämisen prosessimallin ja lopuksi esimerkkejä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiskehittämisestä.

Jälkimmäisen osan artikkeleissa käsitellään sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden arviointia yhteiskehittämisen kontekstissa. Co-created Health and Wellbeing – hankkeen toteuttajaorganisaatiot esittelevät erilaisia tulokulmiaan yhteiskehitettyjen sote-palvelujen vaikuttavuuden arviointiin käytännön esimerkkien avulla.

Satu Luojus ja Sami Kauppinen arvioivat artikkelissa palvelun vaikutuksia puheterapian asiakkaan hyvinvoinnin sekä puheterapeutin työn näkökulmista. Arviointitiedon tuottamisella pyritään hyödyttämään paitsi sosiaali- ja terveysorganisaation päätöksentekoa, myös teknologiayrityksen tuote- ja palvelukehitystä sekä liiketoiminnan kehittämistä.

Virpi Sillanpää ja Tuomas Korhonen tarkastelevat koti- ja etähoidon palveluissa käytettävien teknologiaratkaisujen mahdollisia kustannus- ja terveysvaikutuksia. Keskeisenä haasteena julkisella sektorilla on ollut hahmottaa, miten palveluiden käyttö, palvelupolku, sekä organisaation toiminta voisivat tosiasiallisesti muuttua, kun siirrytään käyttämään uutta palvelumallia. He esittelevät tutkimushankkeen tuloksena syntyneen mallin ja käytännön arviointityökalun hyvinvointiteknologian kustannushyötyjen arviointiin.

Sari Helenius pohtii puheterapian kehittämiskokeilun toteutusta erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden arviointiin osallistumisen näkökulmasta.



1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiskehittäminen

Sami Kauppinen, Satu Luojus & Elina Kesäniemi, Laurea-ammattikorkeakoulu

YHTEISKEHITTÄMINEN JA MUUT samankaltaisia osallistavia käytäntöjä sisältävät lähestymistavat ovat viime aikoina nousseet eri tieteenalojen mielenkiinnon kohteeksi. Samaan aikaan ekosysteemejä korostavat hallintomallit sekä kansalaisten laaja osallistaminen julkisten palveluiden innovaation eri vaiheisiin on muodostunut yhä tärkeämmäksi käytännöksi ja julkishallinnon tutkimusaiheeksi.

Tätä muutosta on edelleen vauhdittanut vuoden 2015 kuntalain uudistus, jonka myötä lakiin kirjattiin ensimmäistä kertaa kuntalaisten oikeus osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan ja kehitykseen. Muutos on vaikuttanut myös sosiaali- ja terveysalalla, jossa verkostomaisesta yhteiskehittämisestä on muodostunut tärkeä osa alan uudistamiseen tähtävää strategiaa. Tavoitteena on ollut aktivoida asiakkaat ja potilaat yhdessä ulkopuolisten toimijoiden kanssa osallistumaan sote-palveluiden ongelmien ja haasteiden tunnistamiseen ja ratkaisemiseen sekä uusien palveluiden kehittämiseen ja tuottamiseen. Lähestymistavan avulla pyritään parantamaan sote-palvelujen laatua, tehokkuutta sekä edistämään tasa-arvoisuuden toteutumista.

Tämän luvun alussa esitellään yhteiskehittämistä käsitettä sekä sitä lähellä olevia käsitteitä tarkastellaan eri näkökulmista. Sen jälkeen perehdytään yhteiskehittämisen työtapoihin ja CoHeWe-hankkeessa kehitettyyn yhteiskehittämisen prosessiin. Luvun lopuksi esitellään hankkeen aikana sosiaali- ja terveysalalla toteutettuja käytännön tapausesimerkkejä yhteiskehittämisprosesseista.

NÄKÖKULMIA YHTEISKEHITTÄMISEEN

Yhteiskehittäminen on alunperin yksityiselle sektorille luotu käsite ja toimintatapa, jonka pyrkimyksenä on edesauttaa loppukäyttäjien aktiivista osallistumista ja vaikuttamista palveluiden tuotantoprosessin eri vaiheissa (Pralhal & Ramaswamy 2000; Vargo & Lusch 2004; 2006). Lähestymistapa tarjoaa yrityksille ja niiden



toimijaverkostolle uusia resursseja ja mahdollisuuksia innovointiin ja arvонуontiin. Vaikka yhteiskehittämisen alkuperäinen tavoite on ollut yritysten asiakkaiden tyytyväisyys ja siten markkinaosuuksien ja voittojen kasvattaminen, on käsite merkityksellinen myös julkisen sektorin kontekstissa (Torfing ym. 2019).

Julkishallinnon yhteiskehittäminen on käsitteenä ja toimintatapana vielä monitulkintainen, mihin vaikuttaa ilmiön uutuus ja sitä tutkivan tutkijayhteisön laajuus sekä monitieteellisyys. Laajasti tulkittuna yhteiskehittämisellä tarkoitetaan kansalaisten, yritysten, kolmannen sektorin ja julkisen sektorin toimijoiden osallistamista julkisten palvelujen määrittelyyn, suunnitteluun ja toteuttamiseen (Voorberg ym. 2015). Brandsen ja Honingh (2018) erottavat yhteiskehittämisen käsitteen usein samassa yhteydessä käytetystä yhteistuotannon käsitteestä. Heidän mukaan yhteiskehittäminen kohdistuu kansalaisten ja muiden toimijoiden osallistamiseen palvelun suunnittelun vaiheessa ja on luonteeltaan strategista, kun taas yhteistuotanto toteutuu palvelun käytön aikana.

Yhteiskehittäminen nähdään myös eri toimijoiden välisenä kollektiivisena ja luovana prosessina, jossa vaihdetaan ideoita, kokemuksia ja tietoa (Sanders & Stappers 2008). Torfing ym. (2019) määrittelevät tarkemmin yhteiskehittämisen lähestymistavaksi, jonka avulla kaksi tai useampi julkinen ja yksityinen toimija yrittää ratkaista yhteisen ongelman, haasteen tai tehtävän vaihtamalla ja hyödyntämällä tietoja, resursseja, osaamista ja ideoita, jotka lisäävät arvon muodostumista julkisen sektorin kontekstissa.

Julkisen sektorin yhteiskehittäminen tapahtuu julkisen sektorin organisoimissa palveluekosysteemeissä. Palveluekosysteemit ovat itsenäisiä, mukautuvia ja resursseja yhdistäviä, eri toimijoiden muodostamia verkostomaisia systeemejä, joissa toimijoita yhdistävät yhteiset institutionaaliset ajattelumallit ja palvelujen vaihtamiseen pohjautuva arvon muodostuminen (Akaka ym. 2013). Kun perinteisessä toimitusketjuun perustuvassa lähestymistavassa arvoa muodostuu vain sen loppupäässä, palveluekosysteemin sisällä arvon muodostumista tapahtuu eri toimijoille jokaisessa vuorovaikutustilanteessa. Yhteiskehittäminen on siten

dynaaminen ja interaktiivinen tiedon, resurssien, osaamisen ja tiedon integrointiprosessi, jonka aikana palvelukosysteemiin liittyvät toimijat luovat arvoa vuorovaikutustilanteiden yhteydessä.

Yhteiskehittäminen on lähestymistapa, jota on hyödynnetty useilla julkishallinnon aloilla, mutta erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä opetuksen alueella (Voorberg ym. 2015). Se luo uusia mahdollisuuksia rikkomalla perinteisen hallintokeskeisen tavan suunnitella ja tuottaa julkisia palveluita. Lähestymistavan avulla voidaan luoda tehokkaampia ja radikaalisti erilaisia julkisten palveluiden ratkaisuja, jotka vastaavaa kansalaisten tarpeita ja toiveita (Brandsen, Steen & Verschuere 2018). Sen avulla voidaan myös vahvistaa luottamusta demokratiaan lisäämällä kansalaisten osallisuutta päätöksentekoon ja julkisen sektorin toiminnan suunnitteluun.

Julkishallinnon organisoimassa yhteiskehittämisessä on vielä haasteita, kuten esimerkiksi: 1) Monissa julkisen alan yhteiskehittämisen hankkeissa ei ole usein kunnolla määritelty selkeitä tulostavoitteita kehittämiselle vaan itse prosessia korostetaan yli lopputuloksen (Voorberg ym. 2015). 2) Eri toimijoiden näkemykset eivät kohtaa, jolloin kumppanuuksia ei synny ja yhteiskehittämistä leimaa välinpitämättömyys ja turhautuminen (Brandsen ym. 2018). 3) Päätäjien on vaikea jakaa valtaa kansalaisille sekä ennakoitavuuteen pyrkivät virkamiehet pelkäävät kansalaisten arvaamattomia toiveita (Torfing ym. 2019).

Sote-alan yhteiskehittämisessä on erityisiksi haasteiksi tunnistettu mm. a) Potilaiden ja sote-ammattilaisten erilaiset näkökulmat, jossa potilas tarkastelee asioita omasta näkökulmasta, kun taas ammattilainen enemmän teknisenä ilmiönä kolmannen persoonan perspektiivistä (Palumbo 2016). b) Intervention ja vaikutuksen välinen suhde ei ole suoraviivainen. c) Yhteiskehittämisen joustavuuden yhteensovittaminen noudattaen terveydenhuollon säädöksiä. d) terveystalasta kiinnostuneiden toimijoiden resurssien tunnistaminen ja yhteensovittaminen (Luojaus & Kauppinen 2021).

YHTEISKEHITTÄMINEN TYÖSKENTELYTAPANA

Yhteiskehittämisen avulla pyritään joustavaan ja ketterään tapaan suunnitella, kehittää ja tuottaa palveluita. Se on parhaimmillaan laajaa, monitoimijaista ja monialaista koko palvelukosysteemin huomioon ottavaa kehittämistä. Onnistuminen edellyttää, että yhteiskehittämiseen osallistuvilla toimijoilla on selkeä ymmärrys kehittämisen kohteesta sekä mahdollisuus ja kyky tarjota muiden käyttöön riittävästi sellaisia resursseja, tietoja, osaamista tai ideoita, joita toisilta toimijoilta puuttuu.

Osallistujat tuovat yhteiskehittämiseen oman osaamisensa, joka auttaa muita osallistujia ylittämään oman osaamisensa rajat ja löytämään uusia näkökulmia käsillä olevaan kehittämishaasteeseen. Toisaalta, osallistujien erilaiset taustat, kuten esimerkiksi kulttuuriset ja koulutustaustat, voivat aiheuttaa esteitä ja väärinkäsityksiä. Osallistujilla on paljon ns. hiljaista tietoa, jonka näkyväksi tekeminen edistää jaetun ymmärryksen luomista. Näin ollen, yhteiskehittämisessä suositaan työtapoja ja menetelmiä, jotka edistävät yhteisen ymmärryksen luomista, luovaa ajattelua ja rohkaisevat osallistujia ilmaisemaan itseään. Menetelmien tarkoitus on tukea kaikkien osallistujien sekä suunnittelijoiden luovuutta. Yhteiskehittämisen menetelmät tuottavat tyypillisesti visuaalista ja sanallista tietoa suunnittelumahdollisuuksien löytämiseksi ja rajaamiseksi.

Yhteiskehittäminen voidaan nähdä myös innovatiivisen tietoyhteisön systemaattisena uuden tiedon tuottamisen keinona. Innovatiivisissa tietoyhteisöissä oppimisen ja ihmisen kognitiivisen toiminnan lähtökoh- ta ei ole yksilön mieli eivätkä yhteisölliset käytännöt itsessään, vaan yksilön ja yhteisön vuorovaikutus, joka tapahtuu erilaisten ihmisten tuottamien välittävien artefaktien avulla. (Paavola & Hakkarainen 2008, Paavola 2012.) Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskehittämisessä välittävinä elementteinä voidaan pitää yhteiskehit-

tämisen kohteena olevaa sote-palvelua ja sen osia, jonka kehittämiseksi innovatiivinen tietoyhteisö tuottaa uutta tietoa ja työskentelee yhdessä.

Yhteiskehittäminen tarjoaa olemassa olevien kansalaisvaikuttamisen kanavien rinnalle uuden tavan osallistua ja vaikuttaa suoraan palveluihin ja toimintatapoihin. Palveluiden asiakkaat ideoivat ja testaavat kehitettäviä ratkaisuja omassa arjessaan. Toimintatapana yhteiskehittäminen tuo siten asiakkuuden ja palvelun toimintaympäristön uudella tavalla osaksi kehittämistä ja päätöksentekoprosessia. Samalla se haastaa perinteisen julkisen sektorin palvelujärjestelmien toimintakulttuurin eri tasoja läpileikkaavana ilmiönä (Tuurnas 2016; Steen & Tuurnas 2018) sekä hallintoperustaisen päätöksenteon, johon ovat ensisijaisesti osallistunut poliitikot ja toimialueiden johtajat.

Käytännössä yhteiskehittäminen on yhteisten haasteiden tunnistamista ja tavoitteellista työskentelyä niiden ratkaisemiseksi yhteistyössä. Kaikki yhteiskehittämiseen osallistuvat toimijat pyrkivät pääsemään samaan päämäärään, vaikka lähestyvät haastetta kukin omasta näkökulmastaan ja saavat arvoa sen ratkaisemisesta eri tavoin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteiskehittäminen edellyttää siihen osallistuvilta toimijoilta muun muassa "tasavertaista kohtaamista, sinnikkyyttä tutkia ja edetä kohti tuntematonta, tavoitteiden ja resurssien oikeudenmukaista yhdistämistä, prosessin ohjaamista ja koordinointia sekä aitoa asiakasympäristöä ratkaisun kehittämiseen" (Kauppinen ym. 2020, 7).

PROSESSIMALLIYHTEISKEHITTÄMISEEN

Tämä kappale esittelee CoHeWe-hankeessa luodun yhteiskehittämisen prosessimallin. Prosessimallia testattiin ja kehitettiin edelleen hankkeen 35stä yhteiskehittämisen kokeilusta karttuneen kokemusten ja eri toimijoilta vastaanotetun palautteen perusteella. Yhteiskehittämisen prosessimalli on kuvattu Kuviossa 1 ja prosessin vaiheet avattu Taulukossa 2.



Kuvio 1. Yhteiskehittämisen prosessimalli (Kauppinen ym. 2020).

Taulukko 1. Yhteiskehittämisen prosessin osavaiheiden kuvaukset (Kauppinen ym. 2020).

YHTEISKEHITTÄMISEN PROSESSIN VAIHEET	OSAVAIHEET JA NIIDEN KUVAUKSET
1. Kehittämistarpeen tunnistaminen	<p>1.1 Palveluympäristön ymmärrystä syvennetään ja siitä nousevia kehittämistarpeita pyritään tunnistamaan hyödyntämällä erilaisia asiakkaita ja sote-ammattilaisia.</p> <p>1.2 Suunnitteluratkaisun kehittämistä varten tarvittava käyttöympäristö ja siellä toimivat ammattilaiset pyydetään ja sitoutetaan yhteiskehittämiseen mukaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sote-ammattilaiset osallistuvat vuoropuheluun yritysten kanssa sekä ratkaisuehdotusten arviointiin ja valintaan.</p> <p>1.3 Tunnistetuista kehittämistarpeista muodostetaan suunnitteluhaaste kerättyjen, analysoidujen ja priorisoitujen tarpeiden perusteella. Haasteen kuvaus ei saa olla liian rajaava vaan sen tulee jättää tilaa erilaisille ratkaisuvaihtoehdoille.</p>
2. Haasteeseen vastaaminen	<p>2.1 Suunnitteluhaasteesta viestitään mahdollisimman laajasti eri toimialoilla toimiville yrityksille. Viestinnässä hyödynnetään monipuolisesti erilaisia julkaisu-kanavia sekä yritysten suoraa kontaktointia. Haasteen taustalla olevia kehittämistarpeita voidaan avata yrityksille erilaisten asiakkaita kuvaavien visualisointien, yhteistyö-tilaisuuksien ja kehittämisympäristöön suuntautuvien tutustumiskäyntien avulla.</p> <p>2.2 Vertailemalla yritysten lähettämiä ratkaisuvaihtoehtoja luodaan kuvaa tarjolla olevista mahdollisuuksista. Tavoitteena on löytää erilaisia vaihtoehtoja haasteen ratkaisemiseksi. Markkinavuoropuhelu mahdollistaa tiedon vaihtamisen ja vuoropuhelun sote-ammattilaisten, yritysten, asiakkaiden ja muiden toimijoiden välillä.</p> <p>2.3 Ratkaisuehdotukset arvioidaan ennalta sovittuja arviointikriteereitä hyödyntämällä ja valitaan yritykset yhteiskehittämisen viimeiseen vaiheeseen eli toteuttamaan kokeiluja. Tehdään yrityksen kanssa sopimus kokeilun toteuttamisesta.</p>
3. Haasteesta ratkaisuksi	<p>3.1 Kokeilun tavoitteet, käytännön toteutus ja arviointi suunnitellaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Suunnitteluratkaisu kehitetään prototyyppiä, jota voidaan testata ja kehittää edelleen aidossa toimintaympäristössä yhdessä asiakkaiden ja sidosryhmien kanssa.</p> <p>3.2 Loppukäyttäjät, sote-ammattilaiset ja sote-palvelujen asiakkaat, testaavat prototyyppiä aidossa käyttöympäristössä. Kokeilun aikana kerätyn käyttäjäpalautteen perusteella suunnitteluratkaisua kehitetään edelleen vastaamaan paremmin loppukäyttäjien tarpeita ja sote-organisaation palvelujärjestelmää koskevia toiminnallisia tavoitteita. Testaamisen ja jatko-kehittämisen vaiheet vuorottelevat.</p> <p>3.3 Suunnitteluratkaisu arvioidaan kokeilun suunnitteluvaiheessa määriteltyjä arviointikriteerejä vasten. Arvioinnissa tarkastellaan muun muassa, miten hyvin suunnitteluratkaisun odotetaan edistävän asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia, sekä miten se kytkeytyy sote-organisaation palvelujärjestelmää koskeviin toiminnallisiin ja taloudellisiin tavoitteisiin. Samalla arvioidaan koko yhteiskehittämisen prosessin toteutumista suhteessa siihen käytettyihin resursseihin.</p>

ESIMERKKEJÄ SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN YHTEISKEHITTÄMISESTÄ

Co-created health and wellbeing -hankkeen keskiössä oli kaupunkien ja yritysten innovaatioyhteistyön edistäminen. Tavoitteena oli terveyttä ja hyvinvointia edistävien sekä sairauksia ennaltaehkäisevien asiakaslähtöisten sosiaali-, hyvinvointi- ja terveyspalveluiden yhteiskehittäminen ja käyttöönotto neljässä kaupungissa (Helsinki, Tampere, Oulu ja Vantaa). Hankkeen aikana luotua yhteiskehittämisen prosessia hyödynnettiin uusien sosiaali- ja terveyspalveluihin suunnattujen ratkaisujen kehittämisessä. Seuraavissa taulukoissa (2 - 6) hanketoimijat esittelevät tiivistetyt ja yksityiskohtaisemmat kuvauksia hankkeessa toteutetuista kokeiluista; niiden suunnitteluhaasteista, kehittämissympäristöistä, kehitetyistä ratkaisuista sekä niiden välittömistä vaikutuksista. Välittömien vaikutusten arvioinnissa kuvataan, kuinka hyvin tunnistettu kehittämistarve pystyttiin ratkaisemaan yhteiskehittämisen avulla.

Taulukko 2. Asiakkaan odotusajan hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa TEPPO-sovelluksella (Kauppinen, Luojus & Kesäniemi 2020).

ASIAKKAAN ODOTUSAJAN HYÖDYNTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA TEPPO-SOVELLUKSELLA	
Kehittämissympäristö	Oulun kaupunki, Haukiputaan hyvinvointikeskus
Yhteiskehittämiseen osallistuneet toimijat	Haukiputaan hyvinvointikeskuksessa kokeiluun osallistuvat sairaanhoitajat (7 hlö) ja asiakkaat (30 hlö), yritys Kaswe Oy ja CoHeWe / Oulun kaupunki ja Oulun yliopisto
Suunnitteluhaaste	Asiakas joutuu usein odottamaan palveluihin pääsyä jopa tunteja esimerkiksi hyvinvointikeskuksen akuuttivastaanotolla, jonne saavutaan ilman ajanvarausta. Odotusaikaa ei tavallisesti hyödynnetä mitenkään. Asiakas ei voi seurata odotuksen etenemistä, joten hän ei voi poistua paikalta. Henkilökunnan näkökulmasta terveysaseman päivystys on kiireinen ja arvaamaton ympäristö, koska asiakasvirtaa ei voida ennakoida. Suunnitteluhaasteena oli löytää mobiiliratkaisu, jonka avulla voidaan odotusaikana kerätä hoidon kannalta tarpeellisia tietoja asiakkaasta.
Yhteiskeitetty ratkaisu	Yhteiskeitettäväksi tuotteeksi valikoitui Kaswe Oy:n tablet-laitteella toimiva Tepo-sovellus, jolla asiakas suoritti triage-hoitajan käyttäjäkohtaisesti osoittamia tehtäviä. Nämä olivat esitieto-, tulosy- ja hyvinvointikyselyiden täyttöä ja mittauksen (verenpaine, happisaturaatio) suorittamista Bluetooth-yhdistetyillä laitteilla. Käyttö sijoittui hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitajan akuuttivastaanoton väliin. Hoidon tarpeen arvioinnissa triage-hoitaja määräsi tehtävät ammattilaisen verkkokäyttöliittymässä ja huolehti asiakkaalle annettavan laitteen luovutuksen ja palautuksen. Akuuttivastaanoton hoitaja hyödynsi tehtävien tuloksia työssään.
Raportoidut välittömät vaikutukset	<ul style="list-style-type: none">• Kokeilu osoitti, että tuote ei sovellu hoitoprosessin tähän vaiheeseen, koska ratkaisu kuormitti triage-hoitajien työtä.• Kokeilu osoitti, että jokin rauhallisempi toimintaympäristö (esim. neuvola), jossa asiakkaiden vointi on parempi, voisi sopia sovelluksen kehittämissympäristöksi hyvinvointikeskuksen akuuttivastaanottoa paremmin.• Yritys sai toivomansa ensimmäisen julkisen sektorin referenssin.

Taulukko 23 Masennuksen omaseuranta Mielialapäiväkirja-palvelun avulla
(Kauppinen, Luojus & Kesäniemi 2020).

MASENNUKSEN OMASEURANTA MIELIALAPÄIVÄKIRJA-PALVELUN AVULLA	
Kehittämissympäristö	Tampereen kaupungin psykiatria ja päihdekeskus ja Oulun kaupungin opiskelijaterveydenhuolto, Ohjaamo ja yksi hyvinvointikeskus.
Yhteiskehittämiseen osallistuneet toimijat	Tampereen ja Oulun sote-ammattilaisia (11 hlö) ja asiakkaita (26 hlö), yritys Medified Oy, CoHeWe / Tampereen kaupunki, Oulun kaupunki ja Oulun yliopisto
Suunnitteluhaaste	Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi masennuksen oireista kärsivän asiakkaan mielialan ja toimintakyvyn tukemiseen kaivattiin apuvälineitä ja haluttiin tunnistaa digitalisaation tarjoamia mahdollisuuksia niin omaseurantaan kuin ammattilaistenkin hyödynnettäväksi.
Yhteiskehitetty ratkaisu	Medified Oy:n Mielialapäiväkirja oli prototyypivaiheessa oleva yli 18-vuotiaille masennuksen oireiden kirjaamiseen ja itsensä havainnointiin tarkoitettu omaseurannan mobiiliratkaisu, josta kirjatut tiedot voivat toimia myös ammattilaisten apuna hoitostatuksen määrittelyssä ja hoitotilanteissa.
Raportoidut välittömät vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Mieliapäiväkirjalla asiakkaan voinnin etäseuranta onnistuu ilman varsinaista tapaamista tai vaikkapa muun asiakastapaamisen peruuntuessa tai työn niin salliessa. • Sovellus auttaa ymmärtämään, mitkä asiat voivat vaikuttaa mielialaan alentavasti ja mitkä positiivisesti sekä antaa realistista tietoa millainen psyykinen vointi on oikeasti ollut. • Kokeilut tukivat yrityksen tuotekehitystä validoimalla tuotteen vähimmäisominaisuudet oikeassa käyttöympäristössä. Yritys julkaisi hieman kokeilujen jälkeen Mielialapäiväkirja applikaation markkinoille.

Taulukko 4. Sydämen vajaatoimintapotilaan painon etäseuranta
(Kauppinen, Luojus & Kesäniemi 2020).

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN PAINON ETÄSEURANTA	
Kehittämissympäristö	Tampereen kaupungin kotihoito (tesoma, Pispä ja Tammerkoski) ja TAYS Sydänsairaalan sydänpoliiniikka
Yhteiskehittämiseen osallistuneet toimijat	Kotihoidon ja Sydänsairaalan hoitajia ja lääkäreitä sekä asiakkaita (44 hlö), yritys Benete Oy,
Suunnitteluhaaste	Painon seuranta on oleellinen osa sydämen vajaatoimintapotilaan käypähoitosuosituksen mukaista omahoitoa. Painon muutosten etäseurannalla voidaan tehostaa hoitoa aikaisessa vaiheessa ja parantaa potilaiden elämänlaatua sekä vähentää sairaalahoidon tarvetta. Pitkät sairaalahoitajaksot laskevat ikääntyneen ihmisen toimintakykyä pitkäksi aikaa. Usein iäkkäät sydämen vajaatoimintapotilaat sinnittelevät kotona pitkään eivätkä hakeudu riittävän ajoissa hoitamaan sydämen vajaatoiminnan pahenemista.
Yhteiskehitetty ratkaisu	Kumppaniksi valittiin Benete Oy, joka on erikoistunut hyvinvointianalytiikkaan. Benetellä jo käytössä olevan alustaratkaisun päälle lähdettiin yhdessä kotihoidon sairaanhoitajien kanssa kehittämään ratkaisua, joka kerää tiedon potilaan päivittäisestä painosta ja välittää seurantadatan ammattilaiselle automaattisesti. Teknisen ratkaisun lisäksi kehitettiin työprosessia niin, että sairaanhoitaja pystyi saamansa datan pohjalta tekemään itsenäisemmin muutoksia potilaan lääkitykseen ilman lääkärin konsultointia. Kotihoidon ja sairaalan yhteistyötä parannettiin myös niin, että äkillistä sairaalahoitoa tarvitsevan potilaan ei tarvinnut hakeutua ensiapuun vaan hänet pystyttiin ohjaamaan suoraan oikealle osastolle Sydänsairaalaan.
Raportoidut välittömät vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Mahdollistaa sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoprosessin laadun parantamisen: mm. potilaan turvallisuuden tunne lisääntyi sekä hoidontarvetta pystyttiin ennakoimaan paremmin. • Ammattilaisten työn hallinnan tunne kasvoi, kun he saivat käyttöönsä reaaliaikaisesti hoidon suunnittelussa tarvittavan tiedon. • Kokeilu antoi lupaavia viitteitä siitä, että painon etäseurannalle asetetut hoidon laatua parantavat ja kustannushyötyä tavoittelevat tavoitteet olisivat saavutettavissa. • Yrityksen liiketoimintamahdollisuudet kasvoivat. Syntynyt ratkaisu oli nopeasti tuotteistettavissa ja tuotavissa markkinoille.

Taulukko 5. Perhekeskuksen palveluohjauksen digitaalinen työkalu sote-ammattilaisille
(Kauppinen, Luojus & Kesäniemi 2020).

PERHEKESKUKSEN PALVELUOHJAUKSEN DIGITAALINEN TYÖKALU SOTE-AMMATTILAISILLE	
Kehittämysympäristö	Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala, perhe- ja sosiaalipalvelut
Yhteiskehittämiseen osallistuneet toimijat	Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan työntekijöitä, yritys Dexem Oy, CoHeWe / Forum Virium Helsinki Oy
Suunnitteluhaaste	Helsingin sosiaali- ja terveystoimen uudelle asiakkaalle tehdään aina palvelu- ja hoidontarpeen arvio, jonka pohjalta ammattilainen hakee asiakkaalle tarkoituksenmukaista palvelukokonaisuutta. Palvelutarjonta on laaja ja palveluiden löydettävyyden on usein haastavaa myös ammattilaisille. Yhteiskehitettäväksi etsittiin digitaalista ratkaisua, joka helpottaisi ammattilaisten työtä ja näin parantaisi myös asiakaskokemusta.
Yhteiskehitetty ratkaisu	Digitaalisen työkalun toteuttajaksi valittiin Dexmen Oy, joka on erikoistunut digitaalisen tiedon käsittelyyn ja hallintaan tarkoitettujen palveluiden tuottamiseen. Kehitetty työkalu helpottaa ammattilaisen tiedonhakuun kaupungin avoimesta tietovarannosta löytyvistä palveluista ja sujuvoittaa asiakkaan ohjaamista tarvitsemansa avun piiriin.
Raportoidut välittömät vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> Asiakaspalveluprosessi parani, koska palveluprosessi nopeutui, tiedonkulku helpottui ja asiakas pääsi palveluun oikea-aikaisesti. Tämä vaikutti positiivisesti myös asiakaskokemukseen. Ammattilaisten työprosessit sujuvoituivat ja se näkyi muun muassa työntekijöiden kuormituksen vähentymisenä.

Taulukko 6. Fysioterapian harjoitteiden etäseuranta kolmesta näkökulmasta (Kauppinen, Luojus & Kesäniemi 2020).

FYSIOTERAPIAN HARJOITTEIDEN ETÄSEURANTA: A) KOTONA TOTEUTUVAN ETÄNÄ SEURATTAVAN HARJOITTELUN PALVELU B) OMATOIMISEN HARJOITTELUN HARJOITUSKIOSKI C) PALVELU HARJOITTEIDEN OHJAUKSEEN ETÄYHTEYDELLÄ	
Kehittämissympäristö	Vantaan kaupungin terveyspalvelujen kuntoutusyksikön fysioterapia Myyrmäen, Tikkurilan ja Koivukylän terveysasemilla
Yhteiskehittämiseen osallistuneet toimijat	Fysioterapian asiakkaat ja fysioterapeutit, yritys GoodLife Technology Oy, CoHeWe / Vantaan kaupunki
Suunnitteluhaaste	Säännöllinen harjoittelu on keskeisessä osassa toimintakykyä edistävässä kuntoutuksessa. Asiakkaan motivoituminen ja sitoutuminen itsenäiseen harjoitteluun sekä harjoittelun toteutumisen seuranta ovat kuntoutuksessa haasteita. Suunnitteluhaasteena oli löytää asiakkaan itsenäistä harjoittelua motivoiva ja harjoittelua seuraava etäkuntoutusratkaisu.
Yhteiskehitetty ratkaisu	Fysioterapian harjoitteiden etäseurannan suunnitteluhaasteen ratkaisemiseksi kehitettiin kolmea GoodLife Technology Oy:n ratkaisua. Kiosk Trainer on liiketunnistinkameraan perustuva järjestelmä, jonka avulla omatoimista harjoittelua voidaan tukea yhteiskäyttötiloissa. Laitteen sisältö tulee valmiista fysioterapian harjoitekirjastosta. Yhtä nappia painamalla toimiva TV Trainer liitetään television HDMI-porttiin ja se tuo fysioterapeutin luomia harjoitusohjelmia seurattavaksi television välityksellä. Remote Trainer integroi valmiit fysioterapian harjoitesisällöt videopuheluun fysioterapeutin kanssa. Ammatilainen voi tällöin keskittyä asiakkaan seuraamiseen, ohjaamiseen ja raportointiin, ja asiakas puolestaan näkee videolta esimerkkisuorituksen ja kuulee ammatilaisen ohjauksen äänen välityksellä.
Raportoidut välittömät vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Kokeiluista saatiin tietoa kehittämissympäristön valmiudesta ja etäkuntoutusratkaisujen mahdollisuuksista ja toimivuuden edellytyksistä kuntoutuspalveluissa. • Etäkuntoutus tuki asiakkaan aktiivista roolia kuntoutuksessa. Matkustamisen tarpeen väheneminen oli etu etenkin silloin, kun asiakkaan liikkuminen vastaanotolle olisi vaikeaa. • Ammatilaisen kohdalla etäyhteyden ottaminen voi säästää aikaa, auttaa asiakkaan arjen hahmottamista sekä tukea asteittaisen, nousujohdon • Kokeilu tuki yrityksen tuotekehitystä tarjoamalla tietoa alunperin laitoksiin kehitettyjen ratkaisujen toimivuudesta avopuolella.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteiskehittämistä on hyödynnetty useilla julkishallinnon aloilla laajentamaan kansalaisten mahdollisuuksia osallistua julkisten palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä lisäämään kansalaisten osallisuutta julkisen sektorin toiminnan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Yhteiskehittämisen sulautuminen luonnolliseksi osaksi kompleksista terveydenhuollon palveluekosysteemiä on kuitenkin vielä perin varhaisella kypsyyssasteella. Ilman järjestelmällistä ja tavoitteellista kehittämistä yhteiskehittäminen uhkaa jäädä yksittäisten kehittämishankkeiden varaan, eikä siitä synny kestävää ja pysyvää lähestymistapaa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Kuten aikaisemmat tutkimukset (ks. Torfing 2016) ovat osoittaneet, yhteiskehittämisen lähestymistavan tulisi olla sisäänrakennettuna julkisen sektorin toimintamalleihin sekä toimintakulttuuriin. Lisäksi on tärkeää kehittää mittareita ja toimintamalleja, joilla uusien yhteiskehittämisen tuloksena syntyneiden terveyspalvelujen vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin voidaan arvioida kriittisesti esimerkiksi hyötyjen, haittojen, hyväksyttävyyden, toteutettavuuden, resurssien käytön ja tasapuolisuuden näkökulmista. (Luojaus & Kauppinen 2021).

Pääministeri Marinin hallitusohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on tehdä Suomesta maailman toimivimmin kokeilu- ja innovaatioympäristö, joka tuottaa kestäviä ratkaisuja yhteiskunnallisiin haasteisiin. Tämän tavoitteen saavuttamista edistämään laadittu kansallinen tutkimus- ja kehittämistoiminnan tiekartta linjaa kolme toisiinsa liittyvää strategista kehittämiskohdetta, jotka ovat (1) merkittävä kansallinen osaamis- ja koulutustason nostaminen, (2) TKI-toimijoiden yhteistyötä vahvistavan uudenlaisen kumppanuusmallin kehittäminen sekä (3) julkisen sektorin uudistumisen ja innovaatiokyvyn vahvistaminen. Uusilla yhteistyötä tukevilla toimintamalleilla, kuten uudella kumppanuusmallilla, pyritään julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön vauhdittamiseen ja tiivistämiseen. Tavoitetta tukemaan valmistellaan lisäksi julkisen sektorin innovaatio-ohjelmaa, jolla pyritään julkisen sektorin, muun muassa sosiaali- ja terveysalan, kehityshaasteiden ratkaisemiseen TKI-toimintaa hyödyntämällä sekä avaamaan yrityksille uusia liiketoimintamahdollisuuksia. (TEM 2019). Yhteiskehittäminen voidaan nähdä yhtenä tällaisena TKI-toimijoiden yhteistyötä vahvistavana lähestymistapana ja lähtökohtana uudenlaisen kumppanuusmallin kehittämiselle.

Yhteiskehittäminen lähestymistapana haastaa myös julkisen sektorin perinteisen hallintomallin. Valtiovarainministeriön joulukuun 2020 alussa julkaisema julkisen hallinnon uudistamisen strategialla ja sen toimintalinjauksilla pyritään edistämään julkisen sektorin uudistumista ja innovaatiokyvyn vahvistamista (Valtiovarainministeriö 2020). Sen voidaan odottaa luovan aikaisempaa paremmat edellytykset julkisten palvelujen yhteiskehittämiselle ja toimintatavan juurtumiselle entistä laajemmin julkisen sektorin palveluekosysteemeihin.

Lähteet

Akaka, M. A., Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2013. The complexity of context: A service ecosystems approach for international marketing. *Journal of International Marketing*, 21(4), 1-20.

Branden, T. & Honingh, M. 2018. Definitions of co-production and co-creation. In *Co-Production and Co-Creation* (pp. 9-17). Routledge.

Kauppinen, S., Kesäniemi, E., Luojus, S., Peeter, L., Lönn, N., Pääkkönen, J. & Hult, T. 2020. Tarpeesta ratkaisuksi: Yhteiskehittämisen opas sosiaali- ja terveydenhuollossa. Forum Virium Helsinki ja Laurea-ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-331-876-2>

Kauppinen, S., Luojus, S. & Kesäniemi, E. 2020. Kooste COHEWE-hankkeen raportointiaineistosta. Julkaisematon työpäpaperi. Laurea ammattikorkeakoulu, Cohewe-hanke.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L.K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. & Karanikolos, M. 2019. Finland: Health System Review. *Health systems in transition*, 21(2), 1.

Kettunen, P. 2017. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimusraportteja 2/2017. Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf

Luojus, S. & Kauppinen, S. 2021. Yritykset innovatiivisina yhteiskehittäjinä terveydenhuollon palveluekosysteemissä. Teoksessa: Miettinen, S. (toim.) *Muotoilun avaimet: älykkääseen teollisuuteen ja liiketoiminnan ketterään kehittämiseen*. 294-302. Teknologiatieto Teknova oy.

Palumbo, R. 2017. The bright side and the dark side of patient empowerment: Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment. Springer.

Paavola, S. 2012. Trialoginen oppiminen. Teoksessa: Ilomäki, L. (toim.). *Laatua e-oppimateriaaleihin*. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Helsinki: Opetushallitus. *Oppaat ja käsikirjat 2012:5*. 115-120. https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatua_e-oppimateriaaleihin_2.pdf

Paavola, S. & Hakkarainen, K. 2008. Välittyneisyys ja trialogisuus innovatiivisten tietoyhteisöjen perustana. Teoksessa: Engeström, R., & Virkkunen, J. (toim.). *Kulttuurinen välittyneisyys oppimisessa ja toiminnassa*. Helsinki: Helsingin yliopisto, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Tutkimusraportteja 11. 47-80.

Pitkänen, L., Torkki, P., Tolkki, H., Valtakari, M. & Leskelä, R. L. 2020. Reittiopas vaikuttavuuteen: Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-820-5>

- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. 2006.** Redefining Healthcare - Creating Value-based Competition for Results. Harvard Business School Press, Boston.
- Prahalad, C. K. & Ramaswamy, V. 2000.** Co-opting customer competence. Harvard business review, 78(1), 79-90.
- Sanders, E. B. N. & Stappers, P. J. 2008.** Co-creation and the new landscapes of design. Co-design, 4(1), 5-18.
- Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., Panteli, D., McKee, M., Soucat, A. & Figueras, J. 2021.** Building on value-based health care: Towards a health system perspective.
- Steen, T., Brandsen, T. & Verschuere, B. 2018.** The dark side of co-creation and co-production: seven evils. In Co-production and co-Creation, 284-293. Routledge.
- Steen, T. & Tuurnas, S. 2018.** The roles of the professional in co-production and co-creation processes. In Co-production and co-creation, 80-92. Routledge.
- Torfiing, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. 2019.** Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits, and ways forward. Administration & Society, 51(5), 795-825.
- Tuurnas, S. 2016b.** The Professional Side of Co-Production. Academic dissertation. Acta Universitatis Tamperensis 2163. Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0110-1>
- Valovirta, V., Alhola, K., Levösluoto, J., Nissinen, A., Oksanen, J., Pelkonen, A. & Turtonen, A. 2017.** Innovatiiviset julkiset hankinnat-määrittely, mahdollisuudet ja mittaaminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 82/2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160439/82_Innohankinnat%20Teas%20Loppuraportti1912.pdf
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2004.** Evolving to a new dominant logic for marketing. Journal of marketing, 68(1), 1-17.
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. & Tummers, L. G. 2015.** A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. Public management review, 17(9), 1333-1357.



Kohti vaikuttavampaa sote-palvelujen yhteiskehittämistä

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUILLA tavoitellaan kuntalaisten elämänlaadun parantamista vastaamalla erilaisiin terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviin ongelmiin, haasteisiin ja tarpeisiin. Mikäli palvelulle asetetut tavoitteet saavutetaan, voidaan sanoa, että palvelulla on vaikuttavuutta ja sen avulla saadaan aikaan haluttuja tuloksia. Tulokset ovat yleensä muutoksia asiakkaan elämässä. Näihin muutoksiin viitataan usein käsitteellä ”asiakasmuutos”. (Kettunen 2017.)

Luonnollisesti arviointi edellyttää myös muiden saavutettuun tavoitteeseen mahdollisesti vaikuttavien tekijöiden huomioon ottamista. Vaikuttavuus tai sen puute määrittävät lopulta intervention tai palvelun arvon (Paasio 2003). Toisin sanoen, vaikuttavuuden arvioinnilla tuotetaan suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti tietoa palvelujen toimivuudesta ja pyritään siten parantamaan palvelujen laatua ja tuloksellisuutta (Kettunen 2017). Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin arvioidaan usein terveys- ja lääketieteen perinteiden mukaisesti mm. sairauden tai tilan eteneminen, tai terveysteknologian näkökulmista.

Monet olemassa olevat sote-palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin menetelmät ja viitekehykset ovat systemaattisia, tehokkaita ja ne tuottavat korvaamatonta arviointitietoa palvelujen vaikuttavuudesta esimerkiksi lääketieteen- tai terveystieteen näkökulmista. Yhteiskehittämisen näkökulmasta ne ovat käytännössä osoittautuneet kuitenkin ovat usein liian raskaita sekä vaativat liian paljon aikaa, resursseja ja syvällistä substanssiosaamista. Sote-palvelujen yhteiskehittämisen tueksi tarvitaan ketterämpiä ja kevyempiä vaikuttavuuden arvioinnin työkaluja ja menetelmiä, joiden avulla myös ei sote-ammattilaiset kuten yritysten edustajat voivat osallistua palvelujen vaikuttavuuden arviointiin.

Seuraavissa artikkeleissa käsitellään vaikuttavuuden arviointia yhteiskehittämisen prosessin osana.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun vaikuttavuuden arviointi: esimerkkinä Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu

Satu Luojus & Sami Kauppinen, Laurea-ammattikorkeakoulu

PUHEEN, KIELEN JA kommunikoinnin kuntoutus perustuu aktiiviseen kotiharjoitteluun. Lasten kotiharjoittelun motivointia koetaan haastavana. Yhteiskehittämisen kohteeksi valitulla palvelulla tavoiteltiin puheterapiassa asetettujen, äännevirheiden kuntoutukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamista. Uusi "Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu" otettiin testattavaksi lasten äännevirheiden kuntoutukseen Vantaan kaupungin Perusterveydenhuollon puheterapiassa. Kolme perusterveydenhuollon puheterapeuttia käyttivät palvelua omassa työssään kuusi kuukautta keväällä 2020. Palvelu kehitettiin tiiviissä yhteistyössä puheterapeuttien ja puheterapian 40 asiakasperheen kanssa. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun arviointi perustuu kokeilun dokumentointiin sekä sen kuluessa toteutettuihin haastatteluihin, työpajoihin ja palautekyselyihin. Kokeiluun osallistuneiden puheterapian ammattilaisen kokemuksia kartoitettiin haastattelulla. Arvioinnin ja jatkokehittämisen työpajaan osallistui puheterapian asiakasperheiden huoltajia. Lisäksi palvelusta kerättiin palautetta kyselyillä puheterapian asiakkailta ja ammattilaisilta. Tässä artikkelissa palvelun vaikutuksia arvioidaan puheterapian asiakkaan hyvinvoinnin sekä puheterapeutin työn näkökulmista. Arviointitiedon tuottamisella pyritään hyödyttämään paitsi sosiaali- ja terveysterveystieteiden päätöksentekoa, myös teknologiayrityksen tuote- ja palvelukehitystä sekä liiketoiminnan kehittämistä.

JOHDANTO

Kielen kehityksen häiriöt vaikuttavat lapsen koko kognitiiviseen ja psyykkiseen kehitykseen. Äännevirheillä tarkoitetaan yksittäisten äänneiden puuttumista tai poikkeavaa tuottamista. Vaikka oikein ajoitetun ja riittävän puheterapian avulla annettava puheen, kielen ja kommunikoinnin kuntoutus on tärkeä äännevirheen korjaantumisen ennustetta parantava tekijä, harjoittelu painottuu suurimmaksi osaksi aktiiviseen kotiharjoitteluun. Näin ollen lapsen (ja huoltajan) motivaatio harjoittelulle on ensiarvoisen tärkeää.

Perinteistä puheterapian kotiharjoittelua pidetään kuitenkin yksipuolisena ja etenkin lasten motivoivia itsenäiseen harjoitteluun haastavana. Kotiharjoitukset ovat usein tulostettu paperille, vaikka nykYTEknologia mahdollistaisi uudenlaisten harjoitteluympäristöjen toteuttamisen. Lisäksi perusterveydenhuollon niukat puheterapian resurssit saattavat vaikuttaa kuntoutuksen käynnistymiseen sekä asiakasperheen ja terapeutin keskinäisen vuorovaikutuksen tiiviyteen.

Digitaalisten ratkaisujen odotetaan mahdollistavan uudenlaisten motivoivien kotiharjoitteiden toteuttamisen sekä puheterapian toteuttamisen ajasta ja paikasta riippumattomasti. Osana Co-Created Health and Wellbeing (CoHeWe) -hanketta kehitettiin digitaalinen puheterapiapalvelu, jossa painotetaan itsenäistä harjoittelua. Hankkeessa yhteiskehitettiin ennaltaehkäiseviä sekä terveyttä ja hyvinvointia edistäviä innovatiivisia sosiaali- ja terveystalvneluja. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun tavoitteena oli edistää puheterapiassa asetettujen, äännevirheiden kuntoutukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamista.

Palvelu tarjosi vastaanottokäyntien sijaan verkkoympäristön yksittäisen äännevirheen (R, S, L ja K) kuntoutukseen. Palvelu sisälsi kattavan valikoiman erilaisia videoita ja harjoitusohjeita ja äännepelejä yksilöllisesti hyödynnettäväksi sekä viestintäkanavan puheterapeutin ja asiakkaan väliseen kommunikointiin.

Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu otettiin käyttöön ja kokeiltavaksi lasten äännevirheiden kuntoutukseen Vantaan kaupungin Perusterveydenhuollon puheterapiassa. Kolme perusterveydenhuollon puheterapeuttia käyttivät palvelua omassa työssään kuusi kuukautta keväällä 2020. Kokeilu toteutettiin tiiviissä yhteistyössä puheterapian 40 asiakasperheen (lasten ja heidän huoltajiensa) kanssa. Lapset ja heidän huoltajansa eivät tavanneet puheterapeuttia kuntoutusjakson aikana vastaanotolla, vaan yhteydenpito tapahtui palvelun avulla.

Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun arviointi perustuu kokeilun dokumentointiin sekä sen kuluessa toteutettuihin haastatteluihin, työpajoihin ja palautekyselyihin. Neljän kokeiluun osallistuneen puheterapian ammattilaisen kokemuksia kartoitettiin haastatteluilla. Arvioinnin ja jatkokehittämisen työpajaan osallistui puheterapian asiakasperheiden huoltajia. Lisäksi palvelusta kerättiin palautetta kyselyillä puheterapian asiakkailta ja ammattilaisilta. (Kauppinen ym. 2021.)

Tässä artikkelissa tarkastellaan Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun vaikutuksia puheterapian asiakkaan hyvinvointiin sekä puheterapeutin työhön. Artikkelin aluksi käsitellään palvelujen vaikuttavuuden arviointia ja sen merkitystä sosiaali- ja terveysalalla. Lisäksi esitellään Kettusen (2017) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin viitekehys. Tämän jälkeen esitellään lyhyesti palvelun yhteiskehittämisen prosessia, selkiytetään palvelulle asetetut tavoitteet ja kartoitetaan intervention tulokset. Lopuksi Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun vaikuttavuutta arvioidaan edellä mainittu Kettusen palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin viitekehksen avulla.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

Sosiaali- ja terveyspalveluilla tavoitellaan kuntalaisten elämänlaadun parantamista vastaamalla erilaisiin terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviin ongelmiin, haasteisiin ja tarpeisiin. Vaikuttavuuden arvioinnilla tuotetaan suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti tietoa palvelujen toimivuudesta ja pyritään siten parantamaan palvelujen laatua ja tuloksellisuutta.

Palveluja tarkasteltaessa voidaan erottaa toisistaan palvelun tuottaminen ja palvelun aikaansaama tulos. Perinteisesti keskustelu on painottunut enemmän palvelujen tuottamiseen, mutta viime vuosina painopiste on siirtynyt palvelun aikaansaaman tuloksen tarkasteluun. ”Mikäli palvelulle asetetut tavoitteet saavutetaan, voidaan palvelun todeta olevan vaikuttava”. Palvelun vaikuttavuus merkitsee sitä, että, palvelun avulla saadaan aikaan tuloksia. Tulokset ovat yleensä muutoksia asiakkaan elämässä. (Kettunen 2017.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa vaikuttavuudella viitataan myönteiseen muutokseen asiakkaan terveydessä, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa (Pitkänen ym. 2020). Näihin muutoksiin viitataan usein käsitteellä ”asiakasmuutos”. Luonnollisesti arviointi edellyttää myös muiden saavutettuun tavoitteeseen mahdollisesti vaikuttavien tekijöiden huomioon ottamista. Vaikuttavuus tai sen puute määrittävät lopulta intervention tai palvelun arvon (Paasio 2003).

Vaikuttavuuden arviointi edellyttää selkeän käsityksen muodostamista palvelun tai intervention vaikutusketjusta, jonka muodostavat intervention tavoitteet, toimenpiteet ja odotettavissa olevat tulokset. Määrittelyä kutsutaan arvioinnissa ohjelmateorian muodostamiseksi. Vaikuttavuuden arvioinnin tavoitteena on vastata kysymyksiin: Onko arvioinnin kohteena olevalle interventiolle ennalta asetut tavoitteet saavutettu? ja onko nämä tavoitteet saavutettu juuri kyseisen intervention avulla? (Kettunen 2017).

Vaikuttavuuden arviointi edellyttää, että tarkasteltavan intervention tavoitteiden toteutumista on mahdollista arvioida. Aluksi muodostetaan kuva siitä, mihin pyritään vaikuttamaan ja millä tavoin. Vaikuttavuuden arvioinnissa tarkastelun kohteena ovat sekä interventio että sen tulos. Vaikuttavuutta voidaan arvioida ainoastaan selkeästi määritellyn tavoitteen ja mitattavissa olevan tuloksen välillä. (Kettunen 2017.) Vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana on selvittää mitä interventiolla tavoitellaan, miten se toteutetaan ja miten intervention tulosta mitataan.

Ohjelmateoreettisen tarkastelun lähtökohta on selkeän käsityksen muodostaminen palvelun vaikutusketjusta, joka muodostuu intervention tavoitteiden, toimenpiteiden ja odotettavissa olevien tulosten selkiyttämisestä. Kettunen (2017) esittää palvelun vaikutusketjuun perustuvan vaikuttavuuden arvioinnin viitekehysten (Taulukko 1), joka perustuu intervention tavoitteiden, toimenpiteiden ja odotettavissa olevien tulosten selkiyttämisestä. Viitekehys jakaantuu viiteen vaiheeseen; (1) tavoite, (2) toimenpide, (3) kohdentuminen, (4) vaikutus ja (5) arviointi, joiden avulla edetään kohti vaikuttavuuden arvioinnin suorittamista.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin viitekehys (Kettunen 2017).

	SISÄLTÖ	MUOTO	HUOMIOI
TAVOITE	Mihin toiminnalla pyritään?	Konkreettinen, aikajakso, todennettavuus	Yhteiset tavoitteet keskusteltava
INTERVENTIO	Menetelmä, jolla tavoitetta lähestytään	Vakiinnuttaminen	Monista menetelmistä jo tietoa
TULOS	Toteutunut tavoite, voi olla epäsuora	Asiakasmuutos	Asiakasvaihtelu, kontekstin merkitys
VAIKUTTAVUUS	Tavoite, päämäärä	Asiakasmuutoksen aikaansaama tilanne	Voi kestää todentua
ARVIOINTI	Tavoite, päämäärä	Viitekehys	Monipuoliset tietolähteet

Ensimmäisessä vaiheessa (tavoite) toiminnan kohteena oleva tarve tai ongelma kartoitetaan ja määritellään kattavasti. Tarve tai ongelma kuvataan yksiselitteisesti ja kattavasti. Lisäksi määritellään minkäläistä muutosta interventiolla tavoitellaan ja miten se voidaan todentaa. Tutkimuskirjallisuuden hyödyntäminen ilmiön määrittelyssä ja intervention suunnittelussa on olennaista. Toinen vaihe (Interventio) viittaa välineisiin ja menetelmiin, joilla tavoitetta toteutetaan. Välineiden tulisi olla määrämuotoisia, jotta niitä voidaan testata. Niitä koskevaa olemassa olevaa tutkimustietoa on hyvä hyödyntää. (Kettunen 2017.)

Kolmannessa vaiheessa (tulos) selkiytetään intervention odotetut tulokset, jotka ovat usein asiakasmuutoksia. Jo interventioprosessia avaavassa ohjelmateoreettisessa keskustelussa eri toimijoiden on hyvä luoda yhteinen käsitys siitä, millaista muutosta tavoitellaan tai on realistista tavoitella. Neljäs vaihe (Vaikuttavuus) koskee asiakasmuutoksen aikaansaamaa vaikutusta, joka on yleensä toiminnan päämäärä. Viides vaihe (Arviointi) keskittyy muutoksen arviointiin ja mittareihin. Viitekehysten kolmatta, neljättä ja viidettä vaihetta voidaan tarkastella yhdessä, sillä kaikissa niissä on kyse tuloksen arvioinnista. (Kettunen 2017.)

PUHETERAPIAN ITSENÄISEN HARJOITTELUN PALVELUN (VAIKUTTAVUUDEN) ARVIOINTI

Osana CoHeWe-hankkeen toteutusta Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystalouksissa tunnistettiin tarve kehittää uusia ratkaisuja puheterapian itsenäisen harjoittelun tueksi, erityisesti yksittäisen äännevirheen kuntoutukseen. Perinteinen puheterapian kotiharjoittelu koetaan yksipuolisena ja etenkin lasten motivointi itsenäiseen harjoitteluun haastavana. Toisaalta ajatellaan, että uudenlaiset teknologiat voisivat mahdollistaa uudenlaisia puheterapian digitaalisia harjoitteluympäristöjä.

Tunnistetun kehittämistarpeen pohjalta hanketoimijat laativat yrityksille suunnitteluhaasteen ”Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun” kehittämiseksi. Yhteiskehittämisen prosessin alussa julkaistiin suunnitteluhaaste, jossa suunnitteluratkaisulle määriteltiin tavoitteet. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun tulee:

1. Motivoida asiakasta itsenäiseen kotiharjoitteluun.
2. Tukea asiakkaan puheterapiassa asetettujen äännevirheiden kuntouttamiseen liittyvien tavoitteiden saavuttamisessa.
3. Tarjota aikaan ja paikkaan sitomattoman harjoitteluympäristön puheterapian asiakkaalle.
4. Helpottaa puheterapeutin työn suunnittelua sekä tukea asiakkaan edistymisen seurantaan.

Suunnitteluhaaste julkaistiin yrityksille tietopyyntönä HILMA-järjestelmässä. Kaksi yritystä osoitti kiinnostuksensa suunnitteluhaasteen ratkaisemiseen ja yhteiskehittämisen prosessiin osallistumiseen. Toinen niistä valittiin suunnitteluratkaisun teknisen toteutuksen kehittäjäksi. ”Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun” yhteiskehittämisen prosessiin osallistuivat CoHeWe-hankkeen Vantaan kaupungissa osuudesta vastaava projektipäällikkö, Vantaan kaupungin kuntoutuspalveluiden päällikkö, kolme puheterapeuttia ja 40 asiakasperhettä. Teknologista ratkaisua kehittävästä yrityksestä yhteiskehittämiseen osallistui kolme asiantuntijaa ja yrityksen puheterapeutti tarjosi konsultointia käyttöönoton tueksi.

Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun arviointi perustuu kokeilujakson aikana ja sen päätyttyä kerättyyn aineistoon: a) yhteiskehittämisen ja testaamisen aikana toteutettuun säännölliseen seurantaan ja toimintaa ohjaaviin palautekeskusteluihin yrityksen ja puheterapeuttien kanssa, kahteen puheterapeuteille ja asiakkaille järjestettyyn yhteiskehittämisen työpajaan, sekä c) puheterapeuteille ja asiakasperheille suunnattuihin palautekyselyihin.

Kauppinen ym. (2020) ovat tarkastelleet intervention aikaansaamia muutoksia asiakkaan hoitopolkun sekä puheterapeutin työhön. Keskeiset tulokset liittyvät (1) kuntoutusjakson käynnistymiseen, (2) tavoitteiden asettamiseen, seurantaan ja saavuttamiseen, (3) asiakkaan ja terapeutin yhteydenpidon intensiteettiin, sekä (4) puheterapeutin työn rytmittämiseen ja asiakasvirtojen hallintaan. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun vaikuttavuutta arvioidaan Kettusen (2017) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin viitekehyksen mukaisesti. Viitekehyksen kolme ensimmäistä vaihetta on tiivistetty alla olevaan taulukkoon (Taulukko 2).

Taulukko 2. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun vaikuttavuuden arvioinnin kolme ensimmäistä vaihetta (Luoju & Kauppinen).

PUHETERAPIAN ITSENÄISEN HARJOITTELUN PALVELU	SISÄLTÖ	MUOTO	HUOMIOI
<p>TAVOITE</p>	<p>Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun tavoite oli:</p> <p>motivoida asiakasta itsenäiseen kotiharjoitteluun,</p> <p>edistää asiakkaan puheterapiassa asetettujen, äännevirheiden kuntouttamiseen liittyvien tavoitteiden saavuttamista,</p> <p>tarjota aikaan ja paikkaan sitomattoman harjoittelu ympäristön puheterapian asiakkaalle,</p> <p>helpottaa puheterapeutin työn suunnittelua sekä tukea asiakkaan edistymisen seuranta.</p>	<p>Asiakastarpeet täyttävä suunnitteluratkaisu oli tarkoitus kehittää yhteiskehittämisen prosessin aikana.</p> <p>Yhteiskehittämisen prosessi kesti kokonaisuudessaan noin 12 kk.</p>	<p>Yhteiskehittämisen prosessin aluksi tunnistetuista kehittämistarpeista muodostettiin kehittämissaaste "Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelulle".</p> <p>Samalla määriteltiin vaatimukset kehitettävälle suunnitteluratkaisulle.</p>
<p>INTERVENTIO</p>	<p>Uusi puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu otettiin testausta varten käyttöön Vantaan kaupungin puheterapiapalveluissa</p>	<p>Yhteensä 40 asiakasperhettä otti palvelun käyttöön lasten puheterapian itsenäisen harjoittelun tueksi.</p> <p>Kolme Vantaan kaupungin puheterapeuttia otti palvelun käyttöön omassa työssään.</p> <p>Testaus kesti 6 kk.</p>	<p>Paperille tulostetut kotiharjoitukset koetaan ei-motivoivina.</p> <p>Tällä hetkellä käytössä olevat tekniset puheterapiaratkaisut alkavat olla vanhanlaisia.</p>
<p>TULOS</p>	<p>Aloitusvideon käyttöönotto nopeutti kuntoutuksen aloittamista.</p> <p>Uusi palvelu mahdollisti kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen ja niiden seuraamisen uudella tavalla ja se vaikutti koko kuntoutusjakson etenemiseen.</p> <p>Suurin osa asiakkaista oppi yhden tai useamman äännevirheiden testijakson aikana.</p> <p>Yhteydenpito terapeuttien ja asiakasperheiden välillä lisääntyi uuden palvelun avulla.</p> <p>Uusi digitaalinen palvelu tehosti puheterapeuttien työajan käyttöä.</p>	<p>Kuntoutuksen aloittaminen nopeutui, koska kuntoutuksen aloittamiseen kuluva odotusaika hyödynnettiin entistä joustavammin.</p> <p>Uusi palvelu mahdollisti ajasta ja paikasta riippumattoman kotiharjoittelun.</p> <p>Puheterapian asiakkaiden kotiharjoittelu ja harjoittelumotivaatio lisääntyivät.</p> <p>Lisääntynyt harjoittelu ilmeni tulosten nopeampana saavuttamisena, mikä puolestaan vahvisti harjoittelumotivaatiota.</p> <p>Puheterapeutit oppivat nopeasti hyödyntämään verkkopalvelua ja sen tarjoamia mahdollisuuksia omassa työssään.</p>	<p>Kuntoutus edellyttää usein myös huoltajan sitoutumista ja lapsen kotiharjoittelun tukemista.</p> <p>Kuukausitasolla tarkasteltuna yhden asiakkaan asioiden käsitteleminen kulutti enemmän työaikaa kuin aikaisempi käytäntö.</p> <p>Kuntoutukseen käytetyn ajan vertaileminen vastaanottokäyntien ja verkkopohjaisen mallin välillä ei ole yksinkertaista.</p>

Paasion (2003) mukaan pelkällä informaation varastoinnilla ja käsittelyllä ei juuri ole merkitystä, vaan vasta arviointi antaa informaatiolle merkityksen ja tekee siitä tietoa. Seuraavaksi Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun vaikuttavuutta tarkastellaan Kettusen (2017) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttamisen arvioinnin viitekehysten neljännen ja viidennen vaiheen osalta. Näitä tuloksen arviointiin keskeisesti liittyviä vaiheita tarkastellaan yhdessä. Keskeiset löydökset voidaan jakaa neljään teemaan:

1. Puheterapian käynnistyminen on kriittinen vaihe, johon saattaa liittyä huoltajien turhautumista, joka liittyy usein omien keinojen riittämättömyyteen sekä arviokäynnin odottamiseen. Aikaisemmassa toimintamallissa puheterapialähetteen saanut perhe kutsutaan arviokäynnille, jolloin lapsen kuntoutustarvetta arvioidaan ja kuntoutuksen käynnistämistä päätetään. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun avulla puheterapeutti teki kuntoutusarvion perheen kuvaaman videon perusteella. Palvelun mahdollista uusi toimintamalli nopeutti kuntoutuksen käynnistymistä.
2. Ajasta ja paikasta riippumaton Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu motivoi kotiharjoitteluun ja mahdollisti kuntoutuksen joustavan etenemisen. Kuntoutuksen etenemisen tiiviimpi seuranta lasten videoitujen harjoitusten avulla tarjosi puheterapeuteille paremmat edellytykset hahmottaa asiakkaidensa kuntoutumisen etenemistä, arvioida harjoitteiden toimivuutta ja tarvittaessa ohjata harjoittelua oikeaan suuntaan. Joustavampi kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen ja seuraaminen vaikuttivat koko kuntoutusjakson etenemiseen. Lapsille asetettiin useammin ja pienempiä välitavoitteita, jotka olivat helpommin saavutettavissa. Näin ollen he saivat enemmän onnistumisen kokemuksia ja heidän oli helpompi hahmottaa kuntoutuksen edistyminen. Tämä tuki lasten myönteisen minäkuvan muodostumista ja edisti osaltaan oppimista. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelussa kuntoutusjakson ohjeellinen pituus oli 12 viikkoa. Se riitti lähes kaikille kokeiluun osallistuneille asiakkaille. Joidenkin asiakkaiden kuntoutusjakso voitiin päättää etuajassa, koska kuntoutuksen tavoitteet saavutettiin (esim. äänteen oppiminen). On kuitenkin huomioitava, että verkkopohjainen puheterapiapalvelu ei sovi kaikille asiakasperheille, joten puheterapeutin arvio kuntoutuksen alussa on tärkeä. Nopeampoinen harjoittelu ei sopinut osalle lapsista. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelun avulla saavutetut tulokset lisäsivät puheterapeuttinen kokemuksia työssä onnistumisesta.
3. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu kannusti tiiviiseen yhteydenpitoon puheterapeutin ja perheen välillä. Perinteisesti puheterapian ohjaus perustuu asiakkaan ja puheterapeutin vuorovaikutukseen vastaanottotilanteessa (noin kerran kuukaudessa tai harvemmin) sekä kotona tapahtuvaan harjoitteluun vastaanottoaikojen välissä. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelussa puheterapeutti ja asiakas tai hänen huoltajansa eivät koskaan kohdanneet fyysisesti, mutta vaihtoivat viestejä viikoittain. Perhe kuvasi kotona tapahtuvaa harjoittelua ja lähetti videoita puheterapeutille, joka vastasi niihin antamalla palautetta, kannustamalla sekä ohjaamalla uusien harjoitteiden äärelle palvelun avulla. Harjoitteiden ohjauksessa puheterapeutin ja huoltajan välinen vuorovaikutus korostui. Huoltaja sai ohjausta ja keinoja tukea lapsen harjoittelua, mikä näkyi kokeilussa heidän vahvempaa sitoutumisena kuntoutukseen. Toisaalta, kokeilussa havaittiin, että viikoittain tapahtuva seuranta kuormitti osaa perheistä.
4. Puheterapeuttien mukaan ensikäyntiaikoihin kohdistuvaa kuormitusta olisi mahdollista purkaa ja kuntoutuksen käynnistymistä nopeuttaa toteuttamalla kuntoutustarpeen ensiarvio entistä useammin videon avulla. Lisäksi havaittiin, että puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu mahdollisti puheterapeutin työn rytmittämisen ja asiakasvirtojen hallinnan äännevirheiden kuntoutuksen osal-

ta. Puheterapeutti pystyi käsittelemään useampia asiakastapauksia päivän aikana. Toisaalta kuu-kausitasolla tarkasteltuna yhden asioiden käsitteleminen kulutti enemmän työaikaa kuin aikaisempi toimintamalli. Tarkasteltaessa kokonaisuudessa asiakassuhteen vaatimaa työaikaa, puheterapeutit arvioivat Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu vievän vähemmän aikaa ja intensiivisemmän kuntoutuksen johtavan tuloksiin lyhyemmässä ajassa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Kettusen (2017) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttamisen arvioinnin viitekehyksessä lähtökohta on selkeän käsityksen muodostaminen palvelun vaikutusketjusta, joka muodostuu intervention tavoitteiden, toimenpiteiden ja odotettavissa olevien tulosten selkiyttämisestä. Viitekehysten kolme ensimmäistä vaihetta, Tavoite, Interventio ja Tulos, ovat hyvin määriteltyjä ja helposti tunnistettavissa. Sitä vastoin vaikuttavuuden arvioinnin kannalta keskeiset vaiheet, Vaikuttavuus ja Arviointi, liittyvät molemmat tulosten arviointiin ja niitä on hankala erottaa ja käsitellä toisistaan irrallaan. Viitekehys jäsentää hyvin palvelujen vaikuttavuuden arviointiprosessia. Viitekehysten hyödyntämistä tukisi ehdotus tai esimerkit vaikuttavuuden mittareista sekä vaiheistettu tarkistuslista, joka ohjaisi ja rytmittäisi arviointitiedon keräämistä ja mittareiden määrittelyä ennen palvelun yhteiskehittämisen prosessin aikana.

Arviointitiedon uskottavuuden, luotettavuuden ja hyödyllisyyden takaamiseksi arviointiprosessin tulee olla systemaattinen, avoin ja kriittinen. Lisäksi vaikuttavuuden arviointi edellyttää, että interventiolle on asetettu selkeät ja yksiselitteiset tavoitteet. Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden arviointi koetaan hankalana, ja usein se jääkin toteuttamatta tai se toteutetaan ylimalkaisesti. Usein vaikuttavuuden arviointia hankaloittaa se, että interventiolle määritellyt tavoitteet eivät usein ole riittävän selkeitä ja kehitysprosessin aikana arviointitietoa ei ole kerätty riittävän kattavasti tai systemaattisesti. Tavoitteiden saavuttamista indikoivien mittareiden määrittely etukäteen auttaisi tavoitteiden saavuttamisen todentamista ja arviointia.

Lähteet

Kauppinen, S., Kesäniemi, E. & Helenius, S. 2021. Digitaalisuuden mahdollisuuksia puheterapiapalvelussa. *Kuntoutus*, 44(1), 43 - 47.

Kettunen, S. 2017. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimusraportteja 2/2017. Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala.

https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf

Paasio, P. 2003. Vaikuttavuuden arvioinnin rakenne ja mahdollisuus sosiaalialalla. FinSoc työpapereita 3/2003. Helsinki:Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194270>

Pitkänen, L., Torkki, P., Tolkki, H, Valtakari, M. & Leskelä, R-L- 2020. Reittiopas vaikuttavuuteen. Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-820-5>

Pitkänen, L., Haavisto, I., Vähäviita, P., Torkki, P., Leskelä, R-L. & Komssi, V. 2018. Vaikuttavuus sotessa suoritteista tuloksiin. Nordic Healthcare Group.

<https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>

3 Terveysteknologian kustannusvaikutusten arviointi: sydämen vajaatoiminnan kotihoito Tampereella

Virpi Sillanpää, Tietojohtaminen, Tampereen yliopisto
Tuomas Korhonen, Tuotantotalous, Tampereen yliopisto

TÄSSÄ ARTIKKELISSA ESITELLÄÄN kehityshanke, jonka aikana arvioitiin digitalisaation kustannusvaikutuksia. Hanke toteutettiin Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveysteknologioiden kehittämissä, erityisesti sellaisten ikäihmisten kotihoidon asiakkaiden osalta, joilla on todettu sydämen vajaatoiminta. Asiakasryhmän osalta erityisen merkittävänä kustannuseränä nähtiin sairaalassa vietetyt vuorokaudet. Silti, hankkeen tavoitteena ei ollut niinkään leikata kustannuksia, vaan varautua tuotamaan vaikuttavaa ja hyvää hoivaa alati kasvavista asiakasmääristä huolimatta jatkossakin. Nyt haluttiin selvittää miten digitalisaatio voisi vaikuttaa asiakasryhmän hoivan prosesseihin, erityisesti haluttiin selvittää digitaalisten palveluiden käyttöönoton potentiaaliset hyödyt sekä edellytykset. Tutkimuksen aineisto kerättiin työpajoista ja haastatteluista, joissa selvitettiin mitä vaikutuksia ja/tai edellytyksiä hoivan digitalisoinnilla olisi. Tulokset muotoiltiin rahamääräisen laskelman muotoon, olettaen että uusi mahdollinen teknologinen ratkaisu (älyvaaka) voisi helpottaa vähentämään sairaalavuorokausia valitussa asiakasryhmässä. Yksittäisten lukuarvojen lisäksi hanke auttoi tunnistamaan mekanismeja, joiden myötä palvelukokonaisuuden kannattavuus kaupungin palveluiden tasolla voisi muuttua yksittäisten prosessien optimoinnin sijaan. Vaikka artikkelissa esitetty laskennallinen tulos on suuntaa antava, ei absoluuttinen tosi, voidaan sen avulla lisätä ammattilaisten ymmärtämystä prosessimuutosten mahdollisista vaikutuksista.

JOHDANTO

Tampereen kaupungin strategisena tavoitteena on, että vuonna 2025 kotihoidon asiakkaat käyttävät laajasti digitaalisia palveluja. Samaan aikaan tarvitaan alati vaikuttavampaa palvelua, minkä vuoksi julkisen sektorin resurssit on kohdennettava sellaisiin toimintoihin, jotka tarjoavat asiakasarvoa, mutta ovat pitkällä aikajänteellä kustannustehokkaita tuottavia (Laitinen 2013). Asiakasarvolla tarkoitetaan tässä esimerkiksi elämänlaatua ja turvallisuuden tunnetta loppuasiakkaalle (ks. Houhala 2020, 18).

Tässä artikkelissa kuvattava tutkimushanke liittyy Tampereen kaupungin Kotidigi-projektiin, jossa selvitettiin koti- ja etähoidon palveluissa käytettävien teknologiaratkaisujen mahdollisia kustannus- ja terveysvaikutuksia. Keskeisenä haasteena oli hahmottaa, miten palveluiden käyttö, palvelupolku, sekä organisaation toiminta voisivat tosiasiallisesti muuttua, kun siirrytään käyttämään uutta palvelumallia. Siten haasteena oli tunnistaa eri palveluihin liittyvät kustannukset ja muut relevantit tekijät, joihin muutosprosessi vaikuttaisi. Ilman tällaista hahmotusta puhuttaisiin uusista toimintamalleista tai digitalisaatiosta liian ylätasolla ymmärtämättä näiden todellisia vaikutuksia asiakkaisiin ja palveluiden tuottajiin heidän päivittäisessä työssään (Korhonen ym, 2021). Samoin jäisivät ymmärtämättä todelliset kustannushyödyn elementit ja näiden keskinäiset mittasuhteet.

Tutkimushankkeen tavoitteena olikin luoda malli ja käytännön arviointityökalu hyvinvointiteknologian kustannushyötyjen arviointiin. Tavoitteena oli, että kehitettävää työkalua olisi mahdollista hyödyntää muidenkin uusien toimintamallien ja/tai teknologioiden arviointiin, kuin vain niiden, joita silloin käsillä oleva projekti sisälsi (eli diabetes, kotihoito ja sydämen vajaatoiminta).

Artikkelissakuvattu tutkimus noudatti pääpiirteissään vaikuttavuuden mittauksen prosessimallia, keskittyen erityisesti ilmioon perehtymisen ja vaikuttavuusmallin rakentamisen vaiheisiin (Sillanpää 2016). Mallin rakentaminen edellytti Kotidigiin liittyvien potentiaalisten hyötyjen ja kustannusten tunnistamista ja arviointia. Pilottikohtaisten asiantuntijatyöpajojen ja haastatteluiden avulla kartoitettiin Kotidigin mukanaan tuomia potentiaalisia vaikutuksia ja haasteita, sekä asiantuntijoiden näkemyksiä käyttäjärühmistä, jotka hyötyisivät Kotidigi-palvelusta eniten. Työpajatyöskentelyn jälkeen tutkijat suorittivat asiantuntijahaastatteluita, joiden tavoitteena oli tiivistää ja tarkentaa työpajojen tuloksia.

Aineistonkeruumenetelminä käytettiin osallistavia työpajoja sekä asiantuntijahaastatteluja (Laine ym. 2016), jotka ovat arviointitutkimuksessa todettu sopiviksi kyseisen ongelman selvittämiseen (Anderson ja Aydin 2005). Mallin myöhempi käyttöönotto tapahtui vasta tutkimushankkeen jälkeen. Samoin varsinainen kustannushyödyn arviointi jäi näin Tampereen kaupungin projektiorganisaation tehtäväksi hankkeen myöhäisemmässä vaiheessa, kun pilottivaiheen jälkeen oli riittävästi saatavilla kustannus- ja palvelunkäyttötietoa. Täten tutkimusprojekti keskittyi ennakoitaviin kustannusvaikutuksiin.

Kokonaisuutena hankkeen tarkoituksena ei ollut vähentää kustannuksia, vaan ohjata resursseja siten, että hoidon prosesseista tulisi taloudellisesti kestävämpiä; nykyisillä resursseilla kyettäisiin hoitamaan useampia asiakkaita ja asiakkaille pystyttäisiin tarjoamaan nykyistä toimivampia, ennaltaehkäiseviä palveluja (esim. etäseurannan avulla). Lopulta, tätä tarkoitusta täyttämään tutkimushankkeessa laadittiin Kotidigi- kustannushyödyn arviointityökalun, KUHA-laskentamalli (KUstannusHyödyn Arviointityökalu).

MITÄ TIEDETTIIN KOTIHOIDON PALVELUIDEN KUSTANNUSELEMENTEISTÄ ENNEN TUTKIMUSHANKETTAMME?

Taloudellista arviointia voidaan toteuttaa ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikana tai sen päättymisen jälkeen (esim. Virtanen ja Uusikylä 2004). Miten sitten arvioida ikäihmisille suunnatun kotiin vietävän teknologian kustannushyötyjä?

Kansainvälisissä tutkimuksissa (esim. Polisenä ym. 2009; Seto 2008; Upatising ym. 2014) sähköisten etäseurantapalvelujen kustannushyötyarvioinneissa kustannusmuuttujina on käytetty terveydenhuoltojärjestelmään liittyviä kustannuksia, kuten sairaalavuorokausista aiheutuneet kustannukset, poliklinikkakäynnit perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä käynnit ensiavussa, terveydenhuollon ammattilaisen (lähinnä sairaanhoitajat) kotikäynnit sekä etäpalvelun (intervention) toteutukseen liittyvät suorat kustannukset (kuten laitevuokrat, käyttömaksut, internetyhteys).

Jotta sähköisen palvelun hyödyt pystytään realisoimaan, suorien kustannusten lisäksi on tarpeellista tunnistaa uuden toimintamallin edellytykset toiminnan tasolla ja näihin muutoksiin liittyvät kustannukset (Askedal ym. 2017). Tätä kautta saadaan kattava kuva toimintamalliin liittyvistä hyödyistä sekä kustannuksista.

Tampereen kaupungilla tehdyn aikaisemman selvitystyön (Lumio 2015) perusteella tiedettiin lisäksi, että kotihoidon asiakkaiden käyttämä sairaalavuorokausien määrä ja sitä kautta kustannukset olivat moninkertaiset verrattuna vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa hoidettaviin asiakkaisiin. Tällöin oli arvioitu, että mikäli sairaalavuorokausia pystyttäisiin vähentämään kolmella päivällä/asiakas/vuosi, voitaisiin saavuttaa jopa lähes 5 miljoonan euron vuosisäästö. Mikäli käytössä olisi asiakkaan hyvinvointia seuraava ja turvallisuuden tunnetta lisäävä hyvinvointitekniologia, sairaalapäivien määrän väheneminen saattaisi onnistua.

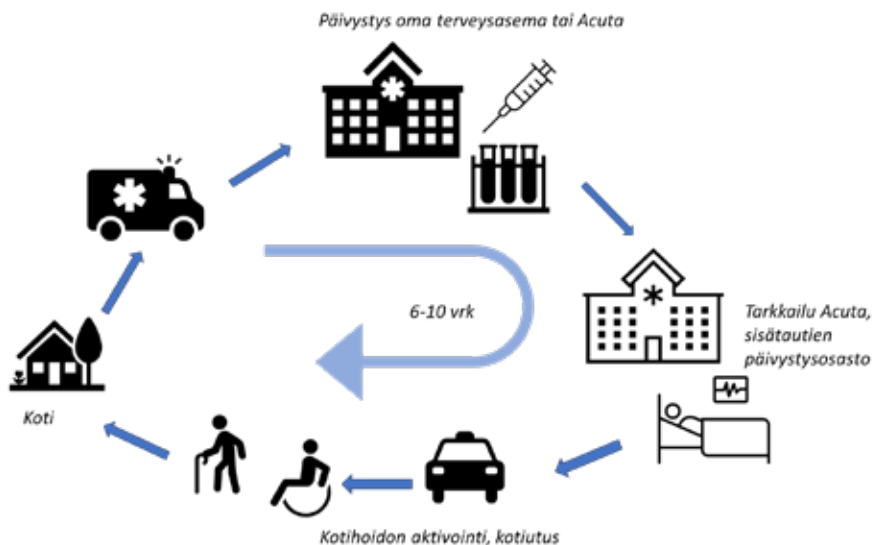
Tutkimushankkeen alkaessa ei ollut kuitenkaan käytännössä tiedossa, miten kustannushyötyä voitaisiin analysoida. Tätä varten valikoitiin kolme Tampereen kaupungin kotihoidon kannalta merkittävää hoidon aluetta pilotoitavaksi: diabeteksen omahoito, kotihoidon asiakas, sekä sydänpotilaan omahoito. Tässä kirjalluvussa keskitytään näistä jälkimmäiseen.

TUTKIMUSTULOKSET

Tunnistetut vaikuttavuuden elementit

Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon tuki -pilotissa tavoitteena oli kehittää prosesseja siten, että ne tukisivat entistä paremmin lääkehoidon seuranta, ohjausta ja neuvontaa sekä sairauden vaikeutumisen varhaista tunnistamista ennaltaehkäisevästä näkökulmasta.

Kotidigin **keskeinen tavoiteltava vaikutus** sydämen vajaatoimintapotilaan pilotissa oli *pyöröovi-ilmiön, 'rundin'* välttäminen. Asiantuntijoiden mukaan vajaatoimintapotilaita ohjautuu Acutasta osastohoitoon ja mahdollisesti jatkohoitoon kuntoutusosastolle. Tyypillinen 'rundi' etenee kuvan 1 mukaisesti seuraavasti: asiakkaalle tilataan ambulanssi ja hänet kuljetetaan päivystykseen. Päivystyksessä (omalla terveysasemalla tai Acutassa) otetaan laboratoriokokeita, tehdään kuvantamista, jonka jälkeen asiakas otetaan Acutan tarkkailuun ja ohjataan sisätautien päivystysosastolle, Hatanpäälle. Lopulta on edessä kotihoidon aktivointi ja kotiutus. Keskimääräinen hoitajakson pituus on 6 vrk, mutta esimerkiksi jakso TAYS Hatanpään osastolla voi olla 10 vrk. Yleisimmät osastot, joilla sydämen vajaatoimintapotilaita hoidetaan, ovat sisätautien päivystysosasto, sydänsairaala, sekä useat TAYS Hatanpään osastot.



Kuva 1. Tyypillinen sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolku (Kuva: Sillanpää).

Systemaattisella painon etäseurannalla ja oikein ajoitetuilla hoitotoimenpiteillä vajaatoiminnan kriisiytymiset olisi mahdollista tunnistaa ajoissa ja näitä *hoitajaksoja olisi mahdollista vähentää*. Ammattilaisen näkökulmasta etäseurannan etuna on *ajantasainen, parempi tieto potilaan tilanteesta*, joka auttaa esimerkiksi terveyskeskuskäynnillä tehtävää selvitystyötä: kun painon kehitys nähdään ajallisesti, voidaan paremmin tunnistaa syitä painon nousuun ja tehdä paremmin tilannetta vastaavia hoitolinjauksia, ja saavuttaa sitä kautta säästöjä. Ajantasainen tieto potilaan tilasta säästää myös terveyskeskuskäyntiin käytettävää aikaa ja muita resursseja (esimerkiksi mahdollisia laboratoriokokeita).

Tutkimushankkeemme aineistossa, esimiesten haastattelussa kuvattiin tyypillinen asiakastapaus tilanteessa, jossa sydämen vajaatoimintapotilaalle on kertynyt nestettä. Asiakkaan hoitaja (lähihoitaja) ottaa yhteyden kotihoidon lääkäriin, jonka kanssa tehdään tilannearvio: riittääkö nesteenpoistolääkitys, lähdekö Acutaan (ambulanssilla) vai soitetaanko paikalle mobiilihoitaja. Asiakasta punnitaan, mikäli lääkäri näin määrää, mutta painon kehityksestä ei ole välttämättä seurattutietoa saatavilla. Säännöllisen painon seurannan (ja poikkeamatilanteissa selkeiden toimintaohjeiden) avulla tällaisia hankalia tilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä. *Kustannusten näkökulmasta potentiaalisia säästökohteita ovat kotihoidon lääkärin konsultatio, Acuta-käynti, mobiilihoitajan käynti sekä ensihoidon kuljetus.*

Diagnosipohjaisesti Kotidigin kohderyhmää oli vaikea määrittellä, sillä valtaosalla on muitakin sairauksia kuin sydämen vajaatoiminta. Parhaiten etäseuranta toimii sellaisilla asiakkailla, joilla ei ole vielä hankalaa muistisairautta ja jotka ovat kiinnostuneita omasta hoidostaan. Jos omassa toiminnoissa on vajetta, lähipiirissä tulisi olla saatavilla tukea etäseurannan toteuttamiseen. Asiantuntijoiden arvion mukaan noin kolmasosa sydämen vajaatoimintapotilaista olisi soveltuvia käyttämään Kotidigin tarjoamaa ratkaisua, jolloin potentiaalisia painon etäseurannan käyttäjiä voisi Tampereella olla noin 500.

Kotidigin käytön edellytyksinä työpajassa korostui *kotihoidon ajantasainen tieto potilaan lääkityksestä* tilanteessa, jossa potilas kotiutuu sairaalajaksolta. Mikäli uudesta lääkityksestä ei ole tietoa, tai se on vaikeaselkoista, voi käydä niin, että potilas jatkaa lääkkeen ottamista entisten ohjeiden mukaisesti ja voi päätyä

suhteellisen lyhyen ajan sisällä takaisin osastohoitoon. Erityisesti etäseurantalaitteiden käytön edellytyksenä nähtiin se, että kotihoidon *työntekijöillä on oltava riittävästi osaamista ja tukea saatavilla*, jotta he pystyvät toimimaan tilanteen mukaisesti, ja välttämään turhilta hälytyksiltä ja Acuta-käynneiltä.

Toimiva tiedonhallinnan prosessi nähtiin myös yhtenä etäseurannan onnistumisen edellytyksenä: on tiedettävä mihin asiakkaan tuottama tieto kertyy, ja erityisesti kuka tietoa seuraa. Teknisinä edellytyksinä mainittiin *mobiilisovellus*, jonka avulla ammattilainen voisi siirtää seurantatietoa suoraan potilastietojärjestelmään sekä etäseurannan ajantasaiset välineet. *Suunnitelmallinen lanseeraus* nähtiin Kotidigin käytön edellytyksenä. Etäseurannan ja muiden mahdollisten Kotidigi-palveluiden käytöstä on tehtävä linjaus, ja yksiköiden päälliköiden tehtävänä on vaatia työkalujen käyttöä. Lanseerausvaihe vaatii toteutuakseen resursseja.

Viitekehys tavoiteltavista vaikutuksista

Taulukkoon 1 on koottu työpajoissa ja haastatteluissa tunnistettuja tekijöitä, joihin Kotidigillä on oletettavasti vaikutusta käytännössä. Näiden Kotidigin mitattavien, tavoiteltavien vaikutusten lisäksi taulukkoon on koottu toimintamallin edellytyksiä (investointikustannukset). Näiden tekijöiden kautta voidaan arvioida mihin kustannuseriin uudella toimintamallilla voisi olla vaikutuksia.

Taulukko 1. Sydämen vajaatoiminta -pilotti.

PILOTTI	
Yleinen/kaikkia pilotteja koskeva investointikustannus	Integraatioalusta Etäseurantalaitteet + yhteys Laitteiston käyttökoulutus (henkilöstö, asiakkaat), käyttöönotto + jatkuva koulutus Moniammatillinen 24/7 päivystys
Sydämen vajaatoiminta-potilas	‘Rundi’, sisältäen (potentiaalinen säästö) <ul style="list-style-type: none"> • Ensihoito (ambulanssikuljetukset) • Acuta • Terveysasema • sairaalavuorokaudet (sisätautien päivystysosasto, osastot sisätautien päivystysosasto, sydänsairaala, OSA2 (entinen KarD, KarE), TAYS Hatanpään eri osastot (B5, B4, A4, A5, V3) Mobiilihoitajan käynnit (lisäkustannus) Käynnit vajaatoimintapoliklinikalla (tulossa, lisäkustannus)

Kaikkiaan tutkimushankkeessa tunnistettiin runsaasti Kotidigi-ratkaisuun liittyviä *potentiaalisia vaikutuksia sekä vaikutusten saavuttamisen edellytyksiä*. Voidaan todeta, että kaikissa piloteissa Kotidigi-ratkaisun nähtiin mahdollistavan potilaan oikea-aikaisen, ennaltaehkäisevän hoidon, joka näkyy Acuta-käyntien ja sairaalavuorokausien määrissä. Sydämen vajaatoimintapotilaan osalta keskeisenä hyötynä nähtiin pyörö-ovi-ilmiön (‘rundin’) välttäminen. Edellä mainittujen asiakaskohtaisten vaikutusten lisäksi tunnistettiin työhön ja toimintaprosesseihin liittyviä hyötyjä, kuten parempi kokonaisuuden hallinta, tiedonkulun helpottuminen, nopeampi reagointi sekä omaan työhön saatava tuki (24/7 päivystyksen kautta).

Työpajoissa ja haastatteluissa tunnistettiin myös edellytyksiä, joiden pitää toteutua, jotta tavoiteltavat vaikutukset saavutetaan. Edellytykset jaettiin tässä raportissa kolmeen ryhmään: resursseihin, prosesseihin ja käyttöönottoon liittyviin tekijöihin.

Resurssissa korostui henkilöstön osaaminen sekä toimiva teknologia. Henkilöstön osaaminen ja koulutus Kotidigi-teknologian käyttöön ja uusiin toimintamalleihin nähtiin keskeisinä Kotidigin tavoitteiden toteutumisen edellytyksinä. Erityisesti kotihoidon henkilöstöllä tulisi olla riittävästi osaamista ja tukea saavutavilla, jotta etäseurantateknologian avulla välttäisiin turhilta hälytyksiltä ja Acuta-käynneiltä. Teknologian suhteen edellytyksiä olivat toimintavarmuus, ajantasaisuus, hyvä suunnittelu, kodinomaisuus sekä mobiilisuvelus, jonka avulla ammattilainen voisi siirtää tietoa potilastietojärjestelmään.

Toimintaprosesseissa korostui uusi keskitetty 24/7-päivystys, jolle asetettiin myös korkeat osaamisvaatimukset; päivystyksen resurssina tulisi olla kokenut terveydenhuollon ammattilainen, mieluiten lääkäri-hoitaja-työpari. Suuri osa Kotidigin tunnistetuista edellytyksistä liittyi laajemmin toimintaprosesseihin tai potilastietojärjestelmien integraatioon, kuten yhteinen potilastietojärjestelmä, yhteiset toimintatavat, toimintaohjeet ja selkeä hoitopolku. Lisäksi Kotidigin toteutukseen liittyy useita toiminnallisia muutosvaatimuksia, esim. päätökset etäseurantalaitteiden tuottaman datan käsittelystä (kuka seuraa, mitä tekee tiedolla), jotka tulisi ratkaista ennen kuin hyödyt saataisiin toteutettua.

Käyttöönoton keskeisinä edellytyksinä nähtiin suunnitelmallinen lanseeraus. Nähtiin, että käyttöönotosta tulisi tehdä linjaus, ja yksiköiden päälliköiden tehtävänä olisi varmistaa, että työkalut otetaan käyttöön. Käyttöönotto edellyttää resursointia sekä työntekijöiden ja esimiesten, mutta myös asiakkaiden koulutukseen. Koettiin, että laajempi lanseeraus tulisi toteuttaa vasta siinä vaiheessa, kun kokonaisuus on testattu ja sen toimivuus on varmistettu, sillä huonot käyttökokemukset voisivat levitä nopeasti, ja asenne uutta mallia kohtaan voisi muuttua negatiiviseksi, mikä hankaloittaisi käyttöönottoa.

Tutkimuksen toteutusvaiheessa Kotidigin hyötöyodotusten ja edellytysten arviointia vaikeutti se, että osallistujilla ei ollut selkeää käsitystä siitä, mitä Kotidigi pitää käytännössä sisällään; onko kyse pelkästään etäseurantalaitteiden/uuden teknologian käyttöönotosta vai laajemmasta teknologisesta ja toiminnallisesta integraatiosta. Toisaalta uskomme, että tämä asiantila kuvastaa prosessimuutosten ennakoitavuutta muissakin ympäristöissä.

KUHA-työkalu ja sen pilotointi sydämen vajaatoiminnan tapauksessa

Laskentamallin rakentamisen lähtökohdana oli Kotidigi-ratkaisun mukanaan tuoma prosessimuutos, jolloin vertailukohtana on nykytilanne ja arvioitavana potentiaalinen uusi tilanne (ennen – jälkeen -tyyppinen vertailu). Tässä muutostilanteessa sydämen vajaatoiminnasta kärsivillä kotihoidon asiakkailla olisi käytössään älyvaaka, joka mahdollistaisi heidän painonsa seurannan jatkuvasti.

Laskentamallin tuli olla yksinkertainen käyttää ja sen tulisi koostaa tiedon palaset selkeästi ja ymmärrettävään muotoon. Mallin tuli myös pystyä skaalautumaan myöhemmin käyttöönotettavien hyvinvointi- ja etäteknologioiden mahdollistamien toimintamallien kustannushyödyn arviointiin, eli laskentamallin olisi oltava yleistettävissä muihin vastaaviin prosesseihin. Lisäksi työkalun tuli kattaa kustannusten arviointi teknologian käyttövaiheessa ja tuotantovaiheessa.

Mallin avulla tuli siis pystyä arvioimaan sitä, onko kehittämis- ja pilotointivaiheen jälkeen perusteltua siirtyä tuotantovaiheeseen, toisin sanoen hankkia kehitetty teknologiaratkaisu ja laajentaa sen käyttöä pilotin jälkeen soveltuvaan asiakaskuntaan. Tarkkojen osasuoritteiden yksikkökustannustietoja tärkeämpää oli määrittellä malli siitä, mitä tietoja olisi syytä ottaa mukaan arviointiin. Lisäksi toivottiin, että samalla määriteltäisiin mittareita, joilla kustannusvaikuttavuutta pitäisi jatkossa seurata – eli tulisiko tapahtumaan se, mitä tavoiteltiin.

Laskelman lukuja hahmoteltiin Tampereen kaupungin asiantuntijan kanssa käydyn keskustelun perusteella. Tällöin määriteltiin seuraavat olettamukset:

Asiakasmäärän tavoitetila (nykytilanne verrattuna vuosittaisiin skenaarioihin):

- Laskelmassa on oletettu, että alussa palvelu käynnistetään 25 asiakkaan joukossa.
- Arvioon perustuen on oletettu, että kaikkiaan sydämen vajaatoimintapotilaista alle puolelle sopii älyvaaka, tässä on lopulta 200/500 asiakkaalle, lisääntyen vaiheittain kohti tätä suhdelukua.

Uuden prosessin kiinteät erät:

- Lääkärikonsultaatit 0 euroa (sisältyvät kotihoidon lääkärisopimuksiin).
- Älyvaakojen uusimista 5% edellisen vuoden laitemäärästä (arvio).
- Ylivoimaisesti suurin osa kiinteistä kuluista tulee integraatioalustan vuosimaksusta jyvitettyinä (nyt käytetty arvattu luku 100 000 euroa / 3 pilottia = 33 000 euroa / pilotti).

Uuden prosessin muuttuvat erät:

- Hoitajien koulutus 0 euroa (toteutetaan muun työn osana, aiheuttaa kuitenkin sitä, että koulutusajan kyseinen hoitaja on pois varsinaisesta hoitotyöstä).
- Asiakaskoulutus 0 euroa (toteutettaisiin muun hoidon osana joka tapauksessa asiakkaalla käytäessä).
- Asiakkaan punnitseminen 0 euroa (toteutettaisiin muun hoidon osana joka tapauksessa asiakkaalla käytäessä).

Uuden prosessin vaatimia investointeja:

- Älyvaakojen osalta laskelmassa yksikköhinnaksi on oletettu 130 euroa / kpl (esim. <https://ihealthlabs.com/wireless-scales/ihealth-core/>). Kullekin asiakkaalle vaakoja tarvittaisiin 1 kpl (per talous).
- Investoidaan vuosittain vain niiden asiakkaiden vaakoihin, joilla ei vielä ole vaakaa.

Edellä mainittuja on verrattu aiempaan prosessiin, jossa asiakkaita oletetaan joutuvan Acutaan:

- On oletettu, että 10 % Acuta-käynneistä (1-2kpl/asiakas/vuosi) sydämen vajaatoimintapotilailla joutuu syistä, jotka voitaisiin estää älyvaakan avulla. Luku on arvio.
- Kustannuksia on verrattu PSHP:n asettamiin hintoihin eri palveluille. Mobiilihoitajan käynnit, Acuta-soitot (arvioitu olevan 50 % mobiilihoitajan käynneistä), Ambulanssikyydyt (arvioitu olevan 50% Acuta-käynneistä).
- Acuta-käynnit, Lähihoitajien lisätyöt (laitettu ylös, vaikka jälleen näistä ei voida välttämättä säästää, aiheuttaa kuitenkin nykyisin lisätyötä).
- Kustannuksia saadaan vähennettyä, kun saadaan vähentymään 10 % em. eristä.

Käyttäjän tulee myös tiedostaa, että riippumatta uuden tarkasteltavan prosessin luonteesta, muutos tapahtuu harvoin "yön yli", eli se vaatii aikaa. Näin uuteen prosessiin siirtyminenkin tapahtuu mahdollisesti vaiheittain. Tätä vaiheittaista muutosta varten työkalu ottaa huomioon sen, että uuden prosessin piiriin siirtyä vähitellen osa aikaisemman prosessin piirissä olevista asiakkaista (ks. Kuva 2). Aikaisemman prosessin piiriin jää edelleen osa asiakkaista; ne asiakkaat, joille tarkasteltava teknologiaratkaisu ei sovellu.

Kokonaisuudessaan laskelmasta nähdään, että aiemman prosessin kustannukset laskevat hieman. Uusi teknologiaratkaisu voisi aiheuttaa kustannuksia erityisesti integraatioalustan eri piloteille jyvitetävän kustannuksen sekä älyvaakaainvestointien muodossa. Laskelman lukuja kannattaisi vielä täydentää, mikäli tiedossa olisi integraatioalustan todellinen vuosimaksu. Muutoin lopputuloksen tarkastelu ei ole mielekäästä (nyt tuloksena laskennallisesti tappiollinen case). Muiden muassa vuosimaksua muuttamalla kannattavuus muuttuisi radikaalisti.

Olettamusten ja arvioiden perusteella myös lopputulos on näiden mukainen. Jos esimerkiksi oletettaisiin, että kultakin älyvaaka-asiakkaalta voitaisiin laskuttaa 304 euroa vuosimaksuna palvelun käytöstä, neljäntenä vuonna teknologiaratkaisu olisi jo maksanut itsensä takaisin. Tämä kuitenkin on puhdasta spekulatiota, eikä asiakkaalta laskutettava vuosimaksu ole tässä tapauksessa teknologiamuutoksen aiheuttaman säästöpotentiaalini ideologian mukaista. Tällöinhän teknologia itsessään ei maksaisi itseään takaisin säästöinä, vaan maksavat asiakkaat vuosimaksuina.

Työkalun laatimisen prosessi ja sydämen vajaatoiminta -pilotin arviointi kuitenkin yhdessä mahdollistivat sen, että löydettiin kustannustekijöitä (työkaluun rivejä, kuten Acuta-käynnin ja ambulanssiakydyt), joiden avulla uuden teknologian vaikutuksia tässä tilanteessa voitiin arvioida. Lukuarvot itsessään ovat arvioita, mutta työkalun rivien tunnistaminen (erät, joihin Kotidigillä on oletettavasti vaikutusta) oli arvokasta tilanteen hahmottamiseksi eteenpäin Tampereen kaupungilla.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Koska tutkimushankkeen aikana uutta teknologiaa ei ollut vielä testattu eikä otettu käyttöön, haasteena työpajoissa ja haastatteluissa oli se, että yleisesti ei oikein tiedetty mitä tuo uusi teknologia pitäisi sisällään; olisiko kyse etäseurantalaitteiden käyttöönotosta vai laajemmasta teknologisesta ja toiminnallisesta murroksesta uusine järjestelmäintegraatioineen. Esimerkiksi työpajoissa ja haastatteluissa nousi esiin odotuksia tietojärjestelmien yhteensopivuudesta ja potilastietojärjestelmien integraatiosta. Jos teknologiaratkaisuun liitetään odotuksia, joita se ei lähtökohtaisesti pysty toteuttamaan, on vaarana, että ammattilaiset pettyvät ratkaisuun ja mielenkiinto käyttöönottoa kohtaan vähenee. Tai jos ei olla varmoja siitä, puhutaanko eri tahojen näkökulmasta samasta asiasta, on ongelmana, että ei ymmärretä mitä vaikutuksia uudella teknologialla voisi tosiasiallisesti toiminnan tasolla olla: eri sovellusalueilla, hoidon organisoinnissa, yksittäisissä hoitoprosesseissa taikka yksittäisen asiakkaan hoidossa.

Tutkimushankkeen eri piloteissa päädyttiin hyvin saman tyyppisiin tuloksiin kustannushyödyn näkökulmasta, joten Tampereen kaupungin asiantuntijoilla näyttäisi olevan suhteellisen yhtenäisen kuva uuden teknologian potentiaalisista hyödyistä, joskin käsitys niiden yksityiskohtaisemmasta sisällöstä saattoi vaihdella. Tiedonkulkuun ja tiedon levittämiseen uusien teknologioiden osalta tulisi panostaa mittavasti, jotta eri suuntiin (ammattilaisilta palvelujohdolle ja edelleen hallinnolle, ja päinvastoin) kommunikointi olisi mahdollista ja voitaisiin yhdessä tunnistaa tosiasialliset mahdollisuudet digitalisoida kotihoitoa menestyksekkäästi (Laine ym. 2016). Näin voitaisiin välttyä siltä, että pyritään digitalisoimaan prosesseja, joiden perustavanlaatuisia arvontuoton elementtejä ei ymmärrettäisi ja siten digitalisointi voisi hyvin epäonnistua (Korhonen ym. 2021).

Lopuksi todettakoon, että kun tietojen syöttäminen on yksinkertaista, syntyy samalla tarve yksinkertaistaa ja suoraviivaistaa todellisuudessa monimutkaisia vaikuttavuuden mekanismeja, mikä työkalun käyttäjän on hyvä tiedostaa työkalun antamia tuloksia tulkitessaan ja niitä kommunikoidessaan osana johtamista ja

päätöksentekoa. Silti, vaikka tulos ei olekaan absoluuttinen tosi, voidaan yksinkertaisenkin laskentaharjoituksen avulla lisätä ammattilaisten ymmärtämystä prosessimuutoksien mahdollisista vaikutuksista – esimerkiksi sulkea pois ainakin epätarkoituksenmukaisina pidettyjä vaihtoehtoja (Laitinen, 2013).

Palveluiden digitalisaatioon ja terveysteknologiaan kohdistuu runsaasti odotuksia, jonka vuoksi näiden palveluiden vaikuttavuus - myös kustannusten näkökulmasta - ovat keskeisiä jatkotutkimuksen aiheita (Polisenä ym. 2009; Seto 2008; Upatising ym. 2015). Tässä tutkimushankkeessa luotiin malli ja käytännön työkalu kotiin vietävän terveysteknologian kustannusten ja hyötyjen arvioimiseksi. Kehitettyä mallia ei pystytty tämän tutkimuksen puitteissa testaamaan, joten mallin testaus on yksi luonteva jatkotutkimuksen aihe.

Lähteet

Anderson, J. G. & Aydin, C. E. 2005. Overview: Theoretical perspectives and methodologies for the evaluation of healthcare information systems. In J. G. Anderson and C. E. Aydin (Eds.). Evaluating the organizational impact of healthcare information systems (pp. 5-29). Springer, New York, NY.

Askedal K., Flak L.S., Solli-Sæther H. & Straub D.W. 2017. Organizational Learning to Leverage Benefits Realization Management; Evidence from a Municipal eHealth Effort. In: Janssen M. et al. (eds) Electronic Government. EGOV 2017.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddard, G.L. & Torrance, G. W. 2015. Methods for the economic evaluation of health care programmes, Fourth edition, Oxford University Press, United Kingdom.

Hansson, S. O. 2007. Philosophical problems in cost-benefit analysis. *Economics & Philosophy*, 23(2), 163-183.

Houhala, K. 2020. Arvoaaka kehittämistyökaluna: Mittarit. "Viranomais- ja valvontapalvelujen mittaaminen - mittaamisen probleemia ja mahdollisuuksia". Tampereen kaupunki: Selvitykset ja kehittämisraportit 2/2020.

https://www.tampere.fi/tiedostot/a/c2dvTcGfD/Arvoaaka_kehittamistyokaluna2020.pdf

Korhonen, T., Selos, E., Laine, T. & Suomala, P. 2021. Exploring the programmability of management accounting work for increasing automation: an interventionist case study. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 34(2), 253-280.

Laine, T., Korhonen, T., Suomala, P. & Rantamaa, A. 2016. Boundary subjects and boundary objects in accounting fact construction and communication. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 13(3), 303-329.

Laitinen, A. 2013. Voiko yhteismitattomien asioiden arvoa vertailla? Teoksessa: Teppo Eskelinen ja Suvi Heikkilä (toim.). Talous ja arvo. Jyväskylän yliopisto SoPhi 119. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4936-5>

Lumio, J. 2015. Laitoksesta kotiin – Syntyikö säästöjä? Ikäihmisten palveluiden muutosten kustannusvaikutukset Tampereella, Sitran selvityksiä 94, Sitra.

<https://media.sitra.fi/2015/06/19152101/Selvityksia94.pdf>

Polisena, J., Tran, K., Cimon, K., Hutton, B., McGill, S. & Palmer, K. 2009. Home telehealth for diabetes management: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11(10), 913-930.

Seto, E. 2008. Cost Comparison Between Telemonitoring and Usual Care of Heart Failure: A Systematic Review, *Telemedicine and e-Health*, 14(7), 679-689.

Sillanpää, V. 2016. Performance Measurement for Managing Welfare Services, väitöskirja, Julkaisu 1423, Tampereen teknillinen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-15-3851-3>

Upatising, B., Wood, D.L., Kremers, W. K., Sharon L. C., Yih, Y., Hanson, G.J. & Takahashi, P.Y. 2015. Cost comparison between home telemonitoring and usual care of older adults: A randomized Trial (Tele-ERA), *Telemedicine and e-Health*, 21(1), 3-8.

Virtanen, P. & Uusikylä, K. 2004. Exploring the Missing Links between Cause and Effect - A conceptual Framework for Understanding Micro-Macro Conversions in Programme, *Evaluation*, 10(1), 77-91.

4 Puheterapian itsenäisen harjoittelun yhteiskehittämisen prosessin arviointia eri näkökulmista

Sari Helenius, Metropolia ammattikorkeakoulu

VANTAAN KAUPUNGIN PUHETERAPIASSA toteutui kehittämiskokeilu, jossa kokeiltiin ja kehitettiin asiakkaan itsenäistä harjoittelua tukevaa nettiterapian keinoin toteutettua puheterapiapalvelua. Kehittämiskokeilu yhdisti asiakkaat, kuntoutuksen ammattilaiset ja yrityksen yhteiskehittämisen äärelle. Prosessissa hyödynnettiin CoHeWe-hankkeessa kehitettyä yhteiskehittämisen prosessia työvälineineen. Arviointi kytkeytyi tiiviisti kehittämiskokeiluun, ja arvioinnissa hyödynnettiin eri tavoin kerättyä ja muodostettua tietoa kehittämiskokeilun aikana. Kokeilun etenemisestä, hyödyistä, vaikutuksista ja tuloksista kertoivat käytettyjen asiakaslisenssien määrän ja säännöllisen seurantapalautteen lisäksi asiakasperheiden ja ammattilaisten kyselypalautte sekä yhteiskehittelytilaisuuksien tuotokset. Asiakasperheiden, ammattilaisten, kuntoutuksen johdon ja yrityksen edustajien osallistuminen kehittämiskokeilun seurantaan ja arviointiin oli keskeistä arvioinnin moninäkökulmaisuuksien kannalta. Kompleksisten ja moninaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien haasteiden ratkaiseminen edellyttää kehittämistoimintaa, jossa moninäkökulmaisuus ja tavoitteellinen yhteistoiminta mahdollistavat eri osapuolia hyödyttävien terveyttä ja hyvinvointia edistävien innovaatioiden syntyminen. Tässä artikkelissa kerrotaan ensin puheterapiassa toteutuneen kehittämiskokeilun etenemistä. Sen jälkeen kuvataan arviointiprosessia osana kehittämiskokeilua. Artikkelin lopussa pohditaan arvioinnin hyötyjä ja merkitystä yhteiskehittämisen prosessissa.

JOHDANTO

Lapsen ja perheen tarpeeseen ja tilanteeseen vastaavaa äännevirheen kuntoutusta haastavat perusterveydenhuollon rajalliset puheterapian resurssit, jotka vaikuttavat kuntoutuksen käynnistymiseen ja toteutukseen. Tunnistettuja haasteita ovat pitkät odotusajat sekä kertaluonteiset tai harvajaksoiset arviointi- ja seurantakäynnit, jotka korostavat arjessa toteutuvan harjoittelun merkitystä. Äännevirheen kuntoutus edellyttää sitoutumista yhteiseen suunnitelmaan, ja säännöllinen ja tiivis harjoittelu on tyypillisesti osa sitä. (Sugden ym. 2019; Tambyraja 2020; Watts Pappas ym. 2016.)

Vastauksena tunnistettuihin haasteisiin digitaaliset ratkaisut tarjoavat mahdollisuuden puheterapian toteuttamiseen uudella tavalla. Digitalisaatio ja teknologian kehitys on lisännyt esimerkiksi etäkuntoutuksen suosiota. Etäkuntoutukseen liitetään hyötyjä, kuten ajasta ja paikasta riippumattomuus sekä kuntoutuksen kytkeytyminen luontevammin arkeen. Etäkuntoutuksen keinoin kuntoutuksen varhaisempi aloittaminen ja tiiviimpi yhteydenpito lapsen ja perheen kanssa voi onnistua. Digitaalisuuden mahdollistamat uudenlaiset harjoitusympäristöt ja sähköiset harjoitusmateriaalit tuovat harjoitteluun virikettä ja vaihtelua. (Leinonen & Konola 2019; Salminen & Hiekkala 2019.) Digitalisaatio näkyy vahvasti julkisten palveluiden tuottamisessa ja uudistamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Tässä artikkelissa keskitytään Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla toteutuneen 6Aika: Co-Created Health and Wellbeing (CoHeWe) -hankkeen kokemuksiin puheterapiassa toteutuneesta kehittämiskokeilusta. Hanke liittyi kaupungin strategiseen tavoitteeseen palvelujen kehittämisestä asiakaslähtöisesti yhteistyössä kuntalaisten, yritysten ja 3. sektorin sekä muiden kuntien kanssa (Kaupunginvaltuusto 2017). Artikkelissa kuvataan puheterapian kehittämiskokeilun toteutusta erityisesti kuntoutuksen ammattilaisten ja asiakkaiden arviointiin osallistumisen näkökulmasta.

ITSENÄISTÄ HARJOITTELUA TUKEVAN PUHETERAPIAPALVELUN KEHITTÄMINEN

Kehittämiskokeilun käynnistäminen ja aiheen valinta

CoHeWe-hankkeen yhteiskehittämisen prosessin (Kauppinen ym. 2020) vaiheiden mukaisesti Vantaan kaupungin puheterapiassa tunnistettiin tarve kehittää ja tukea asiakkaiden itsenäistä, arjessa vastaanottokäyntien ulkopuolella toteutuvaa harjoittelua puheterapiaan liittyvien tavoitteiden saavuttamiseksi. Kehittämistarpeen tunnistamiseen liittyneillä puheterapian ammattilaisilla ja johdolla oli yhtäältä tietoa heidän asiakaskuntansa tarpeista ja toisaalta syvempää ymmärrystä käytännön toiminnasta, johon kehittämiskokeilu suunniteltiin.

Tunnistettuun tarpeeseen haettiin motivoivaa ja oppimaan innostavaa nykyaikaista ratkaisua kokeiltavaksi ja kehitettäväksi lasten puheterapiassa (Tietopyyntö 2019). Kehittämiskokeiluun valittu ratkaisu, nettiterapia, oli tarkoitettu erityisesti yksittäisten äännevirheiden kuntoutukseen. Puheterapian sisällön ja toiminnan reunaehtojen tuntemista tarvittiin kehittämistarpeita priorisoitaessa ja valittaessa soveltuvaa ratkaisua kehittämiskokeiluun. Valinnan kehittämiskokeiluun etenevästä ratkaisusta tekivät puheterapian ammattilaisista ja johdosta muodostunut kehittäjäryhmä yhdessä CoHeWe-hankkeen toimijoiden kanssa.

Kehittämiskokeilun toteutus

Puolen vuoden mittainen nettiterapian kehittämiskokeilu ajoittui keväälle 2020. Kehittämiskokeilussa kehittäjien ydintiimiin kuului kolme perusterveydenhuollon puheterapeuttia, jotka käyttivät nettiterapiaa asiakkaitensa kanssa. Puheterapeuttien tukena oli nettiterapiapalvelun tarjonnan yrityksen puheterapeutti konsultoivassa roolissa. Kehittämiskokeilu toteutui tiiviissä yhteistyössä asiakasperheiden kanssa. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

Asiakkaana oli äännevirheen vuoksi lähetteen puheterapiaan saaneita lapsia. Kehittämiskokeiluun osallistuminen oli lapsille ja heidän huoltajilleen vapaaehtoista. Kokeilun tavoitteena oli edistää puheterapiassa asetettujen äännevirheiden kuntoutukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamista. Kehittämiskokeilussa oli käytettävissä 40 asiakaslisenssiä. Kokeilun tuloksena kaikki asiakaslisenssit käytettiin. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

Kokeilussa yksittäisen äännevirheen (R, S, L ja K) kuntoutusta toteutettiin vastaanotolla tai ryhmässä toteutuneen ohjauksen ja perinteisen kirjallisiin ohjeisiin pohjautuneen kotiharjoittelun sijaan verkkoympäristössä, joka sisälsi laajan valikoiman videoituja harjoitusohjeita ja äännepelejä. Ohjeita ja pelejä hyödynnettiin yksilöllisesti enintään 12 viikon mittaisella nettiterapiajaksolla. Nettiterapia sisälsi myös viestintäkanavan puheterapeutin ja perheen väliseen vuorovaikutukseen. Lapsi ja hänen huoltajansa eivät tavanneet puheterapiajakson aikana puheterapeuttia vastaanotolla tai reaaliaikaisesti etäyhteydellä kertaakaan lukuun ottamatta alkuarviota, joka toteutui joko vastaanotolla tai puhelimitse haastatellen. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

Kehittämiskokeilun tulokset

Kehittämiskokeilun perusteella äännevirheen kuntoutus nettiterapialla oli tuloksellista, ja lähes kaikki kokeilussa mukana olleet lapset oppivat harjoittelemansa äänteen 12 viikon nettiterapiajakson aikana. Kokeilun tuloksena todettiin, ettei intensiivinen nettiterapia sovi kaikille etenkin, jos viikoittaiseen harjoitteluun sitoutuminen ei ole mahdollista. Nettiterapian sopivuus tulee arvioida aina lapsi- ja perhekohtaisesti. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

Eduksi nähtiin se, että harjoitteluun liittyvät tavoitteet oli pilkottu pienempiin osiin totuttuun äännevirheen kuntoutuksen toimintatapaan verrattuna. Vastaanotolle matkustamisen tarvetta ei ollut. Harjoittelu oli mahdollista lapselle ja huoltajalle parhaiten sopivaan aikaan, sillä nettiterapia ei ollut sidottu tiettyyn kellonaikaan. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

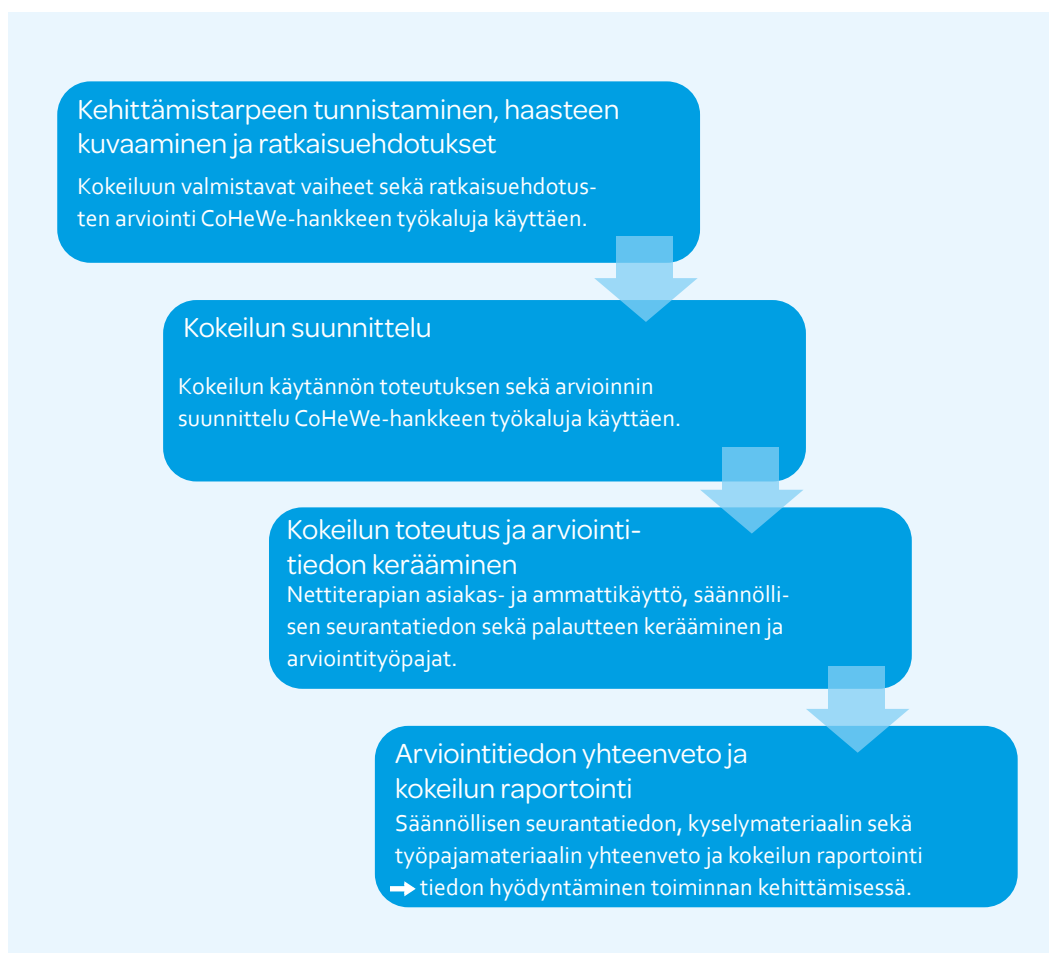
Kokeilun tuloksena harjoittelun arvioitiin kytkeytyvän tiiviimmin perheen arkeen sekä sitouttavan huoltajaa lapsen harjoittelun tukemiseen. Myös etänä toteutuvassa kuntoutuksessa yksilöllinen harjoittelun ohjaus sekä tuki ja kannustus lapselle ja huoltajalle osoittautuivat tärkeäksi. Tärkeää oli huoltajille suunnattu tuki ja konkreettiset keinot lapsen harjoittelumotivaation ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

Kehittämiskokeilun tulokset auttoivat ymmärtämään paremmin digitaalisten ratkaisujen vaikutuksia asiakkaan hoitopolkuun, kuten myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työhön. Digitaalisten palvelujen saavutettavuutta ja soveltuvuutta esimerkiksi kasvavalle määrälle monikielisiä perheitä tulee tarkastella erityisen kriittisesti. (Kauppinen & Kesäniemi & Helenius 2021.)

KEHITTÄMISKOKEILUN ARVIOINTI

Arviointi ja seuranta on keskeinen osa jokaista kehittämishanketta ja -projektia (Seppänen-Järvelä 2004). Puheterapian kehittämiskokeilua ja arviointia suunnittelivat kehittämiskokeilussa mukana olleet puheterapeutit, puheterapian ja kuntoutuksen johto sekä yrityksen edustajat yhteistoiminnassa. Moninäkökulmaisuutta tarvittiin ennakoitujen vaikutusten arviointiin, jossa tuli huomioida asiakkaan, ammattilaisen ja organisaation näkökulmat. (ks. Kauppinen ym. 2020.)

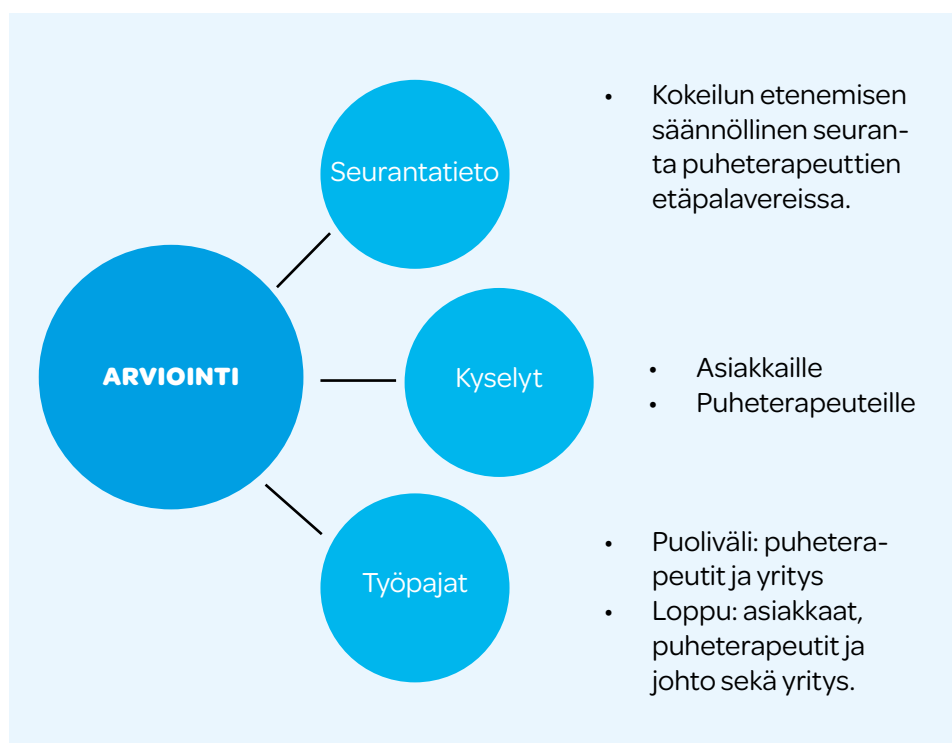
Puheterapian kehittämiskokeilun toteuttamisessa ja arvioinnissa hyödynnettiin CoHeWe-hankkeessa kehitettyä prosessia ja välineitä (Kauppinen ym. 2020). Arvioinnin tarkoituksena oli tukea kehittämiskokeilun toteutusta sekä tuottaa tietoa kehittämiskokeilun tuloksista.



Kuvio 1. Kehittämiskokeilun toteutuksen ja arvioinnin vaiheet (Helenius).

Arviointia kuvasi prosessimaisuus, joka ulottui kehittämiskokeilun valmisteluvaiheesta tulosten arviointiin (ks. kuvio 1). Arviointi kohdentui sekä nettiterapiassa käytetyn palvelun että siihen liittyvän toimintatavan arviointiin.

Arvioinnissa hyödynnettiin eri tavoin muodostettua ja kerättyä tietoa (ks. kuvio 2). Kerätyn arviointitiedon yhteenvedoja hyödynnettiin materiaalina seuraavissa arvioinnin vaiheissa. Esimerkiksi kokeilun puolivälissä ammattilaisten ja yrityksen yhteisessä työpajassa hyödynnettiin säännöllisen seurantapalautteen yhteenvedoja ja kokeilun lopussa järjestetyssä asiakasperheiden, ammattilaisten ja yrityksen työpajassa hyödynnettiin siihen mennessä kerätyn kyselypalautteen yhteenvedoja.



Kuvio 2. Arviointi rakentui seurantatiedosta, kyselyvastauksista sekä työpajojen tuotoksista (Helenius).

Arvioinnin toteutus

Puheterapian kehittämiskokeilussa kehittämiseen ja arviointiin osallistui puheterapeuttien lisäksi yritys, jonka palvelua kokeilussa käytettiin, puheterapian asiakkaina olleita lapsia ja lasten huoltajia sekä puheterapian ja kuntoutuksen johtoa (kuvio 2).

Kehittämiskokeilun etenemistä seurattiin kuukausittain (pois lukien kuukaudet, jolloin järjestettiin arviointityöpaja) toteutuneissa puheterapeuttien etäpalavereissa, joista koostettiin täydentyvää muistiota. Seurannassa keskityttiin erityisesti kehittämiskokeilun sujumiseen sekä nettiterapian hyötyjen ja mahdollisuuksien sekä haasteiden tunnistamiseen. Yhteinen keskustelu säännöllisen seurannan parissa mahdollisti ratkaisujen etsimisen mahdollisiin haasteisiin ja hidasteisiin kehittämiskokeilussa. Seurantapalavereissa puheterapeuttien oli mahdollista tuoda esiin asiakkaiden havaintoja ja palautetta nettiterapiasta nimettömästi.

Osa kehittämiskokeiluun osallistuneista lapsista ja vanhemmista vastasi asiakaskyselyyn nettiterapiajaksonsa lopuksi. Kyselyyn toivottiin vastausta kaikilta kokeiluun osallistuneilta. Asiakaskyselyssä lapselle osoitettiin omia kysymyksiä, jotka koskivat äännevirheen kuntoutusta ja nettiterapiaa. Lapset vastasivat kysymyksiin huoltajansa avustuksella. Huoltajat toivat kyselyvastauksissa sekä arviointityöpajaan osallistuessa esiin lapsensa näkökulmaa. Nettiterapiajakson aikana lapsilla ja huoltajilla oli mahdollisuus palautteeseen myös puheterapeutinsa kautta.

Kehittämiskokeilun aikana järjestettiin kaksi arviointityöpajaa etäyhteydellä. Ensimmäinen arviointityöpajoista järjestettiin puheterapeuttien ja yrityksen kesken. Lopun arviointipajassa osallistujina oli nettiterapiaa käyttäneitä puheterapeutteja ja huoltajia asiakasperheistä, kuntoutuksen johtoa sekä yrityksen edustajia. Arviointityöpajat sisälsivät ryhmäkeskusteluja, joista ryhmät koostivat kirjalliset muistiinpanot sähköisten välineiden avulla. Keskustelujen ja ryhmätyöskentelyn tukena hyödynnettiin yhteistoiminnallisia menetelmiä.

Arviointipajoissa tuotettiin tietoa kokeilun ratkaisun hyödyistä ja kehittämisehdotuksista sekä kehittämiskokeilun etenemisestä. Loppuarvioinnin työpajassa kiinnitettiin huomiota lisäksi siihen, millaisia asioita tulisi huomioida ja ratkoa tilanteessa, jossa nettiterapia olisi osa puheterapian palveluvalikoimaa. Ennen loppuarvioinnin pajaa kyselylomakkeella kerättiin tietoa asiakasperheiden sekä puheterapeuttien kokemuksista nettiterapian käytöstä. Seurantaan ja arviointiin liittyvät muistiinpanot sekä arviointipajojen ja kyselyvastausten yhteenvedot hyödynnettiin kehittämiskokeilun raportoinnissa.

Arvioinnin tulokset ja vaikutukset kehittämiseen

Puherapian kehittämiskokeilussa oli kyse käyttäjälähtöisestä kehittämisestä, jossa lähdettiin liikkeelle asiakasrajapinnassa tunnistetusta kehittämistarpeesta. Näin kehittämistarve ei ollut ylhäältä saneltu vaan relevantti ja validi asiakkaiden ja ammattilaisten arjessa, mikä vahvisti osallistujien sitoutumista kehittämisprosessiin. (ks. Harra & Sipari & Mäkinen 2017.)

Erityisesti asiakastyötä tekevien puheterapeuttien panos kehittämiskokeilun suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille oli merkittävä. He toimivat myös asiakasperheiden äänenä kehittämisen vaiheissa, joissa perheiden osallistuminen suoraan ei ollut mahdollista. Se edellytti ammattilaisilta asioiden asiakas- ja perhelähtöistä tarkastelua sekä vuoropuhelua asiakasperheiden kanssa. (vrt. Pehkonen & Martikainen & Kinni & Mönkkönen 2019.)

Asiakkaiden eli lasten ja heidän huoltajiensa tarkoituksenmukainen osallistaminen vaati kehittämiskokeilussa panostusta ja suunnittelua. Kokeilussa tahtotilana oli mahdollistaa asiakasperheille – lapsille ja huoltajille – osallistuminen kehittäjinä sen sijaan, että he olisivat toiminnan kohteen roolissa (esim. Niskala & Kairala & Pohjola 2017). Oli tärkeää kuulla lapsilta ja huoltajilta itseltään, mitä onnistunut äännevirheen kuntoutus heille merkitsee. Liian usein arviointi toteutuu organisaatiolähtöisesti ja olettamusten varassa. (vrt. Harra ym. 2017.)

Lasten ja heidän huoltajiensa osallistuminen arviointiin oli ensiarvoisen tärkeää ja jatkossa osallistumisen mahdollistamiseen tulee panostaa entistä vahvemmin. Kehittämiskokeilussa haasteensa ja rajoitteensa asiakkaiden osallistumisen mahdollistamiselle aiheuttivat resurssit sekä koronaepidemiasta seuranneet muutokset. Vastaavanlaisia kokeiluja toteutettaessa tärkeää on, että jatkossa myös asiakkaiden osallistuminen kokeilun toteutuksen ja arvioinnin suunnitteluun mahdollistuu.

YHTEISKEHITTÄMISEN PROSESSIN ARVIOINTI OSANA KEHITTÄMISKOKEILUA

Kehittämiskokeiluissa yhteiskehittämisen prosessista tulisi kerätä systemaattisemmin arviointitietoa. Se edellyttää arviointivälineiden kehittämistä. Puheterapian kehittämisprosessin aikana palautetta kerättiin myös yhteiskehittämisen prosessista. Yhteiskehittämisestä ja kehittämiskokeiluun osallistumisesta oli mahdollisuus antaa palautetta työpajojen yhteydessä sekä nimettömästi asiakasperheille ja puheterapeuteille suunnatussa kyselyssä. Arviointityöpajassa yhteiskehittämisen prosessista kerättiin palautetta puheterapeuteilta ja yrityksen edustajilta muun muassa oppimismatriisia hyödyntäen kysymällä:

- Mitä on tehty hyvin?
- Mitä pitäisi tehdä toisin?
- Onko uusia ideoita tai oivalluksia syntynyt? Mitä?
- Millaisen kiitoksen haluaisit välittää mukana olleille?

Kuten puheterapian itsenäisen harjoittelun kehittämiskokeilussa havaittiin, arvioinnin ja palautteen kautta on mahdollista oppia kehittämiskokeilussa vastaan tulleista tilanteista kehittämistoimintaa laajemminkin hyödyttäen. (Seppänen-Järvelä 2004.) CoHeWe-hankkeen ja puheterapian itsenäisen harjoittelun kehittämiskokeilun kokemukset vahvistavat käsitystä eri sidosryhmien osallistumisen ja yhteiskehittämisen tärkeydestä sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä (Kauppinen ym. 2020).

LOPUKSI

Puheterapian kehittämiskokeilun arvioinnissa keskityttiin erityisesti ammattilaisen, organisaation ja asiakkaan näkökulmiin kokeillun palvelun ja toimintatavan hyödyistä ja vaikutuksista (Kettunen 2017). Lisäksi arviointi tuotti arvokasta tietoa kokeilussa mukana olleen yrityksen sekä hankkeen näkökulmasta. Yritykselle oli tärkeää saada tietoa tuotteen ja palvelunsa toimivuudesta ja kehittämistarpeista käyttäjäpalautteen kautta. Hanke hyötyi arviointitiedosta kehittämiskokeilun toteutuksen tueksi. (Kauppinen ym. 2020.)

Prosessimainen ja moninäkökulmainen arviointi sekä dokumentaatio tukevat niin ennakoitujen kuin ennakoiduttomienkin seurausten arviointia kehittämisprosessissa. Kun kyse on yhteisestä tiedon tuottamisesta, myös hiljainen tieto tulee kuuluviin. Muutos- ja kehittämisprosessissa arviointi on keskeinen osa oppimista ja valtaistumista, minkä vuoksi eri tahojen osallistuminen arviointiin on ratkaisevan tärkeää. (Engeström ym. 2008.) Monia eri toimijoita omine intresseineen yhdistävä kehittämistoiminta korostaa osaltaan moninäkökulmaisuuuden tarvetta (Seppänen-Järvelä 2018).

Puheterapian kehittämiskokeilussa hyödynnetty yhteiskehittämisen prosessi työvälineineen (Kauppinen ym. 2020) tuki julkisen sektorin toimijoiden, yrityksen ja asiakkaiden yhteistoimintaa. Kehittämisprosesseja tukevat työvälineet voivat osaltaan edistää systemaattista ja jatkuvaa kehittämistoimintaa, jossa arviointi ei ole irrallinen osa vaan tiiviisti kehittämisprosessiin nivottu elementti (Engeström ym. 2008: 19–21). Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä tarvitaan moninäkökulmaisuuutta ja tavoitteellista yhteistoimintaa eri osapuolia hyödyttävien terveyttä ja hyvinvointia edistävien innovaatioiden syntymiseksi.

Lähteet

Engeström, Y., Kerosuo, H. & Kajamaa, A. 2008. Vaikuttavuuden arvioinnista seuraamusten tutkimukseen. Teoksessa Mäkitalo, Jorma & Turunen, Jari & Vilkkumaa, Ilpo (toim.). Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve.

Harra, T., Sipari, S. & Mäkinen, E. 2017. Hyvää tahtova hyvinvointipalvelujen kehittäjäkumppanuus. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.). Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudissa. Tampere: Vastapaino.

Kauppinen, S., Kesäniemi, E. & Helenius, S. 2021. Digitaalisuuden mahdollisuuksia puheterapiapalvelussa. Kuntoutus 44 (1) 43–47. <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/103341/60305>

Kauppinen, S., Kesäniemi, E., Luojus, S., Lange, P., Lönn, N., Pääkkönen, J. & Hult, T. 2020. Tarpeesta ratkaisuksi – Yhteiskehittämisen opas sosiaali- ja terveydenhuollossa. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-331-876-2>

Kaupunginvaltuusto 2017. Valtuustokauden strategia 2018–2021. Vantaan kaupunginvaltuusto 11.12.2017. https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/136267_Valtuustokauden_strategia_2018-2021.pdf

Niskala, A., & Kairala, M. & Pohjola, A. 2017. Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala, A. (toim.). Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudissa. Tampere: Vastapaino.

Pehkonen, A., Martikainen, K., Kinni, R.-L. & Mönkkönen, K. 2019. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini (toim.). Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämisprojektissa. Opas käytäntöihin. Helsinki: Stakes. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf

Seppänen-Järvelä, R. (toim.) 2018. Monimenetelmällisyys kuntoutuksen tutkimuksessa. Havaintoja ja kokemuksia Muutos-hankkeen tutkimuksista. Työpapereita 144:2018. Helsinki: Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018102438644>

Sosiaali- ja terveystaloudsministeriö 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveystaloudsministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveystaloudsministeriön julkaisuja 2016:5. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>

Sugden, E., Munro, N., Trivette, C.M., Baker, E. & Williams, A.L. 2019. Parents' Experiences of Completing Home Practice for Speech Sound Disorders. *Journal of Early Intervention* 41, 2, 159–181.

Tambyraja, S. R. 2020. Facilitating parental Involvement in speech therapy for children with speech sound disorders: A survey of speech-language pathologists' practices, perspectives, and strategies. *American Journal of Speech-Language Pathology* 29, 4, 1987–1996.

Tietopyyntö 2019. Puheterapian itsenäisen harjoittelun palvelu.
<https://cohewe.eu/puheterapian-itsenaisen-harjoittelun-palvelu/>

Watts Pappas, N., McAllister, L., & McLeod, S. 2016. Parental belief and experiences regarding involvement in intervention for their child with speech sound disorder. *Child Language Teaching and Therapy* 32, 2, 223–39. <https://doi.org/10.1177/1053815119828409>



AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences



MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN (WHO 2010) raportissa korostetaan, että uusien palvelujen vaikutuksia terveysjärjestelmään tulisi arvioida kriittisesti esimerkiksi hyötyjen, haittojen, hyväksyttävyyden, toteutettavuuden, resurssien käytön ja tasapuolisuuden näkökulmista. Vaikuttavuuden arviointi sekä vaikuttavuusperusteinen johtaminen ja ohjaus ovat nousseet laajan kiinnostuksen kohteeksi, kun on mietitty julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin tehdyistä interventioista muodostuvaa arvoa suhteessa kustannuksiin.

TÄMÄN JULKAISUN TARKOITUKSENA on osaltaan yhtenäistää käsitystä vaikuttavuuden arvioinnin eri näkökulmista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskehittämisessä. Artikkelit perustuvat vuosina 2018 - 2020 toteutetun Co-Created Health and Wellbeing (CoHeWe) -hankkeen kokemuksiin. CoHeWe -hanke toteutettiin Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) tuella osana 6Aika Strategiaa, joka kuuluu Suomen rakennerahasto-ohjelmaan Kestävää kasvua ja työtä 2014-2020. 6Aika-strategian EAKR-hankkeiden rahoittava viranomaisena on Uudenmaan liitto.

