



# Kliinikon käyttäjäkokemuksen kehittäminen

## Case: HUS Diagnostiikkafoorumi

Manninen Hanna

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Kliinikon käyttäjäkokemuksen kehittäminen**  
**Case: HUS Diagnostiikkafoorumi**

Manninen Hanna  
Palvelumuotoilu  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2022

Hanna Manninen

**Kliinikon käyttäjäkokemuksen kehittäminen. Case: HUS Diagnostiikkafoorumi**

Vuosi 2022

Sivumäärä 105

Tässä opinnäytetyössä kehittämisen kohteena oli HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämä Diagnostiikkafoorumi-koulutuskonsepti. Kimmokkeena kehittämistyölle oli tarve selvittää perusterveydenhuollon klinikoiden toiveita ja odotuksia Diagnostiikkafoorumille sekä heidän työhönsä liittyviä kipukohtia. Työn tarkoituksena oli luoda keinoja Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi käyttäjäkeskeisesti. Lisäksi työssä validoitiin HUS Diagnostiikkakeskuksen luomaa asiakaspolkua.

Opinnäytetyön tietoperusta rakentuu asiakaskeisistä liiketoimintalogiikasta, asiakaskokemuksesta ja palveluiden digitaalisuudesta keskittyen käyttäjäkokemukseen ja digitaalisen asiakaskokemuksen kehittämiseen. Teoriapohja korostaa käyttäjän tarpeiden ymmärtämistä kehittämisen lähtökohtana. Asiakaskeinen liiketoimintalogiikka korostaa lisäksi käyttäjän ekosysteemin ymmärtämistä.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksellisenä lähestymistapana oli palvelumuotoilu. Työssä seurattiin Double Diamond -palvelumuotoiluprosessia. Kehittämistyössä hyödynnettiin laadullisia menetelmiä: haastatteluja, prototyyppointia ja yhteiskehittämistä työpajassa. Tässä kehittämistyössä prototyyppi oli klinikoiden kehitystoiveet kokoava malli. Haastatteluja tehtiin kahdessa vaiheessa. Tutkimusvaiheessa aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja kehittämissaiheissa prototyyppiä koottujen kehitystoiveiden priorisoimiseksi ja asiakaspolusta luodun roadmapin validoimiseksi. Työpaja pidettiin Diagnostiikkafoorumin kehittämistiimille kehitysehdotusten arvioimiseksi ja jatkojalostamiseksi.

Aineistosta nousi useita toiveita Diagnostiikkafoorumille. Analyysin, priorisoinnin ja työpajan jälkeen kehittämistyön tuloksena syntyi neljä ehdotusta Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi käyttäjäkeskeisesti. Vaikka otoskoko jäikin pieneksi, löytyy kehittämissaiheiden taustalla oleville toiveille perusteet tietoperustasta. Lisäksi aikaisemmin luodun asiakaspolun pohjalta syntyi roadmap, joka tuo esiin klinikan matkan aiempaa selvemmin.

Asiasanat: asiakaskeinen liiketoimintalogiikka, asiakaskokemus, käyttäjäkokemus, palvelumuotoilu

Hanna Manninen

**Development of Primary Healthcare Physician's User Experience. Case: HUS Diagnostiikkafoorumi**

Year 2022

Pages

105

---

This study was commissioned by HUS Diagnostic Center. The object of development was its training concept, Diagnostiikkafoorumi. The stimulus for conducting the study was the need for deeper understanding of the needs and expectations of primary health care physicians for Diagnostiikkafoorumi. The purpose of this work was to create ways to develop Diagnostiikkafoorumi in a user-centric way. In addition, the customer journey created by HUS Diagnostics Center was validated.

The theoretical framework is built on customer-centric business logic, customer experience, and the digitalization of services with focus on the user experience and development of digital customer experience. The theoretical framework emphasizes understanding the needs of the user as a starting point for development work. In addition, customer-centric business logic emphasizes understanding of the user's ecosystem.

The research approach was service design. The Double Diamond service design process was followed, and the following qualitative methods were used: interviews, prototyping and co-development in a workshop. In this study, the prototype was a model that brings together clinicians' needs and expectations for Diagnostiikkafoorumi. The interviews were conducted in two phases. In the research phase, the material was collected through thematic interviews, and in the development phase interviews were used to prioritize the ideas for development and to validate the roadmap created based on the customer journey. A workshop was held for the HUS Diagnostics Center team to evaluate and further ideate the development proposals.

Several wishes for development arose from the material. After analysis, prioritization and the workshop, the result of this study was four proposals for developing Diagnostiikkafoorumi in a user-centric way. Although the sample size remained small, the expectations behind the proposals for development can be explained with literature that was used to build the theoretical framework. In addition, a roadmap was created based on the customer journey, which highlights the clinician's journey more clearly than before.

Keywords: customer-centric logic, customer experience, user experience, service design

## Sisällys

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Johdanto .....   | 7  |
| 1.1   | Kehittämistyön tavoite ja rajaukset .....              | 8  |
| 1.2   | Keskeiset käsitteet.....                               | 9  |
| 2     | Perusterveydenhuolto Suomessa .....                    | 11 |
| 2.1   | Perusterveydenhuollon järjestäytyminen ja tehtävä..... | 11 |
| 2.2   | HUS Diagnostiikkakeskus .....                          | 11 |
| 2.3   | Diagnostiikkafoorumi .....                             | 12 |
| 3     | Asiakaskokemus ja arvonmuodostus .....                 | 13 |
| 3.1   | Asiakaskokemus.....                                    | 16 |
| 3.1.1 | Asiakaskokemuksen tasot .....                          | 17 |
| 3.1.2 | Asiakaskokemuksen johtaminen.....                      | 19 |
| 3.1.3 | Asiakaspolku.....                                      | 21 |
| 4     | Palveluiden digitaalisuus .....                        | 21 |
| 4.1   | Digitaalinen murros .....                              | 21 |
| 4.2   | Käyttäjäkokemus .....                                  | 22 |
| 4.3   | Digitaalisen asiakaskokemuksen kehittäminen .....      | 25 |
| 5     | Palvelumuotoilu kehittämistyön lähtökohtana.....       | 27 |
| 5.1   | Muotoiluajattelu.....                                  | 27 |
| 5.2   | Palvelumuotoilu .....                                  | 29 |
| 5.3   | Double Diamond -palvelumuotoiluprosessi .....          | 30 |
| 5.3.1 | Käytetyt menetelmät ja työkalut .....                  | 32 |
| 5.3.2 | Aineiston hallinta.....                                | 35 |
| 5.4   | Kehittämistyön eteneminen .....                        | 35 |
| 5.4.1 | Tutki .....  | 36 |
| 5.4.2 | Määritä .....  | 38 |
| 5.4.3 | Kehitä .....   | 39 |
| 5.4.4 | Aineiston käsittely ja analyysi .....                  | 40 |
| 6     | Tulokset.....  | 41 |
| 6.1   | Kliinikon ekosysteemi.....                             | 42 |
| 6.2   | Asiakaspolusta roadmapiksi.....                        | 48 |
| 6.3   | Diagnostiikan prosessin haasteet .....                 | 50 |
| 6.4   | Odotukset Diagnostiikkafoorumille .....                | 54 |
| 6.4.1 | Koulutukset .....                                      | 54 |
| 6.4.2 | Kirjasto.....  | 59 |
| 6.4.3 | Keskustelu .....                                       | 61 |
| 6.4.4 | Käyttö vakiintuneiden palveluiden kautta.....          | 62 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 6.5 | Esteet Diagnostiikkafoorumin käytölle .....                 | 63 |
| 6.6 | Kehitystoiveiden priorisointi ja roadmapin validointi ..... | 67 |
| 6.7 | Työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille .....         | 72 |
| 7   | Kehitysehdotukset.....                                      | 74 |
| 8   | Pohdinta .....  | 76 |
| 8.1 | Kehittämistyön prosessi .....                               | 77 |
| 8.2 | Kehittämistyön opit.....                                    | 78 |
| 8.3 | Jatkotutkimus- ja kehitysaiheet .....                       | 82 |
|     | Kuviot.....   | 89 |
|     | Taulukot.....   | 89 |
|     | Liitteet .....  | 90 |

## 1 Johdanto

Suomalainen sosiaali- ja terveysala on murroksessa. Käynnissä oleva niin kutsuttu sote-uudistus siirtää vuoden 2023 alusta alkaen vastuun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille. Poikkeuksen tähän tekee Helsingin kaupunki, jolla säilyy vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. (Sote-uudistus 2021a.) Tämän kehittämistyön toimeksiantajaorganisaatio, HUS Diagnostiikkakeskus, sijoittuu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueelle.

Digitalisaatio muuttaa toimintaympäristöjä. Sen mukanaan tuoma murros on yhteydessä niin asiakaskeskeisyyteen kuin uudenlaisen digitaalisen teknologian käyttöönottoon. (Hämäläinen, Maula & Suominen 2016, 21.) Digitalisaatio koskettaa myös yllä mainittua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, jossa sitä hyödynnetään kaikkien peruspalveluiden kehittämiseksi asetettujen tavoitteiden toteuttamisessa. (Sote-uudistus 2021b.)

Digitalisaatio on lääkärin työhön ja rooliin vaikuttava muutostrendi. Se näkyy erityisesti kasvavana määränä digitaalista dataa sekä erilaisina digitaalisina työkaluina ja palveluina. (Lääkäriliitto 2021.) Lääkäriliitto (2021) onkin linjannut, että digitalisaation aiheuttaman muutostarpeet on otettava huomioon tulevissa sote-keskuksissa. Käytännössä tämä tarkoittaa järjestelmien kehittämistä ja uuden teknologian valjastamista palvelemaan paremmin potilastyön tarpeita sekä uusien toimintatapojen edellyttämän uudenlaisen osaamisen turvaamista koulutuksella. Jotta lääkäreiden suhde digitaalisesta muutosta kohtaan muodostuisi myönteiseksi, johdon tulee olla esimerkkinä uusien teknologioiden käyttöönotossa, kiinnittää huomiota koulutukseen ja nostaa esiin digitalisaation tuomia mahdollisuuksia (Gjellebæk, Svensson, Björkquist, Fladeby & Grundénin 2020, 6-9; Konttila ym. 2018, 13).

Digitaalisuus ei ole itseisarvo. Jos palvelu ei löydä paikkaa käyttäjien elämässä, riskinä on, että sen käyttö jää ensimmäisiin kertoihin (Saariluoma ym. 2010, 42; Robert Brinkerhoff Gerdtin & Eskelisen mukaan 2010, 125). Tästä johtuen on tärkeää pyrkiä ymmärtämään käyttäjän ekosysteemiä, jossa palvelua kulutetaan, ja kehittää käyttäjäkokemusta loppukäyttäjän tarpeisiin nojaten (Heinonen & Strandvik 2015, 475-480). Mäkelä ja Mäkijärvi (2017) ovatkin todenneet, että lääkäreiden osallistaminen kehitysprosesseihin on tärkeää, sillä heidän on pystyttävä omaksumaan uudet järjestelmät ja toimintatavat, jotta uuden teknologian hyödyt realisoituvat.

Tämän kehittämistyön käynnisti HUS Diagnostiikkakeskuksen halu kehittää Diagnostiikkafoorumia käyttäjäkeskeisesti. Työn tarkoituksena oli tutkia klinikoiden työarkea ja selvittää heidän toiveitaan ja odotuksiaan Diagnostiikkafoorumille palvelumuotoilun prosessia ja menetelmiä hyödyntäen. Kehittämistyössä lopputulemana syntyi konkreettisia, klinikoiden tarpeisiin

perustuvia ehdotuksia Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi. Kehittämistyö toi siis näkemystä siitä, millaisia asioita klinikot pitävät tärkeinä digitaalisen palvelun kehittämisessä.

Tämä opinnäytetyö palvelee myös Diagnostiikkafoorumin kehittämistä laajempaa tarkoitusta. HUS Diagnostiikkakeskus haluaa taata erinomaisen asiakaskokemuksen potilasasiakkailleen. Diagnostiikkafoorumi on osa potilaille syntyvää kokemusta, sillä kouluttamalla perusterveydenhuollon klinikoita se auttaa osaltaan palvelemaan potilaita paremmin ja valitsemaan vaikuttavimmat tutkimukset oikeisiin tilanteisiin. Diagnostiikkafoorumi on myös kilpailutekijä HUS Diagnostiikkakeskukselle: koulutusta yhtä laajalla asiantuntemuksella diagnostiikan alalta ei pysty tarjoamaan kukaan muu Suomessa.

Tätä kehitystyötä ohjasi asiakaskeskeiseen liiketoimintalogiikkaan, asiakaskokemukseen ja palveluiden digitaalisuuteen pohjautuva tietoperusta. Vaikka viitekehityksessä käsitellään asiakaskokemusta, puhutaan käyttäjistä, sillä se kuvaa klinikoiden suhdetta Diagnostiikkafoorumiin paremmin kuin ”asiakas”. Asiakaskokemus katsottiin sopivan osaksi tietoperustaa, sillä digitaaliseen asiakaskokemukseen ja käyttäjäkokemukseen liittyy samoja lainalaisuuksia kuin tavallisesti fyysiseen ympäristöön liitettyyn asiakaskokemukseen.

### 1.1 Kehittämistyön tavoite ja rajaukset

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittäminen. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoittelee käytännön ongelmien ratkaisemista ja toimintatapojen uudistamista. Se pyrkii tuottamaan uusia ratkaisuideoita sekä viemään niitä käytäntöön. Käytännön ratkaisujen ohella tutkimuksellinen kehittäminen tuottaa uutta tietoa kehittämisen kohteesta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 18-19.)

Tämän kehittämistyön kohteena on HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämä, perusterveydenhuollon lääkäreille eli klinikoille suunnattu Diagnostiikkafoorumi. Työssä keskitytään ymmärtämään klinikoiden arkea perusterveydenhuollon kontekstissa ja tuomaan esiin heidän tarpeitaan ja odotuksiaan Diagnostiikkafoorumille. Tarkastelu on rajattu klinikoihin, sillä he ovat Diagnostiikkafoorumin ensisijainen kohderyhmä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, mitkä asiat vaikuttavat klinikoiden kokemukseen diagnosoinnin prosessista. Työn tarkoituksena on luoda keinoja kehittää Diagnostiikkafooriumia käyttäjäkeskeisesti klinikoiden käyttöön. Lisäksi työssä validoidaan HUS Diagnostiikkakeskuksessa luotua asiakaspolkua. Tulosten vieminen käytäntöön on rajattu tämän työn ulkopuolelle.

Kehittämissä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia kipupisteitä diagnosoinnin prosessiin liittyy?
- Millaisia tarpeita ja odotuksia klinikoilla on Diagnostiikkafoorumille?
- Miten Diagnostiikkafooriumia tulisi kehittää tukemaan klinikoiden työtä?



- Miten kliinikot arvioivat asiakaspolkua?

Tämän kehittämistyön tutkimuksellisenä lähestymistapana on palvelumuotoilu. Palvelumuotoilu valittiin, sillä se tuo käyttäjät kehittämisen keskiöön ja näin syntyvät kehitysehdotukset perustuvat aidosti kliinikoiden tarpeisiin. Työssä seurataan Double Diamond -palvelumuotoilu-prosessia. Prosessi ja sen eteneminen kuvataan luvuissa 5.3.-5.4.

## 1.2 Keskeiset käsitteet

Tämän kehittämistyön tietoperusta rakentuu asiakaskeskeisestä liiketoimintalogiikasta sekä asiakaskokemuksesta sekä palveluiden digitaalisuudesta, jota käsitellään luvussa 2. Seuraavassa kuvataan kehittämistyön keskeiset käsitteet.

### **Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka**

Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka (customer-dominant logic, CDL) asettaa käyttäjän liiketoiminnan keskiöön. Asiakaskeskeinen logiikka pyrkii ymmärtämään, miten käyttäjät hyödyntävät palveluita saavuttaakseen tavoitteensa ja miten he ottavat palvelut osaksi omaa verkostoaan. (Heinonen & Strandvik 2015, 472; Heinonen, Strandvik & Mickelsson 2010, 532-534.) Logiikan mukaan käyttäjä on lähtökohta kehittämistoiminnalle itse palvelun, prosessien ja vuorovaikutuksen sijaan (Heinonen & Strandvik 2015, 475).

### **Arvo**

Arvo on käyttäjän subjektiivinen kokemus siitä, miten yrityksen palveluiden käyttö vastaa hänen odotuksiinsa ja tarpeisiinsa (Tuulaniemi 2011, 33). Asiakaskeskeisen liiketoimintalogiikan mukaan arvo muodostuu käyttäjän moniulotteisessa ja jatkuvasti muuttuvassa todellisuudessa (Heinonen, Strandvik & Voima 2013, 104). Arvon muodostumiseen vaikuttavat paitsi palveluun suoraan ja epäsuoraan liittyvä toiminta ja kohtaamiset myös käyttäjän näkymätön ja mielen sisäinen maailma. (Heinonen ym. 2010, 535-545.)

### **Ekosysteemi**

Käyttäjän ekosysteemin muodostavat eri palveluntarjoajat, toiset käyttäjät sekä palveluun liittyvät fyysiset ja virtuaaliset puitteet. Ekosysteemiajattelu ohjaa huomion siihen, miten käyttäjät käyttävät palvelua ja omaksuvat sen osaksi toimintaansa ja kokemuksiaan. Ekosysteemi on asiakaskeskeisen liiketoimintalogiikan kiinnostuksen kohde, sillä logiikka tunnistaa myös palveluhetken ulkopuolisten tekijöiden vaikuttavan käyttäjään. (Heinonen & Strandvik 2015, 475-480.)

## **Muotoilujattelu**

Muotoilujattelu (design thinking) on luovuuteen sekä ihmisten tunteiden ja tarpeiden ymmärtämiseen pohjautuvaa kehittämistoimintaa. Muotoilujattelun periaatteita ovat ihmiskeskeisyys, empatia, visuaalisuus, toiminnallisuus sekä yhteistoiminnallisuus. (Miettinen 2015, 11; Kolko 2015, 68; Tschimmel 2011, 2-4.) Muotoilujattelun menetelmät soveltuvat monenlaiseen kehittämistyöhön, kuten prosessien, strategioiden ja kokemusten muotoiluun (Brown 2008, 86; Brown 2009, 7; Tschimmel 2011, 2; Kolko 2015, 68). Tavoitteena on luoda ratkaisuja, jotka ovat ihmisten tarpeisiin pohjautuvia, teknologisesti toteuttamiskelpoisia ja liiketoiminnan näkökulmasta kannattavia (Brown 2008, 86).

## **Palvelumuotoilu**

Palvelumuotoilun (service design) juuret ovat muotoilussa. Se tuo muotoilulle tyypilliset prosessin, menetelmät ja toimintatavat osaksi palveluiden kehittämistä ja innovointia. (Tuulaniemi 2011, 61-63.) Palvelumuotoilu on kokonaiskokemuksen muotoilua ja edustaa käyttäjän näkökulmaa (Moritz 2005, 39-43). Palvelumuotoilun ominaisuuksia ovat ihmiskeskeisyys, yhteistoiminnallisuus, iteratiivisuus, eri osapuolten osallistaminen sekä visuaalisuus (Stickdorn, Hormess, Lawrence ja Schneider 2018, 24-27; Ojasalo, Ritalahti & Moilanen 2014, 72).

## **Asiakaskokemus**

Asiakaskokemus on käyttäjän subjektiivisesti muodostama tulkinta yrityksestä. Se on tunteisiin ja alitajuisiin tulkintoihin perustuva kohtaamisten, mielikuvien ja tunteiden summa. (Löytänä & Korteso 2011.) Jokainen kohtaaminen yrityksen kanssa johtaa asiakaskokemuksen muodostumiseen. Kyse on holhtisesta kokemuksesta, jossa ovat mukana käyttäjän kognitiivinen, emotionaalinen, sensorinen, sosiaalinen ja henkinen taso. (Schmitt, Brakus & Zarantonello 2009 Lemon & Verhoefin 2016, 69, mukaan.)

## **Käyttäjäkokemus**

Käyttäjäkokemus on teknologian käytöstä ja käyttökontekstista syntyvä tunneside. Teknologian lisäksi käyttäjäkokemuksen muodostumiseen vaikuttaa itse käyttäjä ja hänen taustansa sekä käyttöympäristö. Käyttäjäkokemus rakentuu palvelun käyttöarvosta, vetovoimasta, käytettävyydestä ja uskottavuudesta. (Sinkkonen, Kuoppala, Parkkinen & Vastamäki 2009, 225-226; Saariluoma ym. 2010, 42.)

## 2 Perusterveydenhuolto Suomessa

Tässä luvussa kuvataan lyhyesti suomalaisen perusterveydenhuollon järjestäytyminen ja tehtävä. Tämän jälkeen kuvataan HUS Diagnostiikkakeskus ja sen rooliperusterveydenhuollossa sekä kehittämistyön kohteena oleva Diagnostiikkafoorumi.

### 2.1 Perusterveydenhuollon järjestäytyminen ja tehtävä

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perustan muodostaa valtion tuella toteutettu, kuntien järjestämä sosiaali- ja terveydenhuolto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a). Kuntien järjestämät terveystalot jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Julkisten sektorin lisäksi terveystaluita tuottavat yksityiset yritykset, joilta kunnat voivat ostaa täydentäviä palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b.) Tämän työn keskiössä on perusterveydenhuollossa toimivien klinikoiden arki sekä tarpeet ja toiveet HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämälle Diagnostiikkafoorumille. Tästä johtuen vuoksi tämä luku keskittyy perusterveydenhuollon näkökulmaan.

Perusterveydenhuolto on suomalaisen terveysjärjestelmän ydin (Duodecim 2016). Perusterveydenhuolto on kunnan järjestämää, terveyskeskuksissa tuotettavaa terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja erilaisia palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b). Sen kokonaisuuden muodostavat terveyskeskusten yleislääkärin vastaanotto, terveyskeskussairaala, ennalta ehkäisevä terveydenhuolto, kouluterveydenhuolto, työterveyshuolto, hammas- huolto sekä elinympäristön valvonta (Duodecim 2016). Perusterveydenhuollon palveluihin on oikeus jokaisella Suomessa asuvalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b).

### 2.2 HUS Diagnostiikkakeskus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on Suomen suurin terveydenhuollon toimija ja toiseksi suurin työnantaja. Siihen kuuluvat HYKSin, Hyvinkään, Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uusimaan sairaanhoitopiirit. HUSissa hoidetaan vuosittain lähes 700 000 potilasta. (HUS 2021a.)

HUS Diagnostiikkakeskus on toiseksi suurin HUSin seitsemästä tulosityksiköstä ja Suomen johtava kliinisten laboratoriopalvelujen ja lääketieteellisten kuvantamispalvelujen tuottaja. Se perustettiin kesällä 2019 laboratoriopalveluita tarjoavan HUSLABin ja kuvantamispalveluita tarjoavan HUS Kuvantamisen yhdistyessä (HUS 2019). HUS Diagnostiikkakeskus toimii Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa yhteensä 170 toimipisteessä ja seitsemässä ympäri vuorokauden palvelevassa sairaalalaboratoriossa. (HUS 2021b; Saloranta 2021.)

HUS Diagnostiikkakeskuksen tarjoamat laboratorio- ja kuvantamispalvelut ovat tärkeä osa hoitopolkua. HUS Diagnostiikkakeskuksen tavoitteena on olla paras asiantuntija alallaan ja tuottaa lääkäreiden käyttöön korkeatasoisia palveluita, jotka auttavat varmistamaan hoidon

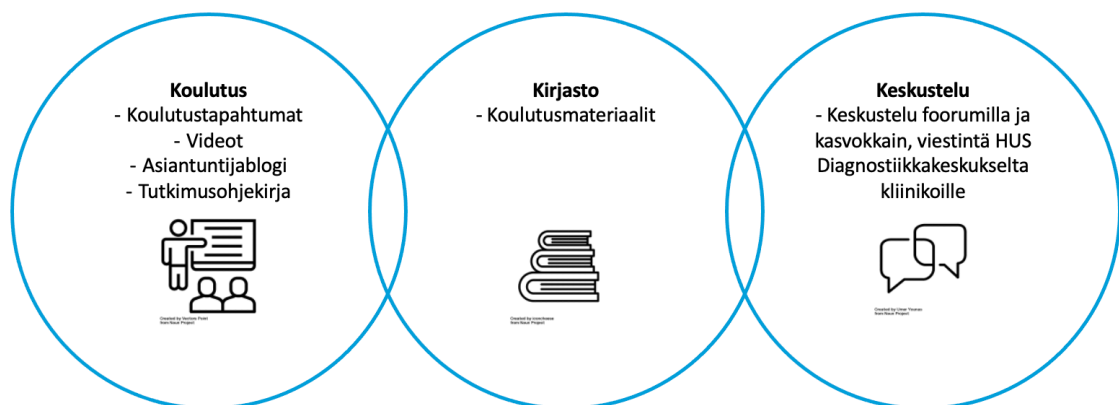
vaikuttavuuden. Lisäksi HUS Diagnostiikkakeskuksen tehtävänä on tukea lääkäreiden työtä jakamalla osaamista erikoisaloistaan. (HUS 2021b; Saloranta 2021.)

Digitalisaatio on ajankohtainen aihe HUSissa. Sairaanhoidopiiri on määritellyt asiakaskeskeisen digitaalisen muutoksen yhdeksi strategisista päämääristään. Tavoitteena on kehittää asiakaslähtöisiä ja vaikuttavia digitaalisia palveluja niin potilaille, terveydenhuoltoalan ammattilaisille kuin HUS-alueen kunnille. Digitalisaatiolla HUS haluaa edistää terveydenhuollon laatua, kustannusvaikuttavuutta ja asiakaskokemusta. (HUS 2022a; HUS 2022b.) HUSin strategiset tavoitteet ohjaavat myös HUS Diagnostiikkakeskusta.

### 2.3 Diagnostiikkafoorumi

Tämän kehittämistyön kohde, Diagnostiikkafoorumi, on HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämä palvelu perusterveydenhuollon klinikoille. Diagnostiikkafoorumin tavoitteena on tukea vaikuttavimpien tutkimusten valintaa. Se on myös osa kliinikoiden asiakaskokemuksen kehittämistä. (Saloranta 2021.)

Diagnostiikkafoorumi on ennen kaikkea koulutuskonsepti. Sen tehtävänä on tarjota klinikoille ympärivuotista koulutusta. Ammatillisen osaamisen kehittämiseksi Diagnostiikkafoorumi tarjoaa koulutustapahtumia, videoita ja asiantuntijakirjoituksia. Koulutusmateriaali kootaan Diagnostiikkafoorumin kirjastoon. Lisäksi sen tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollon lääkäreiden välistä keskustelua ja verkostoitumista. (HUS 2021c.) Diagnostiikkafoorumin osiot esitetään kuviossa 1.



Kuvio 1: Diagnostiikkafoorumin osat (mukaillen HUS 2021c)

Palvelun konseptin päivittäminen aloitettiin syksyllä 2020. Tämän kehittämistyön aikana Diagnostiikkafoorumista lanseerattiin uusi versio, johon rekisteröityneet käyttäjät pääsevät kirjautumaan salasanalla. Diagnostiikkafoorumin vanha sivu on edelleen käytössä ohjaamassa klinikoita uudelle sivustolle.

HUS Diagnostiikkakeskus seuraa klinikoiden asiakaskokemusta säännöllisesti toteutettavin kyselytutkimuksin. HUS Diagnostiikkakeskukselta puuttuu laadullista tietoa klinikoiden odotuksista ja tarpeista sekä heidän työnsä kipupisteistä. Tämä työ pyrkii tuomaan vastauksia näihin tietotarpeisiin hyödynnettäväksi Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä. Laajassa kuvassa työ palvelee näin klinikoiden asiakaskokemuksen kehittämistä.

### 3 Asiakaskokemus ja arvonmuodostus

Tässä luvussa tarkastellaan kehittämistyön teoreettista tietoperustaa. Tietoperustan keskiössä ovat asiakaskeinen liiketoimintalogiikka, asiakaskokemus sekä palveluiden digitaalisuus. Lisäksi työhön liittyvät keskeisesti arvo ja sen muodostuminen.

Liiketoimintalogiikoita ovat tuotokeskeinen, palvelukeskeinen ja asiakaskeinen logiikka. Logiikat erottaa toisistaan ennen kaikkea näkemys käyttäjän roolista arvon muodostumisen prosessissa. Koska tämän työn lähtökohtana on palvelun kehittäminen käyttäjäkeskeisesti klinikoiden näkökulmasta, tarkastelussa painottuu asiakaskeinen liiketoimintalogiikka.

#### **Tuotokeskeinen liiketoimintalogiikka**

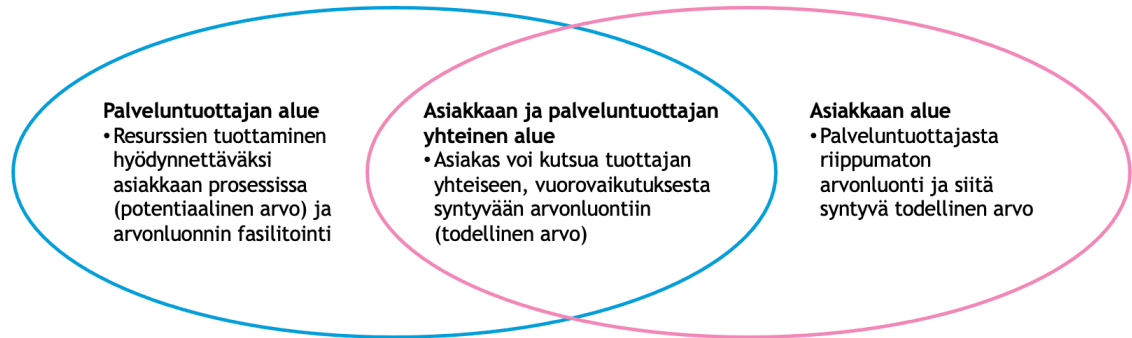
Tuotokeskeinen liiketoimintalogiikka (goods-dominant logic) korostaa fyysisiä tuotteita. Logiikan mukaan yritystoiminnan tehtävänä on tuotannon tehokkuus ja voiton maksimointi. (Vargo & Lusch 2004, 5.)

Tuotokeskeisen logiikan mukaan arvon määrittää yritys. Arvo syntyy yrityksen omissa prosesseissa ja on tuotteessa sisäänrakennettuna. Arvonluomisessa käyttäjän rooli on passiivisen vastaanottajan. Näin yrityksen ja käyttäjän kanssakäyminen tyypistyy tavoitteeksi saada aikaan kauppaa. (Vargo & Lusch 2004, 5-7.) Mutta mikä on tuotteen tai palvelun arvo, jos sitä ei kuluteta? Tuotokeskeistä logiikkaa on kritisoitu siitä, että todellisuudessa käyttämättä jäävä tuote ja palvelu on arvoton, eikä yritys pysty toimimaan ilman asiakkaita (Vargo & Lusch 2004, 11).

#### **Palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka**

Palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka syntyi tarpeesta suunnata huomio yrityksestä ja sen tuotteista asiakkaaseen. Palvelukeskeisen logiikan mukaan tuotteita ja palveluita kulutetaan, koska niiden avulla halutaan saavuttaa jotain merkityksellistä. Yrityksen tulee pyrkiä vastaamaan palvelun käyttäjien tarpeisiin ja tukea heitä tavoitteidensa saavuttamisessa. (Vargo & Lusch 2004, 11-12.) Vargon ja Luschin (2004, 5) mukaan yritys voi kuitenkin antaa vain palveluitaan koskevia arvolupauksia. Grönroos kyseenalaistaa ajatuksen yrityksestä vain lupauksen antajana. Ensinnä Grönroosin (2011, 303; Grönroos 2017, 127) mukaan yritys fasilitoi

arvonluomisen prosessia tarjoamalla tuotteita, palveluita ja osaamistaan asiakkaan käyttöön. Toiseksi yrityksellä on mahdollisuus olla mukana arvonluonnissa vuorovaikutuksen kautta. Yrityksen kaksijakoinen rooli arvon fasilitaattorina ja yhteisluojana käy ilmi kuviossa 2 kuvatusta Grönroos-Voima-mallista.



Kuvio 2: Grönroos-Voima-malli (mukaillen Grönroos 2017, 129)

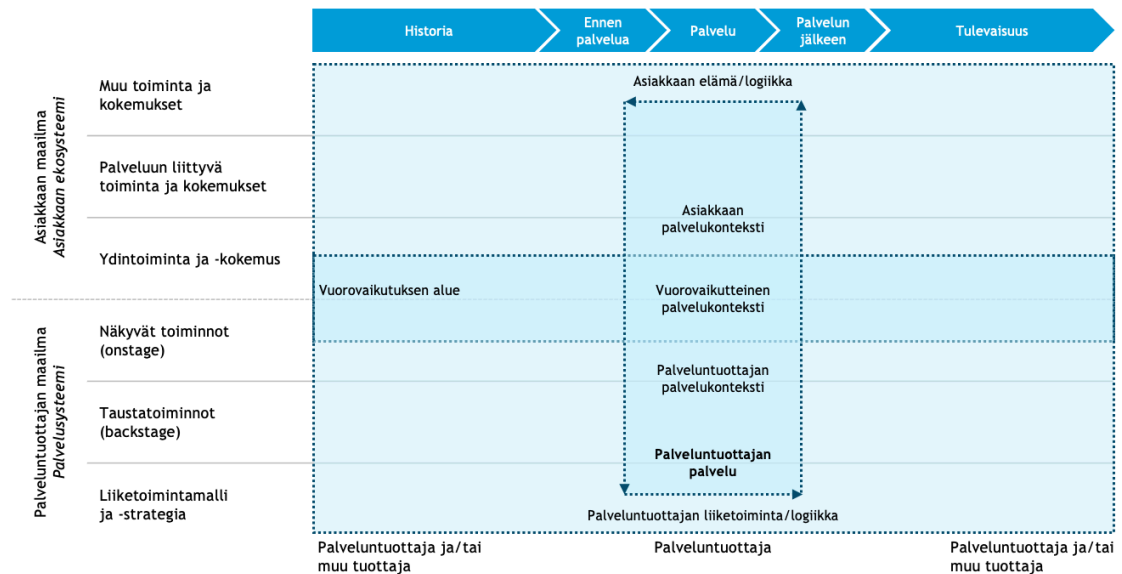
Palvelukeskeisessä logiikassa käyttäjä määrittää palvelun arvon. Vargo ja Lusch (2004, 11) esittävät palvelun käyttäjien *osallistuvan* arvon luomiseen (engl. co-creator of value) palveluita käyttäessään. Grönroosin (2011, 304-305) mukaan Vargon ja Luschin teesi antaa kuvan, jossa arvo syntyy edelleen yrityslähtöisesti ja käyttäjä kutsutaan mukaan yrityksen johtamaan prosessiin. Osallistujan roolin sijaan Grönroos pitää käyttäjää *ensisijaisena* arvonluojana, jonka arvonluonnin prosessi on yrityksestä riippumaton. On käyttäjän päätösvallassa, ryhtyykö hän jaettuun, vuorovaikutteiseen arvonluontiin yrityksen kanssa.

### Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka

Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka (customer-dominant logic) ottaa huomioon käyttäjän ja hänen maailmaansa muita logiikoita syvemmin. Heinosen, Strandvikin ja Mickelssonin (2010, 532) mukaan yllä kuvattu palvelukeskeinen logiikka on edelleen yrityskeskeinen näkökulma, sillä logiikka jättää varjoon sen, mitä *käyttäjä tekee* palvelulla. Asiakaskeskeisen logiikan kiinnostuksen kohteena sen sijaan on erityisesti käyttäjän tavat käyttää palveluita tavoitteidensa saavuttamiseksi. Palveluita ei kuluteta irrallaan muusta elämästä, vaan ne ovat osa kokemuksia ja toimintaa myös palveluprosessin ulkopuolella. Yrityksen tehtävä on yhtäältä tukea käyttäjän tavoitteiden saavuttamista ja toisaalta löytää hänen prosessistaan viitteitä uusista liiketoimintamahdollisuuksista. Keskiössä ei kuitenkaan ole yrityksen palvelutarjoama, vaan käyttäjän elämä ja toiminta, joita tarjoama koskettaa. (Heinonen ym. 2010, 533-534.)

Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka korostaa käyttäjän moniulotteista ja jatkuvasti muuttuvaa todellisuutta arvon muodostumisen kontekstina (Heinonen, Strandvik & Voima 2013, 104). Arvon muodostumiseen vaikuttavat paitsi palveluun suoraan ja epäsuorasti liittyvä toiminta ja kokemukset myös käyttäjän näkymätön ja mielensisäinen maailma. Asiakaskeskeistä logiikkaa

edeltäneet logiikat rajaavat arvon muodostumisen näkyviin ja palveluun suoraan liittyviin kohtaamisiin. Asiakaskeskeisen liiketoimintalogiikan näkökulmasta yrityksen tulee siis olla kiinnostunut paitsi siitä, mitä käyttäjä tekee palvelulla, myös siitä, mitä hän aikoo tehdä, ja miten palvelut sopivat tähän kuvioon. Tarkastelu tehdään käyttäjän omassa kontekstissa. (Heinonen ym. 2010, 535-545.) Palveluntuottajan ja käyttäjän maailmojen kohtaaminen arvonluomisen prosessissa on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3: Palveluiden tuottamisen asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka (mukaillen Heinonen & Strandvik 2015, 476)

Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka on kiinnostunut käyttäjän ekosysteemistä. Ekosysteemin muodostavat eri palveluntarjoajat, toiset palvelun käyttäjät sekä palveluun liittyvät fyysiset ja virtuaaliset puitteet. Ekosysteemiajattelu ohjaa huomion siihen, miten palvelua käytetään ja miten se omaksutaan osaksi toimintaa ja kokemuksia. Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka tunnistaa, että käyttäjään vaikuttavat myös palveluhetken ulkopuoliset tekijät. Tästä johtuen yrityksen tulee pyrkiä itse sulautumaan palvelunsa käyttäjien elämään eikä päinvastoin. (Heinonen & Strandvik 2015, 475-480.)

Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka korostaa palvelun käyttäjän ymmärtämistä kehittämistoiminnassa. Lähtökohdiana on käyttäjien toiminnan, tapojen ja kokemusten sekä näkymättömissä olevan maailman ymmärtäminen. (Heinonen ym. 2010, 534-545; Heinonen ym. 2013, 104.) Koska asiakasymmärrys on keskeinen osa palvelumuotoiluprosessia (Tuulaniemi 2011, 142), on asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka luonteva tausta palvelumuotoilua hyödyntävälle kehittämistyölle. Tässä kehittämistyössä ehdotuksia Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi haetaan sen käyttäjiltä eli klinikoilta sekä pyritään ymmärtämään klinikoiden maailmaa perusterveydenhuollon kontekstissa. Yrityksen vaikeutena voi olla astuminen ulos omasta

toimintaympäristöstään ja ajattelumaailmastaan (Heinonen & Strandvik 2015, 477), ja tässä palvelumuotoilu ohjaa tarkastelemaan ympäristöä ja palveluita käyttävien silmin (Tuulaniemi 2011, 142).

### 3.1 Asiakaskokemus

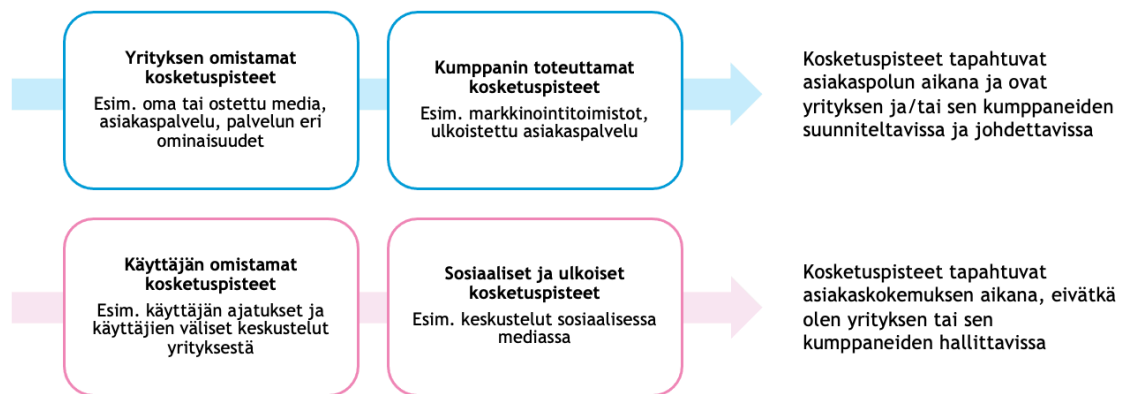
1990-luvun lopulla Pine ja Gilmore totesivat maailman siirtyneen kokemustalouden aikaan. He näkivät kokemukset keinona erottautua massasta. Muutoksen myötä käyttäjän rooli muuttui passiivisesta kuluttajasta aktiiviseksi osallistujaksi. (Pine & Gilmore 1998, 97; Brown 2009, 110.) Kiinnostus asiakaskokemusta kohtaan on jatkanut kasvuaan 2000-luvulla. Se on vakiinnuttanut paikkansa niin yritysten kuin julkisten organisaatioiden strategisena päämääränä. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 19-27.) Suomalaisista pörssiyrityksistä joka neljäs on ottanut asiakaskokemuksen osaksi strategiaansa, visiotaan, missiotaan tai arvojaan (Asiakaspalvelukokemus 2017). Asiakaskokemus nähdään tärkeänä, sillä sen kehittäminen on yksi keino varmistaa, että palvelut tuottavat käyttäjille haluttua arvoa (Saarijärvi & Puustinen 2020, 19-27).

Asiakaskokemus on holistinen kokemus. Sen muodostumisessa ovat mukana järki ja tunteet sekä aistittava ja sosiaalinen taso. (Lemon & Verhoef 2016, 69-70; Saarijärvi & Puustinen 2020, 21.) Löytänän ja Kortesuon (2011, 11) tiivistys asiakaskokemuksesta korostaa käyttäjän subjektiivista tulkintaa:

*Asiakaskokemus on niiden kohtaamisten, mielikuvien ja tunteiden summa, jonka asiakas yrityksen toiminnasta muodostaa.*

Jokainen kohtaaminen yrityksen kanssa johtaa asiakaskokemukseen. Kohtaamiset tapahtuvat kosketuspisteissä eli vuorovaikutustilanteissa, jotka voivat olla niin suoria kuin epäsuoria. (Schwager & Meyer 2007; Saarijärvi & Puustinen 2020, 73.) Suorat kohtaamiset tapahtuvat usein palvelun käyttäjän aloitteesta ja liittyvät palvelutapahtumaan sekä itse palveluun. Epäsuorat kohtaamiset ovat suunnittelemattomia ja koskevat palvelua ja brändiä. Tällaisia ovat esimerkiksi uutiset tai kollegoiden väliset keskustelut. (Schwager & Meyer 2007.) Kosketuspisteet voidaan myös jakaa yrityksen omistamiin, kumppanin toteuttamiin, käyttäjän omistamiin sekä sosiaalisiin ja ulkoisiin kosketuspisteisiin (kuvio 4). Jaottelu osoittaa, että vain osa kosketuspisteistä on johdettavissa ja hallittavissa. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 73-74). Suuri osa kokemuksista ei ole seurausta yrityksen toiminnasta (Schwager & Meyer 2007). Yrityksestä riippumattomilla kohtaamisilla voikin olla suurempi vaikutus asiakaskokemuksen onnistumiseen kuin itse palvelulla. Koska kokemuksia syntyy kaikkialla, asiakaskokemusta tulee tarkastella suhteessa käyttäjän arkeen ja elämään (Saarijärvi & Puustinen 2020, 61-74), kuten asiakaskeinen liiketoimintalogiikka ohjaa tekemään.



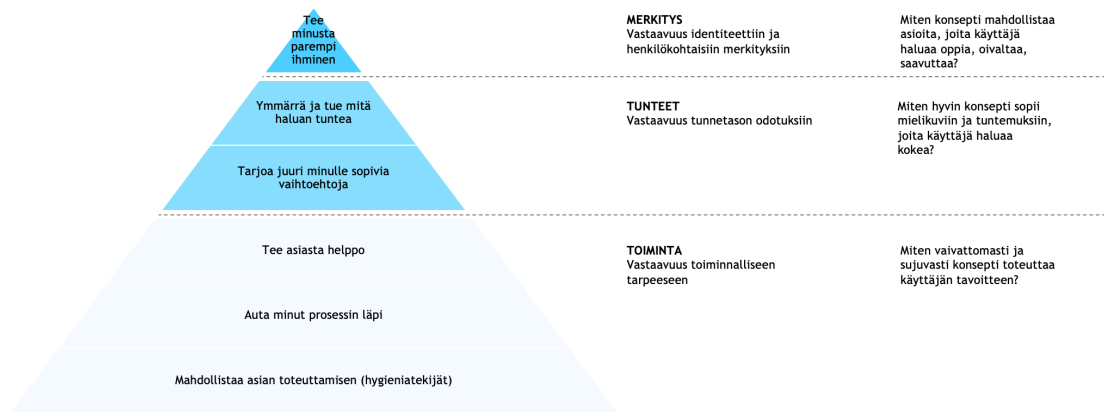


Kuvio 4: Asiakaskokemuksen kosketuspisteet ja niiden luonne (mukaillen Saarijärvi & Puustinen 2020, 74)

Asiakaskokemus rakentuu ajassa asiakaspolun eri vaiheissa. Asiakaskokemus siis koskee laajasti koko asiakaspolkua: aikaa ennen palvelutapahtumaa, palveluhetkeä ja sen jälkeisiä vaiheita. Erilaisten asiakaskokemusten ketjusta syntyy asiakassuhde. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 54.)

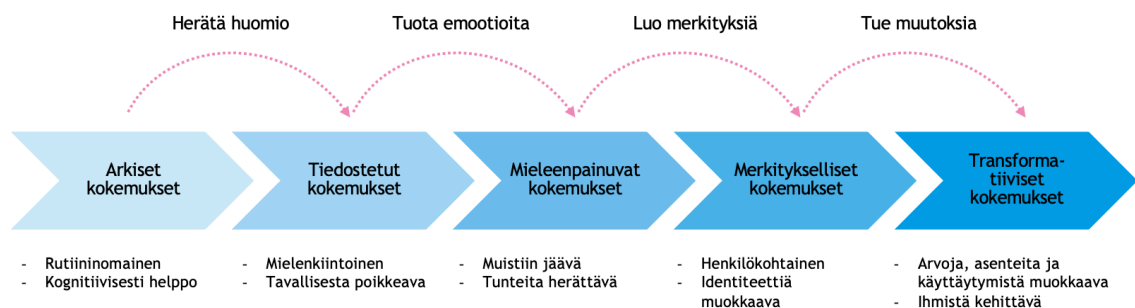
### 3.1.1 Asiakaskokemuksen tasot

Asiakaskokemukset ovat jaettavissa eri tasoihin. Tuulaniemi (2011) kuvaa asiakaskokemuksen tasoja arvon muodostumisen pyramidin avulla (kuviokuva 5). Malli jakaa asiakaskokemuksen kolmeen tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Toiminnan tasolla ovat palvelun hygienia-tekijät, joita koskevien vaatimusten tulee täytyä, jotta palvelu voi olla olemassa. Hygienia-tekijöitä ovat prosessien sujuvuus sekä palvelun hahmotettavuus, saavutettavuus, käytettävyys, tehokkuus ja monipuolisuus. Asiakaskokemuksen tunnetasolla ovat sekä välittömät tuntemukset että henkilökohtaiset kokemukset. Ne liittyvät kokemuksen miellyttävyyteen, helpouteen, kiinnostavuuteen, innostavuuteen, tunnelmaan, tyyliin sekä kykyyn koskettaa aisteja. Asiakaskokemuksen ylimmällä tasolla ovat kokemukseen kytkeytyvät merkitykset. Onnistunut asiakaskokemus on henkilökohtainen sekä auttaa käyttäjää saavuttamaan tavoitteensa ja vastaa hänen identiteettiään. (Tuulaniemi 2011, 74-75.)



Kuvio 5: Asiakaskokemuksen tasot arvon muodostumisen pyramidissa (mukaillen Tuulaniemi 2011, 75)

Käyttäjän läsnäolon syvyys vaihtelee erilaisissa asiakaskokemuksissa. Saarijärvi ja Puustinen (2020, 67-70) esittelevät Rossmannin ja Duerden viisi asiakaskokemustyyppiä (kuvio 6). Mallissa asiakaskokemukset jaetaan arkisiin, tiedostettuihin, mieleenpainuviin, merkityksellisiin ja transformatiivisiin kokemuksiin. Valtaosa kokemuksista on jokapäiväisiä ja rutiinien ohjaamia, eikä niihin juuri kiinnitetä huomiota. Tiedostettu kokemus syntyy, kun tapahtuu jotain tavallisesta poikkeavaa, mikä saa ajatuksen siirtymään pois rutiininomaisesta käyttäytymisestä. Tällainen yksittäinen kosketuspiste voi tehdä asiakaskokemuksesta myönteisen ja vahvistaa sitä. Mieleenpainuvia kokemuksia puolestaan muodostuu, kun jokin kohta asiakaspulun varrella herättää tunteita. Merkitykselliset asiakaskokemukset puhuttelevat käyttäjän arvo maailmaa ja saattavat muovata hänen identiteettiään. Ne edellyttävät usein käyttäjän aktiivista osallistumista. Ketjun päässä olevat transformatiiviset asiakaskokemukset vaikuttavat käyttäjän näkökulmiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen. Transformatiivisissa kokemuksissa on piirteitä niin tiedostetuista, mieleenpainuvista kuin merkityksellisistä kokemuksista. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 66-70.)



Kuvio 6: Asiakaskokemustyyppiä (mukaillen Rossmann & Duerde Saarijärvi & Puustinen 2020 mukaan, 68)

Yllä esitetyt tavat jäsentää asiakaskokemuksen tasoja eivät ota kantaa kokemuksen johtamiseen. Smithin ja Wheelerin (2002) kolmiportainen malli lähestyy tasoja sen perusteella, kuinka johdettuja ne ovat. Malli jakaa asiakaskokemuksen satunnaiseen, ennalta odotettavaan ja johdettuun kokemukseen. Satunnainen asiakaskokemus on vaihtelevaa ja riippuvaista ajasta, paikasta ja henkilöstä. Siitä siis puuttuu suunnitelmallisuus, eikä kokemus sitouta käyttäjää. Ennalta odotettava kokemus puolestaan on suunniteltua ja siinä toistuvat määrättyt elementit. Palvelutapahtuma toistuu tietyn kaavan mukaan, mutta ei välttämättä huomioi käyttäjän tilannetta. Ylin taso, johdettu kokemus, on paitsi suunniteltua ja ajasta tai paikasta riippumatonta myös erottuvaa ja palvelun käyttäjälle arvoa tuottavaa. Johdettu kokemus pyrkii johdonmukaisesti vastaamaan kohderyhmänsä tarpeisiin kerta toisensa jälkeen. Arvo voi syntyä niin pitkälle suunnitelluista kuin pienistä, hetkessä syntyvistä teoista. Kaiken taustalla ovat kuitenkin asiakaskokemukselle määritellyt tavoitteet ja systemaattinen johtaminen. (Smith & Wheeler 2002, 16-19; Löytänä & Korteso 2011, 51-54.) Tavoiteltua asiakaskokemusta ei siis voida saavuttaa ilman johtamista.

Erottautuva asiakaskokemus edellyttää katseen suuntaamista yrityksestä palvelun käyttäjään. Tämä tapahtuu asettamalla käyttäjä toiminnan keskiöön, ja suunnittelemalla suoraan hänen tarpeisiinsa ja toiveisiinsa vastaavia kokemuksia. (Löytänä & Korteso 2011, 66.) Asiakaskokemus, joka tuottaa arvoa palvelun käyttäjälle perustuen hänen tarpeisiinsa ja maailmansa ymmärtämiseen, vastaa asiakaskeskeisen liiketoimintalogiikan tavoitetta, jonka mukaan yrityksen tarjoamien palveluiden tulee tukea käyttäjän päämääriä ja prosesseja (Heinonen ym. 2010, 534).

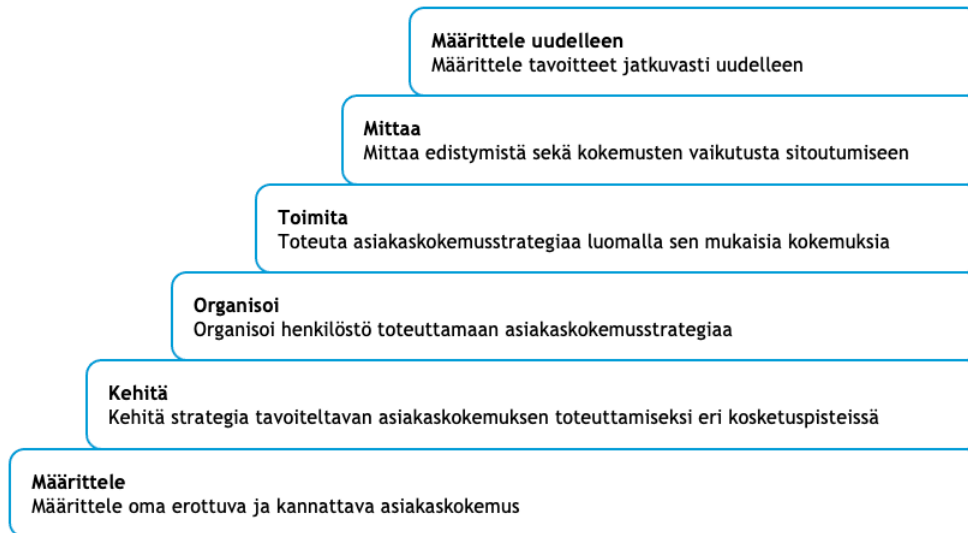
Tapoja tarkastella asiakaskokemuksen tasoja on useita. Erilaisten kokemusten ymmärtäminen on perusta asiakaskokemuksen johtamiselle ja kehittämiselle. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 69-70.) Asiakaskokemuksen johtamista käsitellään seuraavaksi.

### 3.1.2 Asiakaskokemuksen johtaminen

Asiakaskokemuksen johtaminen kuuluu yrityksen strategiaan (Löytänä & Korteso 2011, 165). Asiakaskokemuksen strateginen suunnittelu on välttämättömyys, sillä se kytkeytyy yrityksen olemassaolon edellytyksiin (Saarijärvi & Puustinen 2020, 124). Jotta asiakaskokemusstrategialla olisi todellista vaikutusta, sillä tulee olla ylimmän johdon tuki (Villani 2019, 48-49). Yrityksestä tulee löytyä johdon valtuutuksella toimiva taho, joka vastaa asiakaskokemuksen johtamisesta ja ohjaa organisaatiota sen toteuttamisessa (Löytänä & Korteso 2011, 179; Saarijärvi & Puustinen 2020, 124).

Asiakaskokemuksen johtaminen on jatkuva prosessi. Asiakaskokemuksen johtamista voidaan tarkastella kuuden johtamisen portaan avulla (kuvio 7). Ensinnä johtaminen edellyttää tavoiteltavan kokemuksen määrittämistä (Arussy 2010, 20; Saarijärvi & Puustinen 2020, 35). Asiakaskokemustavoite kertoo, millaisia kokemuksia yritys pyrkii luomaan. Se kiteyttää yrityksen

arvon palveluiden käyttäjälle. (Löytänä & Korteso 2011, 168.) Määritelty asiakaskokemusta-voite on pohja portaiden muille askelmille. Ilman tavoitetta seuraavilla portailla olevia yhteisiä toimintatapoja, henkilöstön organisoitumista, strategian toimeenpanoja, mittaamista ja uudelleenmäärittelyä on vaikea tehdä.



Kuvio 7: Asiakaskokemuksen johtamisen portaavat (mukaillen Arussy 2010, 20)

Tavoitteiden määrittelyä seuraavilla portailla luodaan strategia tavoitteen mukaisen asiakaskokemuksen toteuttamiseksi eri kosketuspisteissä ja organisoidaan henkilöstö toteuttamaan strategiassa määriteltyä kokemusta. Asiakaskokemuksen johtamisen neljännellä portaalla on asiakaskokemusstrategian toimeenpano. (Arussy 2010, 20-22; 83-84.) Asiakaskokemuksen toteuttaminen on jatkuvia valintoja, joita tehdään päivittäisellä ja strategisella tasolla. Päivittäisiä valintoja tekee jokainen työntekijä yksittäisissä kohtaamisissa, ja ne vaikuttavat suoraan syntyvään asiakaskokemukseen. Strategisia valintoja sen sijaan tekee johto yrityksen strategiassa. Strategiset valinnat määrittävät ne tavat, joilla yritys luo kokemuksia käyttäjille. (Löytänä & Korteso 2011, 175-177.)

Mittaaminen on tärkeä osa asiakaskokemuksen johtamista. Klausin (2015, 81) mukaan asiakaskokemuksen mittaaminen on onnistumisen ja kannattavuuden avaintekijä. Arussy (2010, 249-251) mukaan keskeistä on mitata, kuinka hyvin asiakaskokemukselle asetetut tavoitteet on saavutettu eri kosketuspisteissä ja ovatko käyttäjät halukkaita palaamaan palvelun pariin. Asiakaskokemuksen onnistumisen lisäksi tärkeää on mitata johtamisen onnistumista (Löytänä & Korteso. 2011, 178). Mittaamiseen syvennyttään tarkemmin digitaalisen asiakaskokemuksen kehittämistä käsittelevässä luvussa 4.3.

Asiakaskokemuksen johtaminen on jatkuvaa uudelleenmäärittelyä ja uuden innovointia. Asiakaskokemuksen tavoitteet vaativat uudistamista ja uudelleenmäärittelyä, jotta yritys pystyy

vastaamaan käyttäjien muuttuviin tarpeisiin ja käyttäytymiseen sekä kasvaviin odotuksiin. Uudistamisella pyritään vastaamaan myös toimialan ja teknologioiden kehitykseen. (Arussy 2010, 22, 295-297; Gerdt & Eskelinen 2018, 71.) Systemaattinen tiedonkeruu tavoitteissa onnistumisesta ja käyttäjien odotuksista auttaa reagoimaan muutostarpeisiin nopeasti ja ennakoiden (Löytänä & Korteso 2011, 179).

### 3.1.3 Asiakaspolku

Asiakaspolku on keino mallintaa asiakaskokemus. Se on ajassa etenevä kokonaiskuvaus palvelun käyttäjän ja palvelun vuorovaikutuksesta. Asiakaspolun mallintaminen auttaa ymmärtämään käyttäjän käyttäytymistä ja näkemään, miten hän kulkee prosessin läpi ja millaisia tunteita matka herättää. Kehittämistyössä hyödynnettynä asiakaspolku ohjaa säilyttämään huomion käyttäjässä. (Männistö 2020, 6-8, 28-29.) Se myös helpottaa eläytymistä käyttäjän rooliin ja asiakaskokemuksen tarkastelua hänen silmin (Villani 2019, 83).

Asiakaspolku on pelkistetty näkyvä asiakaskokemukseen. Se kuvaa yhden päätoimijan, kuten käyttäjän tai henkilöstön, tyypillisen etenemisen palvelussa. Asiakaspolun tarkoituksena ei ole kuvata koko tarjoamaa yksityiskohtineen. (Stickdorn ym. 2018, 46, 57.) Eteneminen jaetaan vaiheisiin, jotka jakautuvat edelleen tarkemmiksi askelmiksi (Villani 2019, 83). Asiakaskokemuksen pilkkominen osiin voi paljastaa sen aukkokohtia ja tukea ratkaisujen etsimistä (Stickdorn ym. 2018, 44). Asiakaspolusta voi rakentaa niin yksinkertaisen tai monimutkaisen kuin tarve vaatii. Sitä hyödyntäen voidaan kuvata esimerkiksi millaisia tunteita, odotuksia ja tarpeita, tuskaa ja iloa tuottavia tekijöitä askelmiin liittyy. Sen sijaan asiakaspolku ei ole työkalu yrityksen sisäisten prosessien kuvaamiseksi. (Villani 2019, 83-88.) Osana tätä kehittämistyötä validoidaan HUS Diagnostiikkakeskuksen luomaa asiakaspolkua.

## 4 Palveluiden digitaalisuus

Tämä luku on osa opinnäytetyön tietopohjaa ja käsittelee palveluiden digitaalisuutta digitaalisen murroksen, käyttäjäkokemuksen ja sen kehittämisen kautta.

### 4.1 Digitaalinen murros

Digitalisaatiossa on kyse koko toimintaympäristön murroksesta. Murros ei tunne organisaatio-rajaja ja on yhteydessä niin innovaatioihin, asiakaslähtöisyyteen kuin digitaalitekniikan uudenlaiseen käyttöön. (Hämäläinen, Maula & Suominen 2016, 21.) Digitalisaation taustalla on digitalisoituminen. Digitalisoitumista tapahtuu asioita, esineitä tai prosesseja digitalisoitaessa eli konvertoitaessa analogista digitaaliseksi, ”atomeiden muuttuessa biteiksi”. (Ilmarinen & Koskela 2015, 22; Hämäläinen ym. 2016, 21.)

Digitaalisen murroksen merkittävyyttä on verrattu teolliseen vallankumoukseen. Se koskettaa jokaista organisaatiota tavalla tai toisella. (Hämäläinen ym. 2016, 21-22.) Myös lääkärikuntaa. Lääkäriliiton (2021) mukaan vaikutukset näkyvät digitaalisen datan sekä digitaalisten työkalujen ja palveluiden nopeana lisääntymisenä. Lääkärityössä digitaalisten ratkaisujen keskeisiä tehtäviä ovat oireiden selvittely, sairauksien seuranta sekä tiedon tarjoaminen; viestintä ammattilaisten kesken sekä potilaiden ja ammattilaisten välillä; datan kerääminen ja hyödyntäminen terveyden edistämässä ja terveystalouden kehittämisessä (Koskela & Kunnamo 2021; Shaw, Brunner, Keep, Janssen & Barnet 2017).

Keväällä 2020 alkanut koronaviruspandemia on vauhdittanut perusterveydenhuollon digitaalisen työkaluttuurin muutosta. Terveystaloudella on joutunut kehittämään uusia toimintamalleja, joissa digitaalisilla ratkaisuilla on keskeinen rooli. Pandemian vaikutukset liittyvät digitaalisen työkaluttuurin kehittymiseen, työnluonteen muutokseen ja työyhteisön muutosvalmiuteen. Digitaalisen työkaluttuurin kehittyminen on tuonut uusia työtapoja, jotka ilmenevät lisääntyneenä etätöinä sekä kokousten, koulutusten ja palveluiden siirtymisenä sähköisille alustoille. Esimerkiksi konsultointi sähköisissä pikaviestimissä on lisääntynyt. Muutos on vaatinut useiden uusien digitaalisten työkalujen käyttöönottoa ja työtapojen opettelua, mikä on tuonut esiin eroja työntekijöiden IT-valmiuksissa ja halukkuudessa ottaa käyttöön uusia digitaalisia työvälineitä. Se on näkynyt myös lisääntyneenä kuormittumisena. Koronapandemian aikana valmius digitalisaatioon on kuitenkin kasvanut, kun sähköisten palveluiden potentiaali on huomattu. (Ravelin, Laukka, Heponiemi, Kaihlanen & Kanste 2021, 220-231.)

Johdolla on ratkaiseva rooli digitaalisen muutoksen onnistumisessa. Gjellebækin, Svenssonin, Björkquistin, Fladebyn ja Grundénin (2020, 6-9) mukaan terveydenhuoltoalalla henkilöstö odottaa esimerkiksi johtamista teknologian käyttöönotossa ja selkeää viestintää muuttuvan teknologian hyödyistä. Lisäksi keskijohdon vastuulla on henkilökunnan teknologisten valmiuksien parantaminen. Osaamisen merkitys korostuu, sillä monet digitaaliset palvelut edellyttävät taitoa käyttää teknistä laitetta (Filenius 2015, 25). Vehkon ym. (2018, 143-156) mukaan digivalmiuksissa kouluttamalla on mahdollisuus tukea lääkäreiden työhyvinvointia. Lääkärikunnassa ei kuitenkaan ole aina selvää, mistä ohjaamista ja koulutusta olisi saatavissa. Myös Konttila ym. (2018, 13) ovat tunnustaneet johdon viestinnän tärkeyden teknologian myönteisistä vaikutuksista työhön. Lisäksi he korostavat sekä organisatorisen että kollegoilta saadun tuen merkitystä uusien työvälineiden käyttöönotossa, digitalisaatiosta saatujen kokemusten rakentumisessa ja sen myötä myönteisen asenteen muodostumisessa digitaalista muutosta kohtaan.

## 4.2 Käyttäjäkokemus

Käyttäjäkokemus on tunneside, joka syntyy teknologian käytöstä ja käyttökontekstista. Tunteet voivat kohdistua itse palveluun, omistamiseen ja palvelun käyttöön.

Käyttäjäkokeuksessa on vähintään yhtä paljon kyse siitä, miltä käyttäjästä tuntuu, kuin siitä, mitä hän tekee. (Sinkkonen, Kuoppala, Parkkinen & Vastamäki 2009, 225; Saariluoma ym. 2010, 41-42.) Tunteet liittyvät palvelun koko käyttökaareen. Ensimmäinen tunne syntyy, kun palvelu tulee ensimmäisen kerran käyttäjän tietoisuuteen, ja se koetaan houkuttelevana. Käytön myötä tunne jatkuu tai muuttuu ja mahdollisesti kulminoituu emotionaaliseen kiintymykseen palvelua kohtaan. (Sinkkonen ym. 2009, 225-226.) Tunteet ovat siis tärkeä osa käyttäjäkokeuksen suunnittelua.

Käyttäjäkokeus riippuu myös käyttäjästä ja käyttöolosuhteista. Käyttäjän osalta kokemukseen vaikuttavat persoonallisuus, aiemmat kokemukset ja tieto palvelusta sekä mielentila. Tärkeä vaikuttava tekijä ovat käyttäjän tavoitteet, eli mitä hän haluaa palvelulla tehdä, sekä itsesääntely, eli miten hän onnistuu hyödyntämään palvelua tavoitteellisessa toiminnassa. (Saariluoma ym. 2010, 42; Sinkkonen ym. 2009, 225.) Käyttäjäkokeuksen onnistuminen riippuukin keskeisesti siitä, löytyykö palvelulle mielekäs funktio, kuten ammattiosaamisen kohentaminen, käyttäjän elämässä. (Saariluoma ym. 2010, 42.) Käyttöolosuhteiden osalta käyttäjäkokeukseen vaikuttavat aikarajoitteet sekä fyysinen ja sosiaalinen tila (Sinkkonen ym. 2009, 225).

Puhe käyttäjäkokeuksesta typistyy usein käytettävyyteen. Se on kuitenkin paljon muutakin. Käyttäjäkokeuksen osatekijät voidaan jakaa neljään ryhmään (kuvio 8). Näistä ensimmäinen, *käyttöarvo*, on palvelun tarkoitus käyttäjälle, sen sisältö ja toiminnallisuus. *Vetovoiman* taustalla puolestaan ovat palvelun ulkoasu, brändi ja käyttäjän kokemus näyttöarvosta. Vetovoimaan liittyvät esimerkiksi palvelun ulkoasu, mielikuvat ja tunteet sekä uutuus tai tuttuus. Kolmas käyttäjäkokeuksen osatekijä on *käytettävyyys* eli käytön sujuvuus ja virheettömyys. Neljäs osatekijä on *uskottavuus*, joka rakentuu palvelun ulkoasusta, laadusta, luotettavuudesta ja toimintavarmuudesta sekä imagosta. (Sinkkonen ym. 2009, 213.)



Kuvio 8: Käyttäjäkokeuksen osatekijät (mukaillen Sinkkonen 2009, 226)

Käytettävyydellä on suuri vaikutus palvelun käyttäjäkokeukseen. Kirjallisuudessa usein esiintyvä käytettävyyden määritelmä on Jacob Nielsenin käsialaa. Nielsenin (1993, 24) mukaan käytettävyyys on osa digitaalisen palvelun käyttökelpoisuutta, eli sen kykyä palvella käyttäjää tavoitteidensa saavuttamisessa. Käytettävyyys kertoo siitä, kuinka hyvin käyttäjät

pystyvät käyttämään digitaalista palvelua. Sen osa-alueita ovat opittavuus, tehokkuus, muistettavuus, virheettömyys ja miellyttävyys. (Nielsen 1993, 24-26.) Wio (2004, 29) määrittelee käytettävyydeltään hyvän digitaalisen palvelun olevan ymmärrettävä, vaivaton, kattava ja esteettisesti miellyttävä. Sinkkosen ym. (2009, 213) puolestaan käytettävyys muodostuu helppokäyttöisyydestä, tehokkuudesta, miellyttävyydestä, löydettävyydestä ja esteettömyydestä.

Palvelun huono käytettävyys ilmenee kielteisinä tunnereaktioina. Se aiheuttaa turhautumista ja tunnetta ajanhukasta. (Sinkkonen ym. 2009, 234-235.) Onkin havaittu, että suuri määrä teknisiä ongelmia, kuten käyttökatkokset ja hitaus, on yhteydessä lääkäreiden kokemaan tietojärjestelmäperäiseen stressiin (engl. stress related to information systems). Toisaalta tietojärjestelmien vakautta ja käyttäjäystävällisyyttä kehittämällä stressiä voidaan lievittää. Myös useiden tietojärjestelmien päivittäinen käyttö ja moniin järjestelmiin vaadittu kirjautuminen aiheuttavat stressiä. Lääkäreillä, jotka käyttävät kolmea tai useampaa tietojärjestelmää päivittäin, stressitaso on korkeampi kuin niillä, joilla järjestelmiä on käytössään vähemmän. (Heponiemi ym. 2019; Vehko ym. 2018, 149-158.) Vuonna 2014 joka viides lääkäri joutui kirjautumaan vähintään neljään eri kliniseen järjestelmään potilastyötä tehdessään (Vehko ym. 2018, 145).

Digitaalisten palveluiden käytölle voi olla monenlaisia esteitä. Käytön esteet liittyvät useimmiten joko huonoon suunnitteluun tai yksilön subjektiivisesti koettuihin mahdollisuuksiin hyödyntää sovelluksia. Suurimmat syyt käytön esteiden takana ovat

- haluttomuus käyttää sovelluksia
- osaamisen puute
- koulutuksen ja kokemuksen vähäisyys
- ongelmat saavutettavuudessa.

Haluttomuus sovellusten käyttöön voi johtua esimerkiksi teknologian hitaudesta tai toimimattomuudesta ja niiden aiheuttamasta kielteisestä käyttäjäkokemuksesta. Saavutettavuuteen liittyviä ongelmia ovat erityisesti vaikeakäyttöisyys, epäsovivat käyttöliittymät ja vaiheasti hahmotettavat operointilogiikat. (Saariluoma ym. 2010, 47-48.) Koulutuksen merkitystä uuden teknologian käyttöönotossa korostetaan kirjallisuudessa. Gerdt ja Eskelinen (2010, 125) viittaavat tohtori Robert Brinkerhoffin tutkimukseen, jonka mukaan koulutuksen jälkeen keskimäärin 15 prosenttia ottaa uuden teknologian käyttöönsä. Käyttäjistä 70 prosenttia kokeilee teknologiaa kerran tai kaksi ja jäljelle jäävät 15 prosenttia ei käytä sitä koskaan. Luvut osoittavat, että koulutuskaan ei ole avain onneen ja että käyttöönottoprosentin nostamiseksi huomiota on aidosti kiinnitettävä palvelun käyttäjäkokemukseen.

Myönteinen käyttäjäkokemus kannustaa digitaalisten palveluiden käyttöön. Positiiviselle käyttäjäkokemukselle oleellista on tunne pystyvyydestä. Se tarkoittaa, että ihminen osaa ja



pystyy hallitsemaan palvelun käyttöä. Näin pystyvyyden tunne yhdistyy kokemukseen teknologiasta arkielämän laadun parantajana. (Saariluoma ym. 2010, 43-44.)

#### 4.3 Digitaalisen asiakaskokemuksen kehittäminen

Digitaalinen asiakaskokemus yhdistää käyttäjäkokemuksen ja asiakaskokemuksen. Filenius (2015, 30) tiivistää digitaalisen asiakaskokemuksen synnyn seuraavasti:

*Digitaalinen asiakaskokemus syntyy, kun käyttäjä hyödyntää mitä tahansa päätelaitetta, johon palvelu on tuotettu digitaalisesti, suorittaakseen halutun operaation tai osan siitä.*

Digitaalisen asiakaskokemuksen näkökulma asiakaskokemukseen rajoittuu siis tilanteisiin ja kohtaamisiin, joissa käyttäjä kommunikoi digitaalisen palvelun kanssa. Onnistunut digitaalinen asiakaskokemus edellyttää käyttäjän tarpeen ymmärtämistä oikein, asiakastarpeen toteuttamista tukevia prosesseja, prosesseja tukevia järjestelmiä ja käyttäjän käyttäytymisen ymmärtämistä ilmentävää käytettävyyttä. (Filenius 2015, 30, 76.)

Nopeasti kehittyvästä teknologiasta huolimatta asiakaskokemuksen kehittämisen elementit ovat säilyneet samoina. Tärkeää on edelleen yrityksen kulttuurista, sisäisistä kyvykkyyksistä, prosesseista, brändistä ja mittaamisesta rakentuvaa kokonaisuutta. (Gerdt & Eskelinen 2018, 13.) Digi aika kuitenkin korostaa palvelun nopeutta, personointia ja käyttäjäystävällisyyttä asiakaskokemuksen kehitysalueina. Osa-alueiden kehittämistä tukee hyvin rakennettu teknologiaympäristö, joka on digitaalisen asiakaskokemuksen kivijalka. Teknologialla on nykypäivänä jonkinlainen rooli jokaisessa asiakaskokemuksen syntymiseen johtavassa prosessissa. (Gerdt & Eskelinen 2018, 56-58.)

Digi aika on tehnyt palveluiden käyttäjistä kärsimättömiä. Siinä missä aiemmin oltiin valmiita odottamaan, nykykäyttäjä haluaa asioiden tapahtuvan heti. Palveluiden odotetaan olevan reaaliaikaisia, aina saatavilla ja pitkälle automatisoituja. Myös henkilökohtaisuudelta odotetaan enemmän: kokemusten halutaan olevan henkilökohtaisia. Tästä johtuen tiedosta on tullut keskeinen osa asiakaskokemuksen kehittämistä. (Gerdt & Eskelinen 2018, 57.)

#### **Asiakaskokemuksen mittaaminen digiaikakaudella**

Mittaaminen on edellytys toiminnan kehittämiseksi. Asiakaskokemuksen yksilöllisen ja tiettyyn hetkeen sidotun luonteen vuoksi sen absoluuttinen mittaaminen on kuitenkin vaikeaa. Tästä huolimatta yrityksen pitää pystyä arvioimaan, minkä tasoista asiakaskokemusta se tuottaa ja missä asioissa se voi suoriutua paremmin. Asiakaskokemuksen mittaamisen tavoitteet voidaan tiivistää seuraavasti:

- palvelun nykytilan, kehittämiskohteiden ja asiainninn esteiden tunnistaminen

- kehityksen suunnan osoittaminen
- kilpailijoihin vertaaminen
- johdon auttaminen päätöksenteossa. (Filenius 2015, 122.)

Mittaaminen voidaan jakaa taloudellisiin mittareihin, henkilöstömittareihin ja asiakasmittareihin. Tässä luvussa keskitytään asiakassuhteen ja -vuorovaikutuksen kehitystä todentaviin mittareihin. Asiakasmittarit jakautuvat suoriin ja epäsuoriin mittareihin. Perinteisiä epäsuoria mittareita ovat esimerkiksi brändin tunnettuus, markkinaosuus, uskollisuus ja käyttäjien määrä. Ne liittyvät tavallisesti asiakassuhteeseen, eivätkä kerro onnistumisesta yksittäisessä kohtaamisessa. (Löytänä & Korhikoski 2014, 52-53.)

Epäsuorien mittareiden rinnalle tarvitaan suoria mittareita. Ne perustuvat palvelua käyttävien antamaan palautteeseen kohtaamisissa tai yleisesti asiakassuhteen aikana. Suoria mittareita ovat esimerkiksi asiakastytyväisyysmittaus, Net Promoter Score ja Customer Effort Score. (Löytänä & Korhikoski 2014, 55-56.) Kertaluonteiset tai määrätyin väliajoin toistettavat asiakastytyväisyystutkimukset kertovat siitä, kuinka asiakaskokemus vastaa käyttäjän odotuksiin. Ne ovat yksi yleisimmistä käytetyistä asiakaskokemuksen mittaamisen keinoista. (Löytänä & Korteso 2011, 193; Saarijärvi & Puustinen 2020, 240.) Asiakaskohtaamisen nopean ja tuloksellisen kehittämisen kannalta on suositeltavaa ottaa rinnalle suoraan *asiakaskohtaamisiin* kohdentuvia mittareita, sillä ainutlaatuinen asiakaskokemus syntyy entistä useammin odotusten ylittämisestä yksittäisissä kohtaamisissa (Löytänä & Korhikoski 2014, 134).

Kirjallisuudessa yleisimmin esillä oleva asiakaskohtaamiseen kohdentuva mittari on Net Promoter Score (NPS). NPS mittaa käyttäjien suosittelemuutta asteikolla 0-10. Varsinainen mittari on suhdeluku, joka lasketaan vähentämällä arvostelijoiden (luvut 0-6) määrä suosittelevien (luvut 9-10) määrästä. Pitkäjänteisesti käytettynä NPS-mittari osoittaa asiakaskokemuksen kehittymisen trendin. NPS-mallin käyttö vaatii tulosten jatkuvaa seuranta, sillä sen tarkoituksena on antaa tuloksia välitöntä reagointia varten. NPS-mallin heikkoutena on, että käyttäjä arvioi kokonaistunnetilaa, joka hänelle jää koko asiointiprosessista. Se ei myöskään osoita, missä vaiheessa prosessia onnistumiset ja epäonnistumiset tapahtuvat tai miten yritys on onnistunut asiakaskokemuksen eri ulottuvuuksissa. (Filenius 2015, 124-125; Löytänä & Korhikoski 2014, 57-59; Saarijärvi & Puustinen 2020, 248.) NPS-mittaria käytettäessä tulee myös ottaa huomioon se, että suhdeluku ei yksinään anna riittävästi tietoa. Tämän vuoksi NPS-kysymyksen rinnalla tulisi kysyä perusteluita arvosanalle. (Löytänä & Korhikoski 2014, 141.)

Digitaalisiin kanaviin NPS-mittaria paremmin soveltuu Customer Effort Score (CES). CES-malli perustuu yksinkertaiseen 1-5-asteikolliseen kysymykseen, mutta koko palveluprosessin tai yrityksen sijaan se keskittyy yksittäiseen toimintoon ja sen helppouteen. Kysymys suoritettujen toimien vaatimasta vaivasta voidaan haluttaessa kysyä jokaisessa asiointiprosessin vaiheessa erikseen, joskaan yhdeltä käyttäjältä. Kertyvä data kertoo prosessin

tasalaatuisuudesta ja paljastaa mahdolliset kipupisteet. (Filenius 2015, 125-126.) CES- ja NPS-mallit eivät ole toisiaan poissulkevia tapoja mitata asiakaskohtaamisia, vaan niitä voidaan käyttää rinnakkain sen mukaan, aiheuttaako kohtaaminen suosittelua vai ei (Löytänä & Kor-kiakoski 2014, 60-61). Diagnostiikkafoorumien kontekstissa esimerkiksi koulutukseen ilmoittautumisen yhteydessä sopiva mittari voisi olla ilmoittautumisen vaivattomuus. Sen sijaan itse koulutus aiheuttaa todennäköisemmin suosittelua, joten koulutuksen jälkeen sopivampi mittari olisi NPS.

Web-analytiikka on jokaisen verkkopalvelun perustyökaluja. Kävijä- ja käyttäjämäärät ovat web-analytiikan selkeimmät raportoidut mittarit. Kävijä- ja käyttäjämäärien ohella yleisesti seurataan kävijäliikenteen lähteitä, eli mistä palveluun tullaan. Lisäksi voidaan seurata käyttäjän navigointia palvelussa. Olivat seurattavat mittarit mitkä tahansa, olennaista on tarkastella koko käyttäjäpolkua, jotta nähdään missä kohtaa käyttäjät putoavat pois. (Filenius 2015, 127-129.)

Keinoja mitata asiakaskokemusta ja onnistumista sille asetettuja tavoitteita on useita. Olennaista on tunnistaa asiakastytyväisyyden ja kasvun kannalta tärkeimmät kosketuspisteet ja kytkeä mittarit niihin sekä varmistaa, että yrityksellä on suunnitelma kertyvän tiedon hyödyntämiseksi (Saarijärvi & Puustinen 2020, 231-232; Filenius 2015, 142).

## 5 Palvelumuotoilu kehittämistyön lähtökohtana

Tässä luvussa kuvataan työn menetelmälliset lähtökohdat. Luvun aluksi käsitellään työn lähtökohtana olevan palvelumuotoilun taustalla olevaa muotoiluajattelua. Tämän jälkeen kuvataan palvelumuotoilun periaatteet ja kehittämistyön kehikkona käytetty palvelumuotoilun Double Diamond -prosessimalli. Lisäksi kuvataan kehittämistyön eteneminen ja analyysin toteutus. Menetelmien ja työkalujen käyttö osana tätä kehittämistyötä esitellään tarkemmin kohdassa 5.4. Tutkimustuloksia käydään läpi luvussa 6.

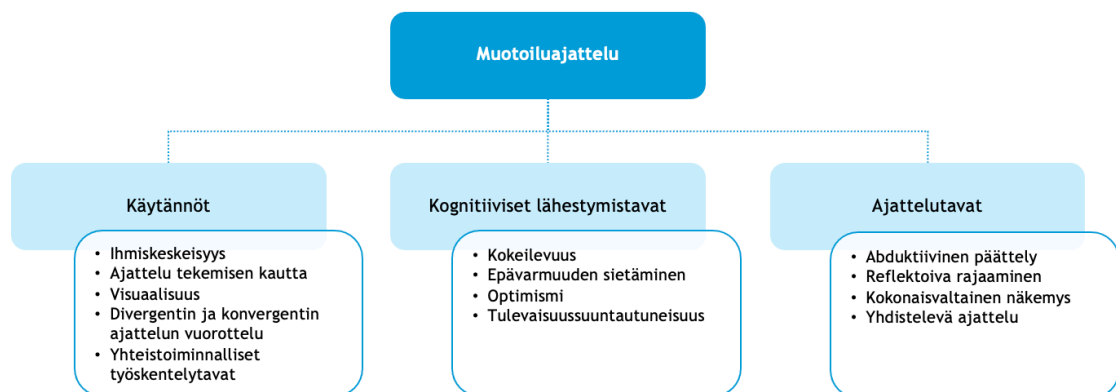
### 5.1 Muotoiluajattelu

Muotoiluajattelu on perinteisesti liitetty estetiikkaan ja fyysisten tuotteiden muotoiluun (Kolko 2015, 68). Muotoiluajattelusta on kuitenkin erotettavissa kaksi diskurssia, joista toinen liittyy muotoilijan työhön ja toinen johtamiseen. Muotoilijan työn diskurssin historia juontaa 1960-luvulle ja liittyy akateemiseen keskusteluun ja muotoilijan tapaan tehdä työtään. Johtamisen diskurssi sen sijaan on nuorempi, 2000-luvulla kehittynyt suuntaus. Sen mukaan muotoiluajattelu on keino tuottaa innovaatioita ja luoda arvoa sekä käyttäjälle että liiketoiminnalle. (Hassi & Laakso 2011, 54; Miettinen 2015, 13.) Muotoilu auttaa erottautumaan kilpailijoista ja kasvattamaan kilpailukykyä lisäämällä tuotteiden ja palveluiden houkuttelevuutta käyttäjien silmissä (Lehtonen & Lehti 2015, 21). Tämä kehitystyö sijoittuu johtamisen diskurssin

alueelle, sillä tavoitteena on kehittää Diagnostiikkafoorumia siten, että se palvelee klinikoiden tarpeita ja tuottaa heille arvoa.

Muotoiluajattelulle ei ole yksioikoista määritelmää. Miettisen (2014, 11-12) mukaan muotoiluajattelu on luovaa ja ratkaisukeskeistä kehittämistoimintaa, joka hyödyntää visuaalisia, toiminnallisia ja konkreettisia menetelmiä. Tschimmel (2011, 2-4) puolestaan näkee muotoiluajattelun prosesseina ja menetelmäpakkina, jotka parantavat ja nopeuttavat kehittämistoimintaa ja tekevät sen näkyväksi. Hän alleviivaa ihmiskeskeisyyttä muotoiluajattelun periaatteena, joka konkretisoituu yhteistoiminnallisena kehittämisenä ja osallistavina menetelminä. Brown (2008, 86) tiivistää muotoiluajattelun muotoilijan herkkyyttä ja muotoilun menetelmiä soveltavaksi tavaksi luoda ihmisten tarpeisiin pohjautuvia, teknologisesti toteuttamiskelpoisia ja liiketoiminnan näkökulmasta kannattavia ratkaisuja. Brownin ohella Kolko (2015, 68) korostaa tarpeita muotoiluun perustuvan kehittämistoiminnan lähtökohtana.

Muotoiluajattelun käsitettä voidaan jäsentää kolmen ulottuvuuden kautta: muotoiluajattelun käytäntöjen, kognitiivisten lähestymistapojen sekä ajattelumallien (kuvio 9). Käytännöt liittyvät käytännön toimintaan, kuten työskentelytapoihin ja muotoilun työkalujen käyttöön. Kognitiivisiin lähestymistapoihin puolestaan kuuluvat muotoiluajattelulle tyypilliset mentaliteetti, kognitiiviset prosessit ja asenteet. Kolmas ulottuvuus, ajattelutavat, viittaa sekä muotoilutoimintaan osallistuvan yksilön että yrityksessä vallitseviin ajattelutapoihin. Ne kuvaavat suhdetta kehittämistyöhön ja tapaa lähestyä ongelmia. (Hassi & Laakso 2011, 55-58.)



Kuvio 9: Muotoiluajattelun ulottuvuudet (mukaillen Hassi & Laakso 2011, 59)

Muotoiluajattelun soveltaminen edellyttää kykyä hyödyntää sekä tunteisiin että järkeistietoon perustuvaa ajattelua. Keskeisiä muotoiluajattelua hyödyntävän ominaisuuksia ovat Tschimmin (2011, 3) mukaan kyky olla samanaikaisesti analyyttinen ja empaattinen, toimia järkipäisesti ja kuunnella tunteita, soveltaa menetelmiä ja seurata intuitiota sekä toimia yhtäältä suunnitellusti ja toisaalta spontaanisti tarpeen mukaan. Ihmisielen ymmärtämisen rinnalla on kyettävä ottamaan huomioon teknologian ja liiketoiminnan asettamat rajoitteet. Myös

Brown (2009, 49-50) korostaa empatiaa yhtenä tärkeistä piirteistä. Muita tärkeitä muotoilijan ominaisuuksia ovat Brownin (2008, 87) optimismi, kokeiluhalu, yhteistyötaidot sekä taito yhdistellä tietoa uutta luoviksi ratkaisuiksi.

Muotoilun menetelmät soveltuvat monenlaiseen kehittämiseen. Niitä voidaan käyttää tuotteiden ja palveluiden lisäksi abstraktien asioiden, kuten prosessien, organisaatioiden ja asiakaskokemuksen, muotoiluun ihmiskeskeisesti (Brown 2008, 86; Brown 2009, 7; Tschimmel 2011, 2; Kolko 2015, 68).

## 5.2 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu on ajattelu- ja toimintatapa, joka tuo muotoilun prosessit ja menetelmät palveluiden kehittämiseen. Palvelumuotoilu yhdistää käyttäjien tarpeet ja yrityksen tavoitteet. Sen tavoitteena on luoda toimivia palveluita ja kokemuksia, jotka ovat käyttäjille helpokäyttöisiä, hyödyllisiä ja haluttavia ja yrityksen näkökulmasta vaikuttavia, tehokkaita, kannattavia ja erottuvia. (Tuulaniemi 2011, 24-25; Ojasalo ym. 2014, 71.) Stickdornin ym. (2018, 23) mukaan palvelumuotoilu sijoittuu asiakaskokemuksen ja muotoiluajattelun risteyskohtaan. Palvelumuotoilu valittiin tämän kehittämistyön lähestymistavaksi, jotta Diagnostiikkafoorumia pystytään kehittämään aidosti käyttäjien tarpeisiin perustuen.

Kirjallisuudessa palvelumuotoilulle ei ole vakiintunutta määritelmää. Stickdornin ym. (2018, 24-27) mukaan palvelumuotoilu on ihmiskeskeistä, yhteistoiminnallista, poikkitieteellistä ja iteratiivista toimintaa, joka ohjaa tarkastelemaan palveluprosessia eri näkökulmista. Ojasalon ym. (2014, 72) mukaan palvelumuotoilun ominaispiirteitä ovat käyttäjakeskeisyys, monipuolisten menetelmien hyödyntäminen, eri osapuolten osallistaminen sekä visuaalisuuden ja prototyypin korostuminen. Moritz (2005, 7, 39-40) puolestaan luonnehtii palvelumuotoilun holistiseksi ja integroivaksi alaksi, joka auttaa tuottamaan uusia palveluinnovaatioita tai parantamaan vanhoja. Moritz tiivistää palvelumuotoilun kokonaiskokemuksen muotoiluksi, joka huomioi prosessin ja strategian palvelun takana.

Palvelumuotoilu perustuu asiakasymmärrykseen. Keskeistä on muodostaa kuva käyttäjän tavoitteista, motiiveista ja piilevistä tarpeista. (Moritz 2005, 43.) Miettinen (2011, 22) alleviivaa käyttäjän näkökulmaa seuraavin sanoin:

*Asiakkaan ymmärtäminen on palvelumuotoilun kivijalka.*

Palvelumuotoilu hyödyntää tutkimusta asiakasymmärryksen keräämiseen. Tutkimus auttaa tarkastelemaan aihetta käyttäjän silmin ja perustamaan kehittämistoiminnan tutkittuun tietoon olettamusten sijaan. Ymmärrys käyttäjän tavoista ja rutiineista kasvattaa empatiaa häntä kohtaan. Tutkimus on tavallisesti ensimmäinen vaihe palvelumuotoiluprosessissa. (Stickdorn ym. 2018, 97.) Tutkimus yhdessä visuaalisuuden ja prototyypin kanssa varmistaa

sen, että kehittämistoiminnan lopputulemat vastaavat niin organisaation, käyttäjän kuin muiden sidosryhmien tarpeisiin (Stickdorn ym. 2018, 27).

Palvelumuotoiluprosessille ominaista on yhteissuunnittelu. Yhteissuunnittelun tavoitteena on suunnittelun inspiroiminen sekä tiedon ja ratkaisujen tuottaminen. Palvelun käyttäjillä on keskeinen rooli yhteissuunnittelun innoittajina. Yhteissuunnittelun onnistumisen kannalta oleellista on tunnistaa, mitä sillä tavoitellaan. (Mattelmäki & Vaajakallio 2011, 77-81.) Tässä kehittämistyössä yhteissuunnittelua käytettiin kliinikoiden tarpeista nousseiden kehitysehdotusten jatkoideointiin Diagnostiikkafoorumin kehitystiimin kanssa.

Toinen jo mainittu palvelumuotoilulle ominainen piirre on iteratiivisuus. Se tarkoittaa toistuvaa suunnittelua, jossa ratkaisujen kehittämisen, kokeilemisen ja tulosten arviointi vuorottelevat jatkuvassa prosessissa. (Miettinen 2011, 23.) Tässä kehittämistyössä seurattiin British Design Councilin kehittämää Double Diamond -palvelumuotoiluprosessia. Prosessin vaiheet ja niiden toteutuminen tässä työssä kuvataan seuraavaksi.

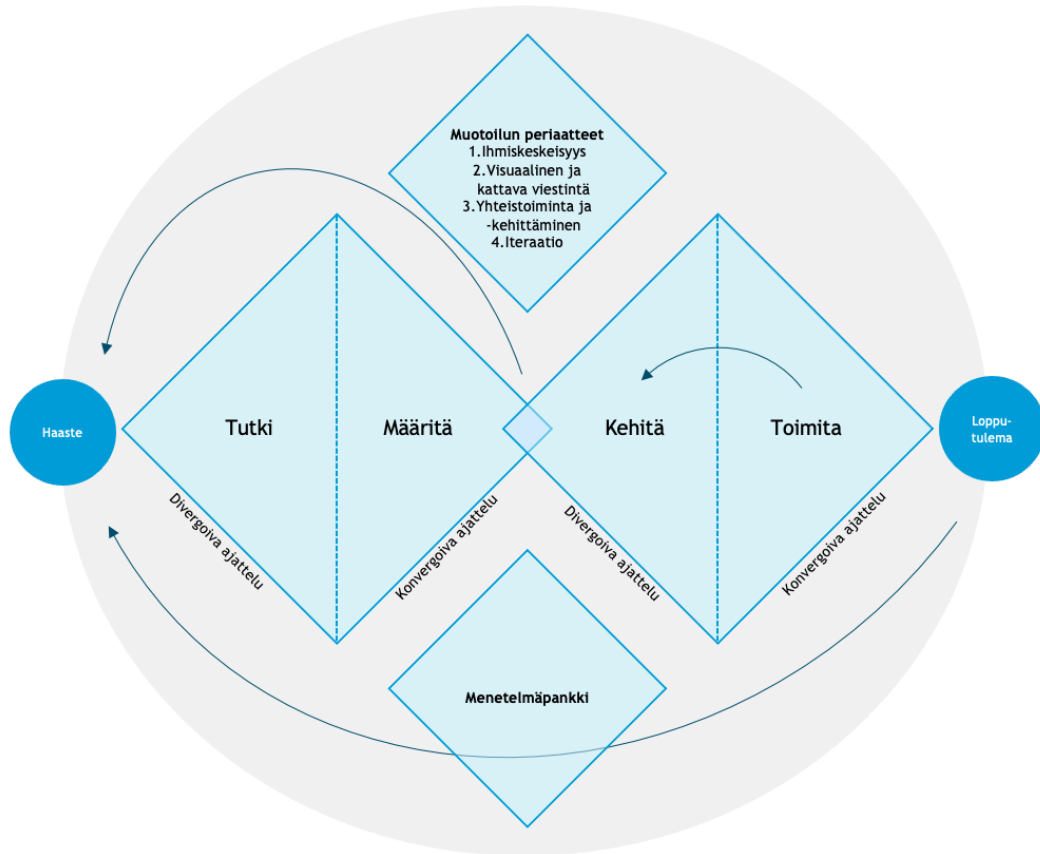
### 5.3 Double Diamond -palvelumuotoiluprosessi

Palvelumuotoilun prosessia kuvaavia malleja on useita. Niitä yhdistää laaja tiedonhankinta, yhteisöllinen ideointi sekä erilaisten mallien, kuten prototyyppien, luominen ja nopea testaaminen, analysoiminen ja uudelleen määrittelemisen kertyneiden oppien pohjalta. Palvelumuotoiluprosessi ei etene suoraviivaisesti, vaan eri vaiheet toistuvat sen aikana. Palvelumuotoiluprosessin erottaa perinteisestä suunnitteluprosessista myös ideointivaiheeseen siirtymisen vasta asiakasymmärryksen keräämisen jälkeen. (Ojasalo ym. 2014, 74.) Yhdessä palvelumuotoilun työkalujen kanssa palvelumuotoiluprosessi muodostaa kehikon, joka auttaa pääsemään käsiksi palveluiden kehittämiseen käyttäjäkeskeisesti (Tuulaniemi 2011, 12, 58-63).

Tässä kehittämistyössä seurattiin Design Councilin Double Diamond -palvelumuotoiluprosessia. Double Diamond -malli on kokonaisvaltainen, visuaalinen kuvaus palvelumuotoiluprosessin etenemisestä. Se pitää sisällään myös prosessissa huomioon otettavat muotoilun periaatteet ja menetelmät. (Design Council 2019.)

Double Diamond -palvelumuotoiluprosessi on jaettu kuvion 10 mukaisesti neljään vaiheeseen: tutki, määritä, kehitä ja toimita. Vaiheet muodostavat kaksi ”timanttia”, jotka kuvaavat palvelumuotoiluprosessille keskeistä divergentin ja konvergentin ajattelun vuorottelua. (Design Council 2019.) Divergentti ajattelu tavoittelee aiheen laajaa ja syvällistä tarkastelua. Käytännössä se tarkoittaa ymmärryksen keräämistä käyttäjistä ja toimintaympäristöstä sekä mahdollisuuksien etsimistä ja luomista ideoinnin avulla. Konvergentti ajattelu puolestaan on mahdollisuuksien rajaamista ja päätöksentekoa. (Design Council 2019; Ojasalo ym. 2014, 74; Stickdorn ym. 2018, 85.) Tässä opinnäytetyössä edettiin kolme ensimmäistä vaihetta. Toimita-

vaihe siis rajattiin työn ulkopuolelle. Seuraavaksi kuvataan lyhyesti prosessin eri vaiheet ja niiden toteutuminen tässä kehittämistyössä.



Kuvio 10: Double Diamond -palvelumuotoiluprosessi (mukailten Design Council 2019)

## Tutki

Palvelumuotoiluprosessin ensimmäinen vaihe korostaa tutkimusta. Se luo pohjan kehittämishankkeen etenemiselle. Vaiheen tavoitteena on tunnistaa mahdollisuuksia ja käyttäjien tarpeita, joihin palvelumuotoilulla voidaan vastata, sekä inspiroitua ja oivaltaa, mikä kiinnostavaa. Jo tutki-vaiheessa hahmottuvat ensimmäiset ideat palvelun kehittämiseksi. Tutki-vaiheen voivat käynnistää erilaiset syyt. (Design Council 2015, 7-8.) Tämän kehittämistyön kimmokkeena oli HUS Diagnostiikkakeskuksessa tunnistettu tarve ymmärtää paremmin klinikoiden työtä ja siihen liittyviä kipupisteitä sekä tarpeita ja odotuksia Diagnostiikkafoorumille.

Tutkimuksessa voidaan hyödyntää niin laadullisia kuin määrällisiä menetelmiä. Olennaista on olla vuorovaikutuksessa niiden ihmisten kanssa, joita kehitettävä palvelu koskettaa. (Design Council 2017, 7; Design Council 2019.) Tämän kehittämistyön tutki-vaiheeseen sisältyvät keskustelut Diagnostiikkafoorumin kehitystiimin kanssa sekä Diagnostiikkakeskuksen asiakaspäällikön haastattelu, HUS Diagnostiikkakeskuksen aiempiin tutkimuksiin tutustuminen ja klinikoiden teemahaastattelut.

## Määritä

Määritä-vaiheessa syvennyttään tutkimusaineistoon. Tavoitteena on analysoida ja jäsentää kerätty tieto sekä rajata mahdollisuudet jatkokehitystä varten. Tunnistetuista mahdollisuuksista valitaan kehittämisvaiheeseen sellaiset, jotka tukevat yrityksen tavoitteita ja strategiaa. Vaiheen lopputulemana on muotoiluhaaste, johon kehittämistyössä vastataan. (Design Council 2015, 7-8.)

Potentiaaliset kehittämiskohteet tunnistettiin analysoidusta ja jäsenneilystä aineistosta. Kehittämisikohteista luotiin prototyyppi prosessin seuraavaan vaiheeseen vietäväksi. Prototyyppi käytiin läpi Diagnostiikkafoorumin kehitystiimiläisen kanssa. Läpikäynnin perusteella jätettiin pois sellaiset asiat, jotka eivät kuulu Diagnostiikkafoorumin konseptiin. Tämä osoittautui tärkeäksi vaiheeksi, sillä näin varmistui se, että mukana olevat kehittämisen kohteet ovat oleellisia Diagnostiikkafoorumille.

## Kehitä

Palvelumuotoiluprosessin kolmannessa vaiheessa haetaan vastauksia määriteltyyn muotoiluhaasteeseen. Kehitä-vaiheessa ratkaisuja luodaan yhteiskehittämällä, niitä prototypoidaan, testataan ja kehitetään edelleen palautteen perusteella. (Design Council 2015, 7-9; Design Council 2019.)

Kehitä-vaiheessa testattiin määritä yhteydessä luotu prototyyppi. Testaaminen tehtiin haastatteleamalla klinikoita. Haastatteluiden lisäksi pidettiin työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille. Käyttäjien osallistaminen kehittämiseen auttaa kohdistamaan huomiota ja varmistamaan kestävämmän palvelun. Palvelun tuottajan osallistaminen puolestaan varmistaa, että palvelu vastaa haluttua kokemusta. (Design Council 2019.)

## Toimita

Palvelumuotoiluprosessi päättyy toimita-vaiheeseen. Siinä palvelukonsepti viimeistellään ja lanseerataan sekä asetetaan palvelulle tavoitteet ja suunnitellaan palautteenkeruu (Design Council 2015, 7-9). Konseptointi ja käytännön toteutus rajattiin tämän kehittämistyön ulkopuolelle. Vaihe toteutetaan HUS Diagnostiikkakeskuksen sisäisenä projektina.

### 5.3.1 Käytetyt menetelmät ja työkalut

Tämä alaluku käsittelee kehittämistyön tiedonkeruuta ja menetelmiä. Asiakasymmärryksen kerääminen eli tutkimus on yksi palvelumuotoiluprosessin kriittisimpiä vaiheita. Käyttäjien odotuksista, tarpeista ja tavoitteista analysoitu tieto on lähtökohta muotoiluhaasteelle ja ohjaa palvelun suunnittelua (Tuulaniemi 2011, 142; Polaine ym. 2013, 39). Tämän kehittämistyön metodologisena lähtökohtana on laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa

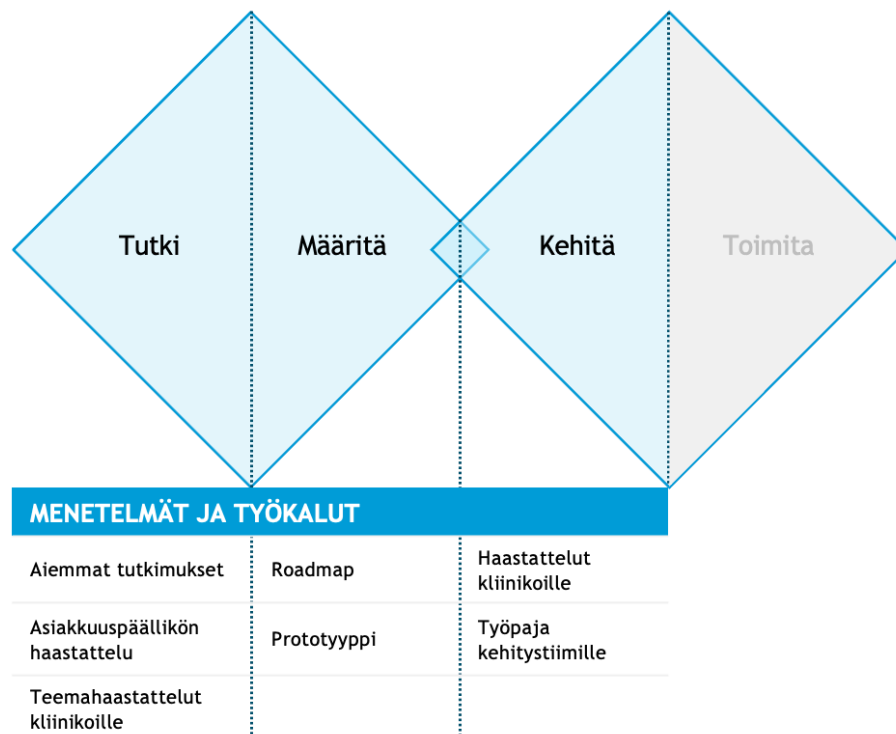


tutkittavien joukko on tyypillisesti pieni ja harkiten valittu, mutta analysoitavaa aineistoa kertyy runsaasti. Pyrkimyksenä on hankkia rajatusta kohteesta paljon tietoa ja näin ymmärtää ilmiötä kokonaisvaltaisesti ja syvällisesti. (Ojasalo ym. 2014, 105; Tuulaniemi 2011, 142.)

Koska tämän kehittämistyön tavoitteena on pyrkiä selvittämään klinikoiden tarpeita, odotuksia ja toiveita Diagnostiikkafoorumille sekä validoida HUS Diagnostiikkakeskuksen luomaa asiakaspolkua ja selvittää siihen liittyviä kipupisteitä klinikon näkökulmasta, laadullisen lähestymistavan arvioitiin tuovan kaivattua syvällisempää tietoa.

Laadullinen tutkimus ei tavoittele yleistettävyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Jokaista vastausta voidaan siis pitää tärkeänä. Aineistoa analysoidessaan tutkija tekee ilmiöstä omia perusteltuja tulkintojaan (Ojasalo ym. 2014, 105). Huomio on mielipiteiden sekä niiden syiden ja seurausten syväluotaamisessa, minkä vuoksi laadullisin menetelmin kerätty asiakasymmärrys antaa suunnittelutyölle numeerisiin arvioihin keskittyvää määrällistä tutkimusta paremmat lähtökohdat. (Tuulaniemi 2011, 142-144.)

Asiakasymmärrystä kerättiin haastatteleamalla klinikoita. Asiakasymmärrystä toivat myös taustamateriaalina toimineet HUS Diagnostiikkakeskuksen aiemmin toteuttamat klinikoiden kyselytutkimukset ja haastattelumuistiinpanot. Kehittämistyön eri vaiheissa käytetyt menetelmät ja työkalut on koottu kuvioon 11.



Kuvio 11: Kehittämistyön eri vaiheissa käytetyt menetelmät ja työkalut

## Haastattelu

Haastattelu on laajasti käytetty laadullisen tutkimuksen ja kehittämistyön menetelmä. Haastattelu soveltuu hyvin kehittämistyöhön tiedonkeruun menetelmäksi, sillä sen avulla saadaan kerättyä nopeasti syvällistäkin tietoa kehittämisen kohteesta. (Ojasalo ym. 2014, 106.)

Haastattelu on menetelmänä joustava. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, korjata väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoja ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastateltavana olevan henkilön ei odoteta antavan ”oikeita” vastauksia, vaan kertovan mahdollisimman paljon ajatuksiaan halutusta asiasta. Tästä johtuen on perusteltua, että haastateltavat saavat tutustua kysymyksiin hyvissä ajoin etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83-86.) Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin otettava huomioon haastatteluiden konteksti- ja tilannesidonaisuus, mistä johtuen haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa muuta kuin sen ulkopuolella. Tämän vuoksi tulosten yleistämistä ei tule liioitella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 207.) Haastattelun eduksi voidaan lukea myös vapaus valita haastateltavaksi henkilöitä, joilla on aidosti kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86).

Haastattelumuodot jaetaan strukturoituun eli lomakehaastatteluun, puolistrukturoituun teemahaastatteluun ja syvähaastatteluun. Haastattelumuodot erottaa toisistaan haastattelun strukturoinnin aste, eli miten kiinteästi kysymykset on muotoiltu ja kuinka paljon haastattelijalla voi joustaa haastattelutilanteessa (Ojasalo ym. 2014, 106; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87). Tämän kehittämistyön haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu sijoittuu lomakehaastattelun ja syvähaastattelun välille ja on avoimuudeltaan lähellä syvähaastattelua (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87). Teemahaastattelu rakentuu ennakkoon päätetyistä teemoista ja niitä tarkentavista kysymyksistä, joiden järjestystä ja tarkkoja sanamuotoja haastattelijalla voi vaihdella haastattelun kulun mukaan. Haastattelijalla voi myös jättää tilanteeseen sopimattomat kysymykset esittämättä ja vastaavasti kysyä haastattelun kuluessa mieleen tulevia kysymyksiä. (Ojasalo ym. 2014, 108; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88.) Teemahaastattelu korostaa ihmisten omia tulkintoja asioista sekä asioille annettuja merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88).

Haastattelussa voidaan hyödyntää ennalta valmisteltuja virikkeitä. Virikkeiden tarkoituksena on konkretisoida asioita ja tukea ideointia. (Ojasalo ym. 2014, 106.)

## Prototyyppi

Prototyyppiä käytetään palveluideoiden testaamiseen, arvioimiseen ja viestimiseen palvelumuotoiluprosessin aikana. Prototyyppien avulla voidaan tunnistaa nopeasti palvelun tärkeitä puolia ja löytää vaihtoehtoisia ratkaisuja sekä arvioida niitä. Prototyyppiä toimii myös

viestinnän välineenä tehostamaan yhteistyötä, inspiroimaan sekä esittelemään palvelua. (Stickdorn ym. 2018, 65.)

### 5.3.2 Aineiston hallinta

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvää eettistä käytäntöä. Tutkimuksen suorittaminen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla on osa tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten uskottavuutta. Yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet koskevat myös tiedon hankintaa ja julkistamista. Aineiston osalta hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä eettisesti kestävä tiedonhankinta. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.)

Osana tämän kehittämistyön yhteydessä toteutettavan tutkimuksen eettisyyden varmistamista kerättävää aineistoa varten tehtiin hallintasuunnitelma. Tutkimusaineisto kerätään haastatteluilla, jotka tehdään Microsoft Teamisissa. Yhden haastattelulle varataan aikaa 60 minuuttia. Haastattelut nauhoitetaan Teamsin tallennustoiminnolla. Haastattelun päätyttyä tallenne siirtyy automaattisesti kirjautumisen vaatimaan One drive -pilvipalveluun. Haastattelut litteroidaan sanatarkasti haastateltavien käyttämällä kielellä. Aineisto anonymisoidaan poistamalla kaikki tunnistetiedot, kuten haastateltavien työpaikkojen nimet. Aineiston käsittelyä varten kullekin haastateltavalle annetaan värikoodi. Aineisto puretaan digitaaliselle Miro-alustalle. Ainoastaan opinnäytetyön tekijällä on pääsy tutkimusaineistoon, eikä sitä jaeta HUS Diagnostiikkakeskukselle. Haastattelutallenteet tuhotaan analyysin valmistuttua. Haastateltaville kerrotaan haastattelun tarkoituksesta sekä nauhoituksesta, nauhoitteen käyttötarkoituksesta, anonymistä käsittelystä ja tuhoamisesta.

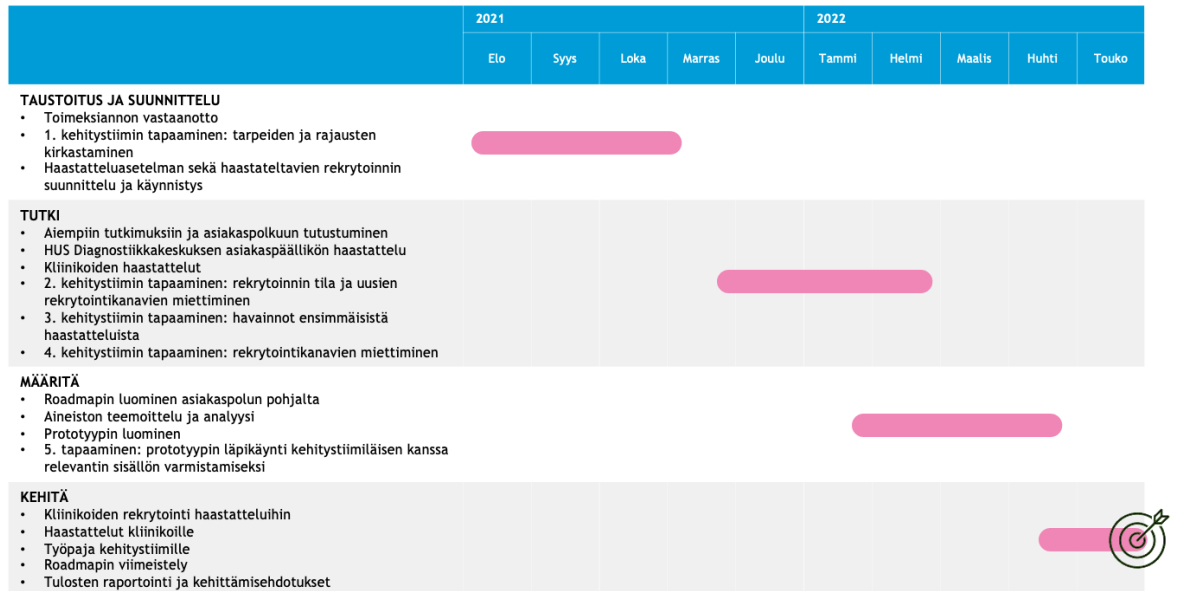
### 5.4 Kehittämistyön eteneminen

Tässä alaluvussa kuvataan kehittämistyön eteneminen Double Diamond -palvelumuotoiluprosessin mukaisesti sekä aineiston käsittely ja analyysi. HUS Diagnostiikkakeskus käynnisti Diagnostiikkafoorumien kehittämistyön syksyllä 2020. Kliinikon asiakaspolkua hahmoteltiin kevään 2021 aikana. Hankkeiden edetessä havahduttiin tarpeeseen saada kvalitatiivista tietoa kliinikoiden odotuksista Diagnostiikkafoorumille sekä heidän työhönsä liittyviä kipupisteitä.

Tämä kehittämistyö käynnistyi elokuussa 2021. Toimeksiantokeskustelussa käytiin läpi HUS Diagnostiikkakeskuksen tarpeet, Diagnostiikkafoorumien nykyisyys ja tulevaisuudensuunnitelmat sekä kohderyhmä. Keskustelun päätteeksi sovittiin alustavasti aiheen rajaamisesta. Lopulliset rajaukset kirkastettiin yhdessä Diagnostiikkafoorumi-kehitystiimin kanssa. Kehittämistyön ajallinen eteneminen esitetään kuviossa 12.

Yhteydenpito HUS Diagnostiikkakeskuksen kanssa työn etenemisestä oli säännöllistä, ja se tapahtui pääasiassa WhatsApp-viestipalvelussa. Tiivis yhteydenpito oli tarpeellista erityisesti

haastateltavien rekrytointivaiheessa. Lisäksi kokoontuimme Teamsin välityksellä. Tapaamisten tarkoituksena oli varmistaa työn tarpeenmukainen eteneminen, jotta se palvelisi HUS Diagnostiikkakeskusta parhaalla mahdollisella tavalla.



Kuvio 12: Kehittämistyön eteneminen

#### 5.4.1 Tutki

Kehittämistyö käynnistyi tutustumalla käsillä olevaan haasteeseen. Taustoittavaa ymmärrystä toivat keskustelut Diagnostiikkafoorumin kehitystiimin kanssa, HUS Diagnostiikkakeskuksen toteuttamat aikaisemmat tutkimukset sekä HUS Diagnostiikkakeskuksen asiakkuuspäällikön haastattelu. Haastattelun teemoja olivat Diagnostiikkakeskuksen tavoitteet ja toiminta yleisesti, asiakkuudet ja asiakkuusstrategia, asiakaskokemus, Diagnostiikkafoorumi sekä diagnostiikan ala ja kilpailu. Keskeinen osa tutkimusvaihetta olivat kliinikoiden teemahaastattelut, joita käsitellään seuraavaksi.

#### Teemahaastattelut

Tausta-aineistoon tutustumista ja suunnitteluvaihetta seurasi asiakasymmärryksen kerääminen, jota varten haastateltiin seitsemän perusterveydenhuollon klinikkaa. Haastattelun menetelmällisenä etuna on mahdollisuus valita haastateltavat henkilöt (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Tässä kehittämistyössä haastateltaviksi haettiin perusterveydenhuollon klinikoita, koska heillä on kokemusta diagnosoinnin prosessin kulusta perusterveydenhuollossa sekä näkemystä siitä, miten Diagnostiikkafoorumi voi palvella klinikon työtä. Kliinikot ovat myös Diagnostiikkafoorumin ensisijainen kohderyhmä. Näiden kriteereiden lisäksi haastateltavia haluttiin eri puolilta HUSin aluetta.

Haastateltavat pyrittiin rekrytoimaan ensisijaisesti sähköpostikutsulla (liite 1). Kutsussa ohjattiin vastaamaan linkin kautta Google Forms -kyselytyökalulla toteutettuun ilmoittautumislomakkeeseen (liite 2). HUS Diagnostiikkakeskuksen toimesta lähetettyihin noin 400 kutsuun saatiin yksi vastaus. Sähköpostirekrytoinnin osoittauduttua ennakoitua vaikeammaksi haastateltavia haettiin seuraavaksi HUS Diagnostiikkakeskuksen kanssa aiemmin yhteistyötä tehneistä kouluttaja- ja kehittäjääläkäreistä. Osalla koulutus- ja kehittämisvastuussa olevista klinikoista ei ole omia potilaita, mutta he ovat kosketuksissa potilastyöhön muun muassa ohjatussa nuorempia klinikoita ja antaessaan konsultaatiota kollegoilleen. Lisäksi haastateltavia haettiin Lääketieteen kandidaattiseurauksen kautta. Kutsu (liite 3) osallistua tutkimukseen lähetettiin seuran jäsenille osana sen tiedotuspostia. Tämä keino ei tuonut lisää haastateltavia. Neljäntenä rekrytointikanavana käytettiin LinkedIniä, josta haettiin HUS-alueella toimivia klinikoita hakusanoilla terveystieteiden lääkäri, lääkäri ja klinikko. Potentiaalisiksi haastateltaviksi arvioituja henkilöitä lähestyttiin henkilökohtaisella viestillä (liite 4). Viestejä lähetettiin yhteensä seitsemän. Kontaktoiduista klinikoista yksi vastasi viestiin, ja hänet haastateltiin.

Haastattelumuotona toimi teemahaastattelu. Haastattelurunko (liite 5) rakentui teemoista sekä niihin liittyvistä kysymyksistä. Kysymyksillä haluttiin varmistaa, että kaikkien haastateltavien kanssa käydään läpi samat asiat. Tämän lisäksi haastateltaville haluttiin antaa mahdollisuus tutustua kysymyksiin etukäteen. Näin toimimalla voidaan vaikuttaa siihen, että haastateltava kertoo ajatuksiaan mahdollisimman laajasti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Haastattelussa kysymykset ohjasivat keskustelua, mutta niiden järjestystä ei seurattu orjallisesti. Tuomen ja Sarajärven (2018, 88) mukaan teemahaastattelussa on mahdollista poiketa kysymysjärjestyksestä. Haastattelussa tartuttiin myös varsinaisten haastattelukysymysten ulkopuolisiin, tämän työn kannalta relevantteihin asioihin, joita haastateltavat nostivat esiin. Teemahaastattelun etuna voidaankin pitää sitä, että haastattelussa voidaan tarkentaa ja syventää kysymyksiä haastateltavan vastauksiin perustuen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88). Haastattelut siis toteutettiin keskustellen vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa.

Haastatteluiden tukena käytettiin visuaalisia elementtejä. Visuaalisuutta hyödynnettiin havainnollistamaan validoitavaa asiakaspolkua sekä Diagnostiikkafoorumille suunniteltuja rakennetta ja sisältöjä.

Teemahaastatteluiden ohella tarkoituksena oli kerätä aineistoa muotoilupeli Coco Cosmoksen avulla. Pelin toteuttamista varten suunniteltuun työpajaan ei kuitenkaan saatu osallistujia.

### **Huomioita haastatteluista**

Kokonaisuudessaan haastattelut onnistuivat hyvin. Ensimmäisen haastattelun jälkeen joidenkin kysymysten sanamuotoja muokattiin ja haastattelurunkoa täydennettiin. Haastattelussa tukena käytetyt visuaaliset PowerPoint-diat tukivat hyvin keskustelua ja auttoivat etenemään vaihe vaiheelta keskustelussa Diagnostiikkafoorumista ja asiakaspolusta. Haastattelijan

näkökulmasta sekä asiakaspolun että Diagnostiikkafoorumin selittäminen haastateltaville oli helpompaa kuvien avulla.

Haastateltavaksi saatiin klinikoita eri puolilta HUS-aluetta. Kaikki haastattelut eivät tee päivittäin potilastyötä, tai ovat siinä mukana vain ohjattaviensa tai konsultoinnin kautta. Jokaisella haastateltavalla on kuitenkin kokemusta tutkittavista aiheista. Näin haastatteluiden ja niistä saatujen vastausten voidaan katsoa kertovan tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Enemmistö haastatelluista klinikoista on kouluttajalääkärin roolissa, mikä saattoi heijastua joihinkin vastauksiin.

#### 5.4.2 Määritä

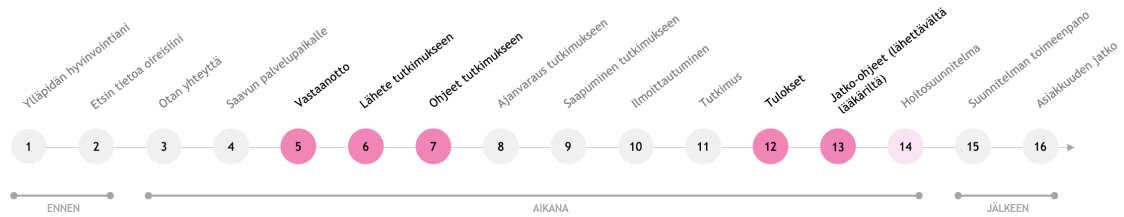
Kehittämistyön edellisessä vaiheessa kerätty tieto teemoiteltiin ja analysoitiin. Aineiston käsittelyä ja analyysiä käsitellään luvussa 5.4.4. Aineistosta esiin nousseista kehittämistoiveista luotiin prototyyppi ja asiakaspolusta uusi versio palautteen pohjalta.

#### **Prototyyppi**

Prototyyppi luotiin kokoamaan Diagnostiikkafoorumille esitetyt odotukset ja toiveet. Mukaan otettiin myös odotukset HUS Diagnostiikkakeskukselle niiltä osin kuin ne vastasivat Diagnostiikkafoorumin konseptia. Prototyypistä ei luotu sivuston rakennetta ilmentävää tai muuten ”klikkailtavaa” wireframea, sillä tarkoituksena ei ollut testata toiminnallisuutta. Prototyyppi vietiin testattavaksi kehittä-vaiheeseen.

#### **Asiakaspolku**

Asiakaspolulla oli kaksiosainen rooli tässä kehittämistyössä. Yhtäältä sitä käytettiin työkaluna teemahaastatteluissa, kun keskusteltiin diagnosoinnin prosessista ja miten Diagnostiikkafoorumi voisi olla osa sitä. Toisaalta asiakaspolun validointi oli osa työn tarkoitusta. Asiakaspolun validointia lähestyttiin teemahaastatteluissa sekä pyytämällä haastateltavia kuvailemaan vapaasti diagnosoinnin prosessia että HUS Diagnostiikkakeskuksen tekemän asiakaspolun avulla. Näiden perusteella asiakaspolku päivitettiin roadmapiksi, joka vietiin validoitavaksi kehittämisvaiheeseen. Kuvio 13 esittää alkuperäisen asiakaspolun. Keskeiset polkuun tehdyt muutokset käydään läpi tulosten yhteydessä luvussa 6.2.



Kuvio 13: HUS Diagnostiikkafoorumin luoma asiakaspolku

### 5.4.3 Kehitä

Prosessin viimeisessä vaiheessa palattiin haastattelemaan klinikoita. Kehittämisvaiheen päätti työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille.

#### Haastattelut klinikoille

Tämän kehittämistyön lopuksi määritä-vaiheessa luotu prototyyppi ja asiakaspolusta jalostettu roadmap testattiin klinikoilla. Testaaminen tehtiin haastatteluin. Haastatteluja tehtiin yhteensä kolme, joista yhteen osallistui kaksi klinikkaa. Yhteensä haastateltiin siis neljä henkilöä. Osallistujista kolme rekrytoitiin teemahaastatteluihin osallistuneiden joukosta ja yksi HUS Diagnostiikkakeskuksen kontaktien kautta. Haastattelut tehtiin Teamsissä, ja ne kestivät 30-60 minuuttia. Kesto vaihteli sen mukaan, kuinka paljon klinikoiden oli mahdollista varata kalenteristaan aikaa haastattelulle.

Haastattelu alkoi prototyypin esittelyllä. Tämän jälkeen haastateltavat saivat äänestää mielestään viisi tärkeintä asiaa, jotka toivoisivat HUS Diagnostiikkakeskuksen ottavan huomioon Diagnostiikkafoorumia kehittäessään. Haastateltavat kirjasivat äänestämänsä asiat Teamsin chattiin. Äänestyksen jälkeen keskusteltiin vielä perusteista valintojen taustalla sekä mahdollisista tarkentavista toiveista. Lopuksi haastateltavilta pyydettiin kommentoimaan asiakaspolusta luotua roadmapia. Haastattelurunko löytyy liitteestä 6.

Käytetty prototyyppi palveli hyvin tarkoitustaan. Kehitystoiveet oli helppo esitellä haastateltaville prototyypin avulla, ja se toimi hyvin keskustelun herättelijänä. Stickdornin ym. (2018, 65) mukaan prototyyppiä voidaankin käyttää myös viestinnän välineenä esittelemään palvelua.

#### Työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille

Kehitä-vaiheen lopuksi pidettiin työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille. Työpajaan osallistui neljä henkilöä, joista yksi osan aikaa. Työskentely ja ideointi oli tarkoitus toteuttaa pareittain, jolloin kehitysideat olisi jaettu parien kesken. Lopulta keskustelu käytiin koko ryhmän kesken. Aineistosta tehtyjen keskeisten havaintojen ja alustavien kehitysehdotusten

esittelyn jälkeen työpajassa keskityttiin keskustelemaan kehitysehdotusten potentiaalista ja jatkokehittämään niitä.

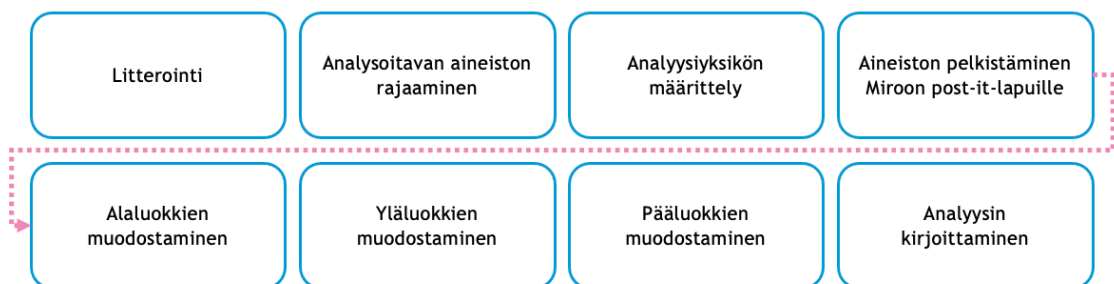
#### 5.4.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Kvalitatiivista aineistoa voidaan jäsenellä monella tapaa. Tässä työssä analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöisessä analyysissa teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta, eivätkä aikaisemmat teoriat tai tiedot ohjaa niitä (Kananen 2018, 90). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi valittiin menetelmäksi, sillä se soveltuu hyvin erilaisten sisältöjen analysoimiseen systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2011, 117).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kertyvät aineistot ovat usein laajoja, ja niistä löytyy aina lukuisia kiinnostavia asioita. Ennen analyysin aloittamista onkin tärkeää päättää, mikä aineistossa on kiinnostavaa, ja rajata tutkittavan ilmiö. Kaikki muu voidaan jättää tutkimuksesta pois. (Kananen 2008, 88; Tuomi & Sarajärvi 2011, 104.) Analyysia ohjaavat rajaukset tehtiin kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteiden sekä tutkimuskysymysten pohjalta:

- Kliinikoiden toimintaympäristö
- Diagnosoinnin prosessin kipukohtat ja haasteet
- HUS Diagnostiikkakeskukselta toivottu tuki kipukohtiin
- Kliinikoiden tarpeet ja odotukset Diagnostiikkafoorumille
- Esteet Diagnostiikkafoorumin käytölle.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Kananen 2008, 94; Tuomi & Sarajärvi 2011, 122-123.) Kuviossa 14 havainnollistetaan tämän kehittämistyön analyysin eteneminen.



Kuvio 14: Kehittämistyön analyysin eteneminen

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään erottamalla ilmiön kannalta oleelliset asiat etsimällä aineistosta tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Pelkistämistä varten määritellään analyysiyksikkö. (Kananen 2008, 94; Tuomi & Sarajärvi 2011, 122.) Analyysiyksikköinä päätettiin käyttää sanoja ja haastateltavan lausuman pelkistäviä lauseita. Litteroitu aineisto



luettiin läpi ja olennaiset asiat kirjoitettiin digitaalisille post-it-lapuille Miro-alustalle. Jokaiselle haastateltavalle annettiin oma värikoodinsa. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin alaluokkiin samankaltaisuuskaavion avulla ja luokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Ryhmittelyssä on kyse laadullisen aineiston jäsentämisestä erilaisten aihepiirien mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2011, 105). Aineistolähtöisyydestä johtuen vasta analyysi osoittaa, minkä tasoisia luokkia aineistosta on mahdollista muodostaa alaluokkien ja yhdistävien luokkien lisäksi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 127). Tässä kehittämistyössä osaan kysymyksistä pystyttiin muodostamaan yläluokkia ja yläluokista edelleen pääluokkia. Osaan kysymyksistä ei ollut tarvetta jatkaa luokittelua yläluokkia pidemmälle, mikä on hyväksyttävää aineistolähtöistä sisällysanalyysia tehtäessä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 127). Käsitteitä yhdistelemällä vastattiin tutkimustehtävään.

Asiakaspolkua koskeva osuus aineistosta käytiin läpi kevyemmin. Aineisto luettiin läpi kokonaisuudessaan ja sen perusteella muodostettiin näkemys polkuun tehtävistä muutoksista. Keskeiset muutokset perustellaan tulosten yhteydessä luvussa 6.2.

Laadullisen aineiston tulkinta on valintoja, joihin vaikuttavat tutkijan havainnot ilmiöstä. Tutkija peilaa aineistoa taustojaan, tietojaan ja asenteitaan eli viitekehystään vasten. Tulkintaa tapahtuu kahdessa vaiheessa: kun tutkija tulkitsee ilmiötä viitekehüksensä kautta ja kun hän purkaa tulkinnan takaisin ymmärrettävään muotoon. Tästä johtuen tulkinnat samasta ilmiöstä voivat vaihdella tutkijasta toiseen. Analyysimenetelmät vähentävät tutkijan viitekehüksen vaikutusta tulkintaan. (Kananen 2008, 96.) Seuraavassa luvussa käydään läpi, millaisia tulkintoja tämän kehittämistyön aineistosta syntyi. Pohdinta ja johtopäätökset tuloksista esitetään luvussa 8.

Tässä luvussa on kuvattu opinnäytetyössä toteutetun tutkimuksen analyysin vaiheet ja eteneminen. Tutkimuksen toteutuksen ja raportoinnin yksityiskohtainen kuvaaminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021).

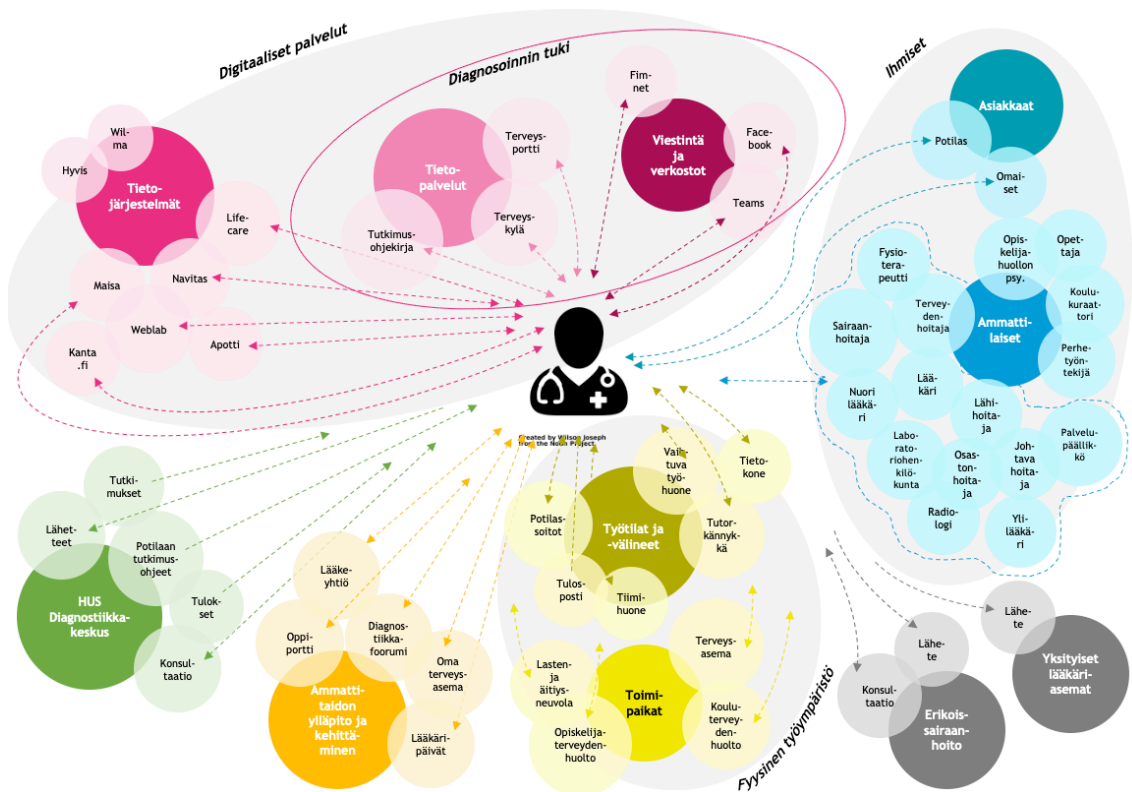
## 6 Tulokset

Tässä luvussa esitellään kehittämistyön tulokset. Kliinikoiden haastatteluista kertynyt aineisto teemoiteltiin Miro-alustalla etukäteen päätettyjen, luvussa 5.4.4 esitettyjen rajausten mukaisesti. Yhteenvedot teemoitteluista löytyvät liitteistä 7-8 ja 10-13. Tulokset käydään läpi kolmen kattoteeman alla, jotka ovat perusterveydenhuollon klinikon toimintaympäristö, asiakaspolku ja Diagnostiikkafoorumi. Haastatteluaineistosta on poimittu suoria lainauksia elävöittämään havaintoja. Kehittämisehdotukset esitellään luvussa 7.

## 6.1 Kliinikon ekosysteemi

Haastatteluissa klinikoita pyydettiin kuvailemaan tyypillistä työpäiväänsä ja työympäristöään sekä siihen liittyviä toimijoita, työkaluja ja palveluita. Kysymykseen saadut vastaukset olivat lähtökohta klinikon ekosysteemin eli toimintaympäristön kuvaukselle. Analyysivaiheessa otettiin huomioon myös haastatteluiden muissa vaiheissa esiin nousseet teemaan liittyvät kommentit. Kliinikon ekosysteemiin oli tarkoitus perehtyä syvällisemmin Coco Cosmos -muotoilun avulla erillisessä työpajassa, johon ei kuitenkaan saatu osallistujia. Vaikka lähestyminen jäi haastatteluiden varaan, antaa kuvaus ymmärrystä siitä, millaisessa ympäristössä klinikot toimivat ja millaisten tekijöiden kanssa Diagnostiikkafoorumi joutuu kilpailemaan klinikoiden ajasta ja huomiosta. Diagnostiikkakeskus on siis yksi palanen klinikon ekosysteemissä.

Toimintaympäristöä koskevat huomiot ryhmiteltiin ekosysteemin eri osa-alueiksi. Huomiot esitetään kuviossa 15 pienempinä vaaleina palloina ja isommat osa-alueet tummina palloina. Osa osa-alueista ryhmitettiin edelleen isompien teemojen alle. Nämä havainnollistetaan kuviossa taustalla olevilla harmailta ellipseillä. Aineiston pohjalta kuvioon piirrettiin nuolia osoittamaan klinikon suhdetta eri tekijöihin. Yksisuuntaiset nuolet kuvaavat suhteen yksisuuntaisuutta ja kaksisuuntaiset nuolet molemminpuolisuutta. Nuolen puuttuminen tarkoittaa, ettei klinikolla ole suoraa suhdetta kohteeseen. Kuvion taustalla oleva yhteenveto on liitteessä 7.



Kuvio 15: Kliinikon ekosysteemi

Ekosysteemin visualisointi avasi klinikon maailman moninaisuutta. Haastateltavat kertoivat työssä käyttämistään tietojärjestelmistä, mistä he hakevat tietoa ja millaisia digitaalisia keskustelu- ja verkostoitumiskanavia heillä on. Nämä ryhmiteltiin digitaalisten työvälineiden teeman alle. Toinen laajempi teema muodostui työhön liittyvistä ihmisistä, sekä asiakkaista että terveydenhuollon ja muista ammattilaisista. Kolmas teema syntyi fyysisestä työympäristöstä, johon lukeutuvat niin työtilat ja -välineet kuin toimipaikat. Omat itsenäiset alateemansa muodostavat ammatillinen kehittyminen, HUS Diagnostiikkakeskus, erikoissairaanhoido ja yksityiset lääkäriasemat. Haastateltavat kuivailivat tarkkaan, millainen suhde heillä on ekosysteemin eri elementteihin ja myös millaisia haasteita osaan liittyä. Seuraavaksi tutustutaan tarkemmin klinikon maailman muodostaviin osa-alueisiin.

### Digitaaliset palvelut

Klinikoiden työssään käyttämät digitaaliset palvelut ja niiden merkitys, palveluiden väliset suhteet ja haasteet saivat paljon huomiota haastatteluissa. Klinikot joutuvatkin tarkastelemaan ja seuraamaan useita eri käyttötarkoituksiin olevia palveluita päivän aikana. Digitaalisten palveluiden teeman muodostavat tietojärjestelmät, tietopalvelut sekä keskustelua ja verkostoitumista tukevat palvelut.

Kliinikoilla on käytössään pelkästään tutkimusläheteiden tekemiseen ja tulosten sekä potilastietojen tarkasteluun useita järjestelmiä, joiden välillä he joutuvat liikkumaan. Moni kokee tuskaa, kun järjestelmät eivät toimi odotetusti tai tuloksia joutuu katsomaan eri paikoista.

*Tietojärjestelmänä käytämme Efica Lifecarea ja jonkin verran alueellisia Weblabia ja Navitasta, joiden kautta katsotaan röntgenkuvat ja labravastaukset. Kanta-katselu on LifeCaren sisälle rakennettuna.*

*Erikoissairaanhoidon tekstit mie ite katon pääsääntöisesti Navitaksen kautta. Se on ollut nopein. Apotin myötä tää on muuttunut vähän haasteellisemmaksi, kun tuntuu, et Navitakseen ei mee Apotista kaikki tekstit, mut sit ne ei näy välttämättä Kannassakaan. Ei oikein voi enää luottaa siihen, et tuleeks sieltä kaikki tieto, onko se katottavissa kaikki tieto, mitä me tarvitaan.*

Erilaiset tietolähteet ovat tärkeä tuki diagnosoinnin prosessissa. Tiedon lähteitä on useita, mutta yksi niistä nousi ylitse muiden: Terveysportin merkitystä korosti lähes jokainen.

*Terveysportti on se, jota käyttää. Siellä on ne tutkimukset, se on se ykkönen kuitenkin.*

*Silloin varsinkin kun teen potilastyötä, niin käytän kyllä ahkerasti Terveysporttia ihan sillä, että katon. Vaikka olisi päässä ajatus, että mitä*

*teen, käyn silti kattoo Terveysportista, että onks tullut jotain uutta, joku muuttunut.*

Viestintä- ja ryhmätyöskentelytila Teams tuli esiin keskeisenä välineenä, jota käytetään niin päivittäiseen viestintään kuin konsultointiin. Teams on ennen kaikkea oman terveysaseman sisäinen kanava, mutta ainakin kouluttajaroolissa olevilla klinikoilla Teams-ryhmiä on myös terveysaseman ulkopuolisten tahojen kanssa.

*Teams on meille päivittäisen viestittelyn hyvin tärkeä foorumi. Minulla on tässä auki aktiivisena parikymmentä Teams-kanavaa.*

*Suurin osa viestityksestä on oman terveyskeskuksen sisältä ja meidän erilaisia ryhmiä: lääkiriryhmiä, koko henkilökunta, koulutettavien ja kouluttajien ryhmiä... Osa on kaupungin laajuisia. Toki on myös muualle; on Duodecimin, yliopiston ja sillä tavalla. Se riippuu työnkuvasta, mutta suurin osa on oman terveysaseman sisällä.*

Viestintää ja verkostoitumista palvelevat myös Lääkäriliiton ylläpitämä Fimnet sekä Facebookin lääkiripalstat. Facebookin lääkiripalstoilla kerrottiin käytettävän myös konsultointiin.

*Sittenhän meillä on lääkäreiden Facebook-ryhmiä pilvin pimein. Niitäkin useampaa seuraan, ja ne on tosi hyviä kanavia, toimivia.*

## **Ihmiset**

Potilaiden ja heidän omaistensa lisäksi klinikot kohtaavat päivittäin useita eri rooleissa olevia ammattilaisia. Päivittäisen työn kuvauksissa korostui yhteistyö toisten lääkäreiden ja hoitajien kanssa.

*Käytännössä kaikki terveysaseman ammattilaiset, niin heidän kanssa käytännössä päivittäin tulee jotain yhteistyötä. Jos ei päivittäin niin vähintään viikoittain joko sähköisiä konsultaatioita tai he tulee ihan muuten vetämään hihasta.*

*Meillä tehdään työtä täällä moniammatillisessa tiimissä. Voi olla sellainen päivä, että minulla on ihan tavallisia vastaanottoja, tai sitten menen meidän tiimihuoneeseen, jossa meillä on neljä henkeä samassa tilassa. Siinä on tyypillisesti kaksi sairaanhoitajaa, meidän fysioterapeutti ja minä.*

Suhteessa toisiin, ja erityisesti nuoriin, lääkäreihin sekä hoitajiin nousi usein esiin konsulttina toimiminen ja ohjaaminen. Tässä korostuu se, että haastateltavista moni on työpaikallaan ohjaajalääkärin roolissa tai muuten pidemmällä urallaan.

*Ehkä 4-7 potilasta saatan tutkia päivän aikana, muuten olen käytettävissä sekä hoitajille konsulttina vähemmän ja nuorille lääkäreille sitten enemmän.*

*Olen nyt erikoistumisvaiheen loppuvaiheessa, niin saan jonkun verran konsultaatioita nuoremmilta kollegoilta. Heitä autan siinä työssä.*

Kollegoihin liittyy vahvasti keskustelu ja vuorovaikutus (yhteenvedo analyysistä liitteessä 8). Kliinikot kertoivat keskustelun olevan runsasta ja merkityksellistä. Merkitykselliseksi vuorovaikutuksen tekee se, että keskustelun kautta saa ammatillista tukea ja se myös kehittää osaamista.

*Kyllä se lääketieteellinen on niissä omissa kollegoissa.*

*Sitä kautta tietysti oppii hirveästi. Ja totta kai ongelmatilanteet on hyvä jakaa ja yhdessä miettiä, miten niitä ratkaistaan. Sitä kautta pystyy myös kehittämään omaa osaamistaan.*

Eräs kliinikko totesi, keskustelun olevan niin tärkeää ammattiosaamisen ylläpitämiselle, että siitä pois jättäytyvät saattavat jopa pudota kelkasta ammatillisesti.

*Kyllä sen nälkee kollegoista, jotka vähemmän kommunikoi ja vähemmän kyselee, niin osaaminenkin selvästi kyllä rapistuu. Kyllä se tosi tärkeää ammattiosaamisen kannalta on.*

Vuorovaikutus on tärkeää myös työhyvinvoinnille.

*Se on ammatillisesti että työhyvinvoinnin kannalta keskeistä.*

### **Fyysiset tilat ja työvälineet**

Kliinikon fyysinen työympäristö rakentuu työtiloista ja -välineistä sekä toimipaikoista. Kaikki haastateltavat toimivat terveysasemalla. Kliinikko voi kuitenkin tehdä töitä useassa eri toimipaikassa.

*Mun työni on neljässä eri paikassa, eli työskentelen lastenneuvolassa ja äitiysneuvolassa, kouluterveydenhuollossa eli menen koululle lääkärintyöhön ja sitten olen vielä opiskeluterveydenhuollossa eli toisen asteen opiskelijoitten luona.*

Työvälineitä kuvattiin vähän. Työvälineistä huomion arvoista on se, että kaikilla ei omaa huonetta ja näin myöskään tietokonetta käytössä. Käytössä oleva teknologia ei myöskään ole aina viimeisintä mallia.

*Meillä on aamupalaveri suunnilleen vartin ja sen jälkeen menen omaan työhön mun huoneeseen. Meillä on aikaisemmin ollut lääkäreillä omat huoneet. Nyt koronan takia ei ole ollut, vaan ne on vaihtunut. Menen joka tapauksessa siihen huoneeseen, joka mulle on määrätty.”*

*Mutta täällä elellään semmosessa Doro-maailmassa vielä jossain paikoissa, että ei oo päivitetty kaikki viimeisen päälle.*

### **Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen**

Jatkuva ammattitaidon ylläpitäminen ja oppiminen ovat tärkeitä klinikoille. Koulutuksia tarjoavat oman terveysaseman lisäksi useat ulkopuoliset tahot. Haasteena on, että aika ei riitä kaikkeen. Diagnostiikkafoorumien koulutuksilla on siis monta kilpailijaa.

*Koulutuksen suhteen terveyskeskuslääkärit elävät maailmassa, jossa kaikki alat ovat meidän aloja. Koulutuksia on tarjolla hirveästi, ja mahdollisuuksia käyttää aikaa niihin on rajallisesti.*

### **HUS Diagnostiikkakeskus**

HUS Diagnostiikkakeskus on keskeinen osa klinikon työtä. Yhteys HUS Diagnostiikkakeskukseen konkretisoituu ennen kaikkea potilastyön kautta klinikoiden määrätessä tutkimuksia potilaille.

*Diagnostiikkakeskuksen kanssa luontevin yhteistyö on lähetteiden tekemistä ja vastausten katsomista.*

Myös toinen toistuva yhteys HUS Diagnostiikkakeskukseen liittyy tutkimusten tilaamiseen: klinikot hakevat usein potilasohjeita määräämistään tutkimuksista.

*Varmaan kaikkein selvimmin Diagnostiikkakeskus näkyy siinä, jos lähetän potilaan johonkin tutkimukseen, niin annan potilasohjeita. Siinä kohtaa konkreettisesti näkyy.*

Klinikoiden tarpeet konsultoida HUS Diagnostiikkakeskuksen asiantuntijoita tutkimustuloksista vaihtelevat. Haastatteluissa tuli esiin, että erityisesti radiologian lausuntoja joudutaan tarkastamaan. Vaikka tarvetta kysyä olisikin, yhteyden ottaminen HUS Diagnostiikkakeskukseen ei ole aina helppoa. Osa koki kynnyksen yhteydenotolle olevan korkea tai oikean henkilön ja yhteystietojen löytymisen vaikeaa.

*Hyvin satunnaisesti mut silloin tällöin tulee konsultoitua ihan radiologia esimerkiksi jostain tuloksesta - sanotaan ehkä kerran puolessa vuodessa.*

*Se on harvinaista. Pääasiassa tosiaan niiden tutkimusten määräämistä ja sinne lähettämistä.*

*Miulle kynnys ei varmaan enää ole kovin korkea. Usein kyllä yritän ettiä netistä. Olen alkanut tarttua herkästi puhelimeen. Silloin asiat sujuu. Se ongelma on tietysti se, että löytää edes jonkun ihmisen yhteystiedot. [---] Kynnys ei ole ehkä korkea. Se että löytää oikean tyyppin kenelle soittaa ja kysyä, niin se on ehkä se kynnyskysymys.*

*Siellä on Huslabin ohjekirjassa tutkimuksen perässä henkilö, joka vastaa, niin olen sitten konsultoinut. Äärettömän hyvää palvelua tietysti olen saanut. Kynnys soittaa on pikkasen korkea. Oikeasti pitää olla kujalla asioista ennen kuin viittii soittaa, mutta olen ollut joka kerta kyllä tosi tyytyväinen.*

Yksi haastateltava arveli, että tutkimuksen yhteydessä ilmoitettujen yhteystietojen olevan henkilölle, joka osaa vastata sitä koskeviin kysymyksiin, mutta ei ollut kuitenkaan täysin varma asiasta. Myös toinen kliinikko arveli, etteivät kaikki ole tajunneet laboratoriotutkimuskirjassa olevien yhteystietojen olevan sitä varten, että numeroon voi soittaa.

*Ainakin labratutkimusohjekirjassa on asiantuntijalääkäriin puhelinnumero. Välillä tuntuu, että ihmiset ei oo tajunnut, että sitä varten se siellä on, että jos on jostain tutkimuksesta kysyttävää, niin siihen voi soittaa. Et se on tarkoitettu sitä varten. Olen välillä aina muistuttanut, että soita tonne ja kysy, mitä tää oikein meinaa.*

### **Erikoissairaanhoido**

Erikoissairaanhoido ja sen rooli nousivat esiin vain harvassa haastattelussa. Kliinikolle erikoissairaanhoido näkyy lähinnä potilaalle aiemmin tehtyinä tutkimuksina ja hoitosuunnitelmina.

*Yksityisen ja erikoissairaanhoidon rooli näkyy lähinnä Navitaksen ja Kanta-katselun kautta. Katsotaan, millaisia tutkimuksia muualla on tehty ja millaisia jatkosuunnitelmia, ja miten me siitä jatkettaisiin.*

Erikoissairaanhoidoa konsultoidaan tai tarpeen vaatiessa tehdään potilaalle lähete jatkotutkimuksiin.

*Sitten tietysti erikoissairaanhoido - lastentautien poliklinikka ja äitiyspoliklinikka ja periaatteessa fysiatrian poliklinikka. Erilaisten erikoissairaanhoidon poliklinikoiden kanssa kylläkin soittaa ja kysyy.*

## Yksityiset lääkäriasemat

Erikoissairaanhoidon tapaan myös yksityisistä lääkäriasemista puhui vain harva haastateltava. Yhden klinikon mukaan palveluita voidaan ostaa yksityisiltä toimijoilta, jos julkisella puolella esimerkiksi erikoislääkärille pääsy on hankalaa.

*Yksityislääkäriasemalta saatetaan ostaa konsultaatio, jos on joku asia, joka vetää huonosti.*

Kuten erikoissairaanhoidon tapaan myös yksityinen terveydenhuoltosektori näkyy klinikolle pääasiassa potilastietojärjestelmien kautta, kun niiden kautta katsotaan potilaan aiempia tutkimuksia ja hoitosuunnitelmia.

### 6.2 Asiakaspolusta roadmapiksi

Osana kehittämistyötä validoitiin HUS Diagnostiikkakeskuksen hahmottelema asiakaspolku. Tässä luvussa esitellään keskeiset polkuun liittyvät havainnot ja tehdyt muutokset. Visualisoitu muutos löytyy lisäksi liitteessä 9.

#### Eteneminen on looginen, mutta kuvaa matkaa potilaan silmin

Validoinnissa käytetyn polun koettiin spontaanisti kuvaavan potilaan matkaa.

*Tämä on potilaan näkökulmasta tehty.*

Alkuperäisen asiakaspolun vaiheet onkin hahmoteltu potilaan näkökulmasta ja klinikon näkökulma on tuotu mukaan taustatoimintoina. Koska palvelua tehdään klinikoille, tulisi polun myös kuvata heidän etenemistään. Esitetyn polun vaiheita sinänsä pidettiin pääosin loogisina ja kuvaavina.

*Polku näyttää ihan loogiselle. Tollainhan se menee.*

#### Eri toimijoiden matkat yhdeksi kokonaisuudeksi

Asiakaspolkua haluttiin täydentää klinikon näkökulmalla, mutta säilyttää myös potilaan matka. Koska asiakaspolku kuvaa asiakaskokemuksen etenemisen palvelussa yhden päätoimijan näkökulmasta (Stickdorn ym. 2018, 57), ajatus muutettiin asiakaspolusta roadmapiksi. Näin pystyttiin yhdistämään eri toimijoiden eteneminen yhdeksi luontevaksi kokonaisuudeksi.

#### Vastaanottoa edeltävät vaiheet esiin

Klinikon kannalta ensimmäinen versio polusta alkoi vastaanotosta. Aineistosta nousi esiin, että paljon tapahtuu jo ennen potilaan tapaamista. Tämän näkökulman lisääminen



roadmapiin on yksi isoimmista muutoksista. Kaikki nostivat esiin hoitotarpeen arvio-  
sen heti potilaan otettua yhteyttä terveyskeskukseen:

*Minun työssä ei tapahdu, mutta jos se ottaa meihin yhteyttä, siinähan ta-  
pahtuu perusterveydenhuollossa julkisella puolella hoidontarpeen arvio.  
Se on arvioitu, että hän tarvitsee lääkärissä käyntiä. [---] Hoidontarpeen  
arvio siinä tehdään. Se voisi olla hyvä tuossa kyllä näkyä.*

Roadmapiin tehtiin kliinikon osalta näkyväksi myös vastaanotolle valmistautuminen. Se tar-  
koittaa potilaspapereihin tutustumista ja oireiden miettimistä:

*Etukäteen tulee ainakin ite katsottua vähän potilaan papereita; onks siltä  
katottu jotain labroja, onko tehty jotain muita tutkimuksia, missä men-  
nään, missä kohtaa tää ihminen liikkuu.*

*Kyllä varmaan aika usein sitä jo valmiiksi, jos vaan suinkin on aikaa, ehtii  
miettiä, mitä mä teen, jos se oire on tällöinen, ja mitä mä teen, jos se  
on tommonen. [---] Kyllä se aika pitkälle voi olla mietittynä siinä kohtaa,  
kun se potilas astuu sisään, että mitä se jatko vois sitten olla.*

### **Luupit kuvaamaan vastaanoton ja tulosten tulkinnan tapahtumia**

Roadmapiin tehtiin kaksi ”luuppia”, yksi vastaanoton ja toinen tulosten kohdalle. Tarkoituk-  
sena on kuvata, mitä näiden vaiheiden sisällä tapahtuu. Vaiheiden avaamista pidettiin tär-  
keänä, sillä niiden sisällä tapahtuu asioita, jotka ovat relevantteja myös Diagnostiikkafooru-  
min näkökulmasta. Vastaanoton kohdalla tällainen on tutkimustarpeen arvioiminen, jota mah-  
dollisesti seuraa lähete tutkimuksiin.

*Tietysti vastaanoton sisällä tapahtuu aika paljon. Siinä kuuluu ensin haas-  
tatella se ihminen ja yrittää päästä hyvin pitkälle siinä. Sitten vielä tutkia  
se ihminen ja vimmatusti selataan tota Terveysporttia ja yritetään sieltä  
päästä tolkkua, mitä tässä kannattaisi tehdä. Sen jälkeen keksiä, mitä  
tutkimuksia pitää tehdä.*

Tulosten saavuttua kliinikko tekee tulkintaa tutkimustuloksista ja arvioi mahdollista lisätutki-  
musten tarvetta.

*Välimatka tapahtuu lääkärin kannalta mitä tapahtuukaan, mulle putoaa  
tulokset, ja mä oon yleensä sopinut potilaan kanssa suoraan, että otan yh-  
teyttä saatua tulokset. Useimmiten se on puhelinkeskustelu, miten  
mennään eteenpäin, tarvitseeko jotain lisäselvittää tai kuinka edetään ja  
hoitosuunnitelma syntyy siinä kohden.*

### Hoitohenkilökunnan rooli esiin

Aineistosta kävi ilmi, että myös hoitajilla on tärkeä rooli roadmapissa. Tästä syystä roadmapiin lisättiin klinikon lisäksi hoitaja niihin kohtiin, kun se aineiston perusteella näytti olennaiselta. Moni kertoi, että hoitajat ovat tavallisesti potilaan ensimmäinen kontakti ja se henkilö, joka arvioi hoitotarpeen.

*Hyvin paljonhan meillä on oikeesti sitä, että ”otan yhteyttä ja puhelimeen vastaa asiantuntija”, eli siis terveydenhoitaja yleensä. Tai sitten lähetän Wilma-viestin. [---] Lähetän Wilma-viestin terveydenhoitajalle, joka vastaa Wilmalla tai vastaa puhelimesta, ja saan lähetteen tutkimukseen. Ei ne kaikki tuu vastaanotolle.*

*Potilaat kun ottavat yhteyttä, he saavat oman hoitovastaavan ja hoitovastaava hoitaa asiaa niin pitkälle kuin omat rahkeet riittää, konsultoi lääkäriä, lääkäri päättää, että haluanko jotain tutkimuksia ihan hoitajan tietojen perusteella, haluanko haastattaa hänet ensin vai kuulostaako suoraan siltä, että hänet on syytä ottaa vastaanotolle ensin, ja sitten ohjelmoidaan jatkoselvittelyt, mikäli ne ovat tarpeen.*

Hoitaja voi myös olla vastuussa hoitosuunnitelman toimeenpanosta lääkärin ohjeiden mukaisesti:

*Voi olla, että hoitosuunnitelma on sellainen, jota toteuttaa hoitovastaava jatkossa. Aloitetaan vaikka joku lääkitys, ja siihen saattaa liittyä kontroleja, ja annetaan jo valmiiksi ohjeet, jos on näissä ja näissä rajoissa, mennään näin ja jos esimerkiksi verenpaineet ei ole aisoissa, niin seuraavaksi hoitaja voi antaa ohjeen lääkityksen nostamiseen tietyissä rajoissa. Niihin yleensä annetaan hoitajalle suoraan ohjeet.*

### 6.3 Diagnostiikan prosessin haasteet

Diagnostiikan prosessiin liittyviä kipukohtia selvitettiin asiakaspolkua apuna käyttäen. Yhteenvedo analyysistä on liitteessä 10. Aineiston perusteella yleinen teema on tietotekniset haasteet, jotka jakautuvat lähetteitä ja tuloksia koskeviin huoliin. Tulosten osalta haasteena on, että tuloksia tulee moneen paikkaan ja joskus ne tulevat myöhässä. Esiin nousi myös, että kaikki tulokset eivät tule perille sekä riski, että ne jäävät katsomatta. Lähetteitä koskevat tietotekniset haasteet liittyvät aineiston perusteella lähetteiden perillemenoon sekä lähetteiden tekemiseen potilastietojärjestelmä Apotissa.

Aineistosta nousi esiin myös muita kuin tietoteknisiä haasteita lähetteen tekemiseen liittyen. Erään klinikon mukaan päänvaivaa tuottaa oikeiden tutkimusten valitseminen harvinaisissa tapauksissa.

*Ehkä Lähete-kohdassa voi vielä, jos ollaan harvinaisen äärellä, niin osaanko valita oikeat tutkimukset, mitä kaikkea tutkimus sisältää, mitä kaikkea tässä tilanteessa olisi järkevää ottaa. Sellaista haastetta.*

Myös oikeiden koodien löytäminen tutkimuksille voi aiheuttaa hankaluuksia. Tutkimukset saatavat myös muuttua, jolloin korvaavan tutkimuksen löytäminen saattaa aiheuttaa päänvaivaa. Eräs klinikko kuvaili, kuinka oman laboratoriovalikon pitäminen ajan tasalla vaatii aktiivisuutta:

*Meillä ei näy täällä koko Huslab-tutkimusohjekirja, vaan näkyy ne keskeiset terveystieteiden kannalta. Yleensä niistä valitaan, niihin klikataan ensin. Jos niissä on jotakin sellaista, mikä meneekin toistuvasti, että ei sen olisikaan pitänyt olla tämä, niin enemmän on siitä kiinni, että osaamme reagoida itse ja sitä omaa labraalikkoo kannattaa muuttaa ja päivittää, että tämä tutkimus ei olekaan enää tämä ja tähän on tullut tilalle uusi.*

Lähetteidensä lisäksi tutkimusten tilaamiseen liittyvänä haasteena nousi esiin se, ettei tilaavalla klinikolla ole kuvaa jonotilanteesta. Tämän kerrottiin koskevan erityisesti kuvantamista. Kliinikko ei myöskään aina saa tietoa siitä, että potilas pääsee tutkimukseen ajateltua myöhemmin.

*Kun kuvantaminen siirtyi Apottiin, kuuli jälkikäteen, että potilaat joutuivat odottamaan aikaa. Joutui pyytämään potilasta ottamaan yhteyttä, jos ei saa aikaa. Saattoi mennä parinkin kuukauden päähän, eikä lääkäri saanut siitä hälytystä.*

Toinen usein ilmi tullut haaste koskee tutkimusohjeistuksia. Osalle ylipäättään sen muistaminen, pitääkö johonkin tutkimukseen antaa potilasohjeita vai ei, tuottaa päänvaivaa. Useampi koki ohjeiden löytämisen vaikeaksi.

Kliinikot toivat esiin myös potilaan näkökulmasta kaksi haastetta. Toinen liittyy potilasohjeiden selkeyteen. Jos ohjeet ovat vaikeat ymmärtää, riskinä on, että tilatun tutkimuksen tai näytteen ottaminen ei onnistu. Toiseksi haasteeksi mainittiin kirjavat ajanvarauskäytännöt:

*Sitten tietysti ajanvarausasia joissakin erikoistutkimuksissa, joissa on kirjavaa se, milloin potilas varaa ite sen ajan. Tää on varmaan kliinisen fysiologian kanssa se rajapinta, että mitkä tutkimukset he tekee ja mitkä*

*Diagnostiikkakeskus. Milloin se potilas saa sen ajan kirjeitse ja milloin hänen pitää se itse varata, ja milloin hän saa kirjeen, missä on ohjeet mistä varataan, ja milloin saa meiltä suoraan sen numeron tai muun, mistä se varataan. Siinä on aika monta eri tapaa, millä ne asiat hoidetaan.*

Tutkimustulosten saavuttua niiden tulkinta voi toisinaan aiheuttaa haasteita. Aineiston perusteella haasteita tuottavat radiologian lausunnot, automaattilausuttujen tulosten tulkinta ja harvoin vastaan tulevien erikoistutkimusten tulosten ymmärtäminen.

*Sitten joskus erikoistutkimuksista ei ymmärrä tuloksia, että mitä tää nyt oikeastaan tarkoittaa. [---] Voi olla, että ne tulokset on sellaisia, joihin arkityössä törmää ehkä kerran viidessä vuodessa. Minkä kanssa on harvoin tekemisissä, voi olla, että niitten vastauksia ei ihan ymmärrä.*

Myös laboratoriotutkimusten muutosten tulkinnan mainittiin aiheuttavan välillä vaikeuksia.

*Mut sitten kun on perus terveystieteiden lääkäri, jonka pitää kaikesta hoidata vähäsen, niin on välillä hirveen vaikea suhteuttaa, että onko jonkun laboratorioarvon muuttuminen 0,5 pykälää aivan hirvittävän merkityksellistä vai voiko viitata kintaalla.*

Yhdeksi haasteeksi aineistosta nousi yhteydenoton teema. Tähän liittyy niin laboratoriolääkäreiden ja radiologien tavoitettavuus, puhelinnumeroiden löytyminen kuin korkea kynnyksen ylittäminen tarttua puhelimeen.

Yksi klinikko nosti esiin, että Tutkimusohjekirjasta ohjeiden löytäminen on välillä vaikeaa. Hankaluuksia tuottaa erillisten ohjeiden linkitys, jota seuraamalla saattaa kadottaa tuntuman oikean ohjeen löytymisestä:

*Esimerkiksi rintarauhastutkimuksista on tehty jotain artikkeleita, mutta ne on linkittyneet ihan hassusti, et välillä on hirveän vaikea...et onks tämä se ohje, jota haen, vai ei.*

### **HUS Diagnostiikkakeskukselta toivottu tuki**

Diagnostiikan prosessin haasteisiin ja kipukohtiin liittyen haastateltavia pyydettiin kertomaan, millaista tukea niihin he odottaisivat HUS Diagnostiikkakeskukselta. Ajatuksena oli ymmärtää odotuksia Diagnostiikkafoorumia laajemmin, sillä niistä saattaisi nousta esiin jotain sellaista, mihin voitaisiin vastata Diagnostiikkafoorumilla. Yhteenvedo toiveista HUS Diagnostiikkakeskukselle on liitteessä 11.

## Lähetteet

Aineiston perusteella yleinen teema liittyy läheteisiin. Toivottu tuki koski läheteiden voimassaoloaikaa, tiedon saamista tutkimusten jonotilanteesta ja rasti ruutuun -indikaatioita läheteisiin. Diagnostiikkafoorumin näkökulmasta relevantti toive oli läheteissä kouluttaminen.

*Lähetteen tekemiseen tärkein tapa on perinteisesti kouluttaminen. Se on tietysti hyvä asia, että Diagnostiikkakeskus on siinä aktivoitunut.*

## Tuki tuloksiin

Toinen tavallinen teema oli tuen saaminen tulosten tulkintaan. HUS Diagnostiikkakeskukselle esitetyissä toiveissa tämä tarkoitti hälytyksen saamista poikkeavista tuloksista, nykyistä enemmän lausuntoja harvinaisemmista tutkimuksista ja mahdollisuutta pyytää lisälausuntoja tai olla yhteydessä chatin tai muiden viestien kautta lausunnonantajaan.

## Tuki tutkimusten valintaan

HUS Diagnostiikkakeskukselta toivottiin tukea tutkimusten valintaan. Tueksi ehdotettiin tyyppipotilaita kokooma-artikkeleita suositeltavista tutkimuspaketeista eri tilanteisiin:

*Miksei voisi olla Tutkimusohjekirjassakin semmosia artikkeleita, et kohonneiden maksa-arvojen selvittely, niin siinä voisi olla, että tätä pakettia ja nämä arvot kertovat tätä, tätä ja tätä. Että tämän takia otetaan alat, kun se kertoo tästä ja tästä, ja asat kertoo tästä, ja tätä ei kannata ottaa, kun se ei tuo lisätietoa. Siellä voisi olla semmosia kokooma-artikkeleita sen diagnostiikan kannalta.*

Myös tyyppipotilaita erikoistutkimuksista ehdotettiin:

*En tiedä, pystyykö tekemään ”tyyppipotilaita” erikoistutkimuksissa, että mitä kannattaisi tehdä.*

## Yhteydenoton helppous

Aineiston perusteella tunnistetaan jo se, että HUS Diagnostiikkakeskuksen asiantuntijoiden numerot ovat saatavilla esimerkiksi Tutkimusohjekirjassa. Sil

*Tutkimusohjekirjassa on ne puhelinnumerot, mutta ehkä ne voisi olla josain vielä nopeamminkin esillä. Jos on jotkut konsultaationumerot, et kysy täältä, et ne tulis siihen aika alkuun ja etusivulle. Tavallaan niinku Diagnostiikkakeskuksen etusivulle. Ei pelkästään siellä tutkimusohjekirjassa. Et se olis ”tervetuloa, soita meille, kysy me vastaamme”.*

Myös yleisestä asiakaspalvelunumeroa ehdotettiin tueksi yhteydenottoon.

*Nykyisinhän mihinkään ei voi soittaa ja kenenkään numeroita ei ole missään. Sitä voisi olla, että olisi numero, joka olisi asiakaspalvelunumero, jossa osattaisiin sanoa ”tämä on kliinisen biologian tutkimus, tämä on kliinisen mikrobiologian tutkimus, sen kuuluu vastata siellä tai täällä”.*

### Tiedon löydettävyys Tutkimusohjekirjasta

Artikkeleiden löydettävyyteen Tutkimusohjekirjasta toivottiin helpotusta.

*Nekin vois olla, ettei tarttis klikata ohjeesta toiseen semmoista ihme polkua, ja sit et tiedä, missä oon. Et ne ois jotenkin selkeästi yhdessä kasassa ja vaikka yhtenä pötkönä koko roska, eikä erillisinä dokumentteina.*

### Potilasohjeet

Moni kertoi toisinaan kokevansa potilasohjeidan löytämisen hankalaksi. Niiden löydettävyyteen toivottiinkin apua HUS Diagnostiikkakeskukselta. Ratkaisuksi ehdotettiin esimerkiksi helppoa puustoa ja ponnahdusikkunaa lähetettä tehtäessä. Potilasohjeistukset ja niiden löytäminen eivät kuulu Diagnostiikkafoorumin piiriin.

#### 6.4 Odotukset Diagnostiikkafoorumille

Seuraavaksi käydään läpi havainnot kliinikoiden toiveista ja odotuksista Diagnostiikkafoorumille. Teemoiteltu yhteenveto on liitteessä 12.

##### 6.4.1 Koulutukset

Diagnostiikkafoorumin koulutukset saivat niihin osallistuneelta spontaaneja kehuja. Niin osallistumismahdollisuus verkon kautta, asiantuntijat kuin mahdollisuus palata koulutustallenteisiin jälkikäteen saivat kiitosta.

*Musta oli aika hyvä tämä syöpädiagnostiikkakoulutus, mitä kuuntelin. Se oli onnistuneesti rakennettu, ja siellä oli hyviä luentoja, ja sopivalla tasolla esitettiin niistä. Jäi konkreettisesti käteen, että miten toimitaan.*

*Se on hyvä, että koulutusmateriaalit ovat saatavilla jälkikäteenkin. Usein on niin, että vaikka kuinka paljon johonkin koulutukseen haluaisi, niin ehdi kuitenkin osallistua.*

Koulutukset herättivät eniten ajatuksia, kun klinikoilta kysyttiin toiveista ja odotuksista Diagnostiikkafoorumille. Seuraavaksi kuvataan toiveita koskevat havainnot koulutusten osalta.

### Viestintä ja markkinointi koulutuksista

Kuten aiemmin kliinikon ekosysteemin yhteydessä kerrottiin, Diagnostiikkafoorumin koulutuksilla on useita kilpailijoita. Tieto koulutuksista on tavoittanut jotkut vasta hiljattain, vaikka niitä on järjestetty jo useiden vuosien ajan. Tietoisuuden lisäämiseksi Diagnostiikkafoorumin koulutustarjonnasta siitä toivottiin enemmän viestintää ja markkinointia.

*Koulutustapahtumia on ollut jo vuosia. Mainonta on tavoittanut perusterveydenhuoltoa vasta viime aikoina. Siinä mielessä uudempi löydös, ja olen ollut positiivisesti yllättyneyt siitä tarjonnasta. Tarjontaa on joka paikkaan tosi paljon. [---] Voisi olla enemmänkin mainontaa ja markkinointia koulutuksista.*

Koulutuksia koskevan viestinnän tulisi kuvata niiden sisältöä mahdollisimman hyvin. Sisällön täsmällisen kuvaamisen mainittiin edesauttavan osallistujien löytymistä ja tukevan näin koulutusten toteutumista.

*Ja tietenkin miten koulutuksista viestitään ja miten hyvin viestit kuvaavat sisältöä, sitä paremmin tukee toteutumista.*

Koulutuksia koskevaan viestintään liittyen tulevien koulutusten päivämäärien ja kellonaikojen tulisi olla esillä hyvissä ajoin, mielellään puoli vuotta eteenpäin. Jos koulutusten tarkat ajankohdat kerrotaan vasta, kun työvuorolistat on jo suunniteltu, voi osallistujien löytäminen ja heidän osallistumisensa järjestäminen olla vaikeaa.

*Pitäisi olla tosi aikaisessa vaiheessa koulutukset siellä esillä. Jos ei muuta, niin varaavat vaikka päivän. Se päivä ja ajankohta on varattu. Se mikä aihe siihen tulee, niin silläkään ei oo minusta niin suurta väliä. Meilläkin pitää olla työohjelmat tehty kuus viikkoa etukäteen. Ei paljon auta, jos tulee kuusi viikkoa aiemmin joku ohjelma, että nyt meillä ois tällöinen koulutus, kun ne pitää olla jo kuutta viikkoa ennen sovittu, että ketkä menee koulutukseen. Seuraavan puolen vuoden koulutustarjonta ois mietittynä, päivät ja kellonajat.*

### Kohderyhmälähtöisyys

Odotus koulutusten kohderyhmälähtöisyydestä nousi esiin aineistosta eri tavoin. Ensinnä koulutusten odotetaan ottavan huomioon koulutukseen osallistuvien erilaiset tarpeet. Koulutuksia suunniteltaessa voitaisiin miettiä esimerkiksi sitä, missä vaiheessa urapolkua kohdeyleisö on. Nuorten lääkäreiden ja jo pitkään alalla toimivien tarpeet eivät erään kliinikon mukaan ole välttämättä samanlaisia:

*Kaikessa täytyy miettiä koulutettavan tarpeista nähden. Se on tosi haastavaa. Meilläkin on täällä töissä, kuten joka paikassa, hyvin eri vaiheissa olevia lääkäreitä. Se mikä on nuorelle lääkärille tarpeen, ei ehkä välttämättä minulle enää ole relevanttia. Tai päinvastoin.*

Toinen esitetty tapa huomioida kohderyhmä on lähestyä aihetta klinikon näkökulmasta. Koska kiire on kiinteä osa arkea, päätöksiä joudutaan tekemään nopeasti. Tarvitaan tiiviitä ohjeita tulosten tulkintaan ja sen miettimiseen, miten niiden perusteella tulisi toimia:

*Ehkä vielä klinikon näkökulma siihen, että kun sulla on minuutti aikaa asialle, niin mistä sä tiedät, mitä tälle pitää tehdä. Ettei lähdetä liikkeelle liian syvällisistä perusteista ja välttämättä sen syvemmälle akateemisista mielenkiintoa, vaan ihan lyhkäinen tiivistelmä, että mitä tästä voi saada ja miten voi omaa työtä auttaa.*

Kolmas kohderyhmälähtöisyyteen liittyvä toive koski koulutusten käytännöllisyyttä. Koulutusten odotetaan olevan kiinni klinikon työn arjessa ja sen käytännöissä. Niistä halutaan tietoa käytännön työssä hyödynnettäväksi.

*Mitä käytännönläheisempää meille tarjottava koulutus on, mitä enemmän meitä palvelevaa, sitä todennäköisemmin siihen tulee osallistujia.*

*Käytännönläheisyys ja käyttäjäläheisyys on terkkarilääkärille oleellista. Totta kai ei voi olla irrallinen historiasta ja tieteestä, mutta pääpaino siinä, miten me sitä omassa työssämme voidaan käyttää sitä luennon sisältöä. Se on ykkösjuuttu.*

Aineistosta noussut konkreettinen käytännönläheisyydestä ovat lyhyet koulutukselliset videot, joissa käydään läpi eri tutkimusten toteutus ja tulkinta. Paremman ymmärryksen tutkimusten toteutuksesta todettiin helpottavan paitsi tulosten tulkintaa myös tulosten avaamista potilaalle.

*Käytännönläheisiä voisi olla vaikka se, että näytettäisiin sydämen ultraäänitutkimuksesta jotenkin se, mitä ne eri jutut siellä ovat lyhyesti klippeinä; [---] Mitä tehdään ja miten siitä saadaan se vastaus, joka saadaan, jolloin tulkintakin on aika paljon helpompaa, kun potilaalle yrität selittää asiaa, niin se on hirveän paljon helpompi selittää. [---] Ihan sellainen ABC lyhyt, vaikka 10 minuutin video, jonka voisi tehdä.*

Vaikka käytännönläheisyyttä korostettiin, pidettiin hyvänä sisällyttää koulutuksiin myös teoreettista, josta siitäkkin voi olla apua käytännön työhön.



*Tarvitaan ihan teoreettista taustaakin, niitä ei enää välttämättä oppikirjoista löydä, että miksi tämä tekee tätä, että pystyy vähän itekin päättämään.*

### **Lyhyitä videoita selkeistä asiakokonaisuuksista**

Diagnostiikkafoorumin koulutusvideoilta toivottiin lyhyttä kestoja ja selkeää rajausta yhteen aiheeseen. Näin videoita tulee katsottua todennäköisemmin ja niistä on helppo hakea tarvittava tieto.

*Tk-työn arjen näkökulmasta mun mielestä tärkeintä on se, että kokonaisuudet ovat riittävän tiiviitä ja lyhkäisiä. Esimerkiksi videot ovat minuitin-kahden pituisia, korkeintaan viiden, johonkin tiettyyn asiaan keskittyviä klippejä, joista kun sulla on se case siinä, pystyy käydä hakemassa tarvittavan tiedon.*

*Siis todella tietoiskumaisia, jos haluaisi, että ihmiset muuten alkaisi katsomaan niitä.*

### **Syväskelluksia laajasta kulumasta**

Yleisluontoiseksi jäävät koulutusaiheet eivät välttämättä vastaa kliinikon tarpeisiin eivätkä tuo uutta oppia:

*Jos ne on lyhyitä, hyvin yleisluontoisia, niin voi olla, että siinä ei ehkä tule semmoista uutta. Riippuu toki aiheesta. Joku asia voi toki mennä syvemmällekin.*

Laajan lähestymiskulman koulutusaiheisiin korostettiin parhaimman kliinikkoa. Huomionarvoinen on myös maininta siitä, että aihetta lähestyttäisiin oireiden kautta.

*Tietysti terveyskeskuslääkäri ja yleislääkäri tykkää semmoisista koulutuksista, jotka on ”epämääräisten” asioiden koulutuksia: väsymyksen tutkimus, suonenvetoon liittyvät tutkimukset... Eli siis tällaisia äärimmäisen epämääräisiä, joista ajattelet ”mitä tautia siellä siis on”. [---] Epämääräisellä tarkoitan sitä, että se taklaa jotain ongelmaa monesta eri suunnasta. [---] Hyvin tällaiset laajat oireet, ovat tietyllä tavalla hyviä.*

*Näin yleislääkärinä isolla pensselillä on semmoiset, mistä kiinnostuu enemmän. Jos on kauhean kapea-alainen juttu, pitäisi olla joku potilas, joka jäänyt mietityttämään, ja tarviisin tästä lisää tietoa. Isommat aihekokonaisuudet on hyviä.*

### Moniammatillisuus

Aineiston mukaan hoitajilla on tärkeä rooli roadmapissa, kuten luvussa 6.2 esitettiin. Tämän vuoksi Diagnostiikkafoorumilta toivottiin koulutuksia myös hoitohenkilökunnalle. Samanlaisen sisällön arveltiin palvelevan hoitajien lisäksi nuoria terveyskeskuslääkäreitä.

*Näkisin, että hoitajille suunnattu koulutus olisi tärkeää. Toki se olisi pitkälti varmaan ihan samaa peruskoulutusta kuin meillä vasta tk-työn aloit-  
taville lääkäreille, kun tulee kesäkandeja tai muuta. Kurssi, mistä voisi  
aloittaa. Moniammatillistakin sisältöä.*

### Uutta tietoa

Koulutusten aiheilta odotetaan uutta tietoa tai tietoa diagnostiikan saralla tapahtuneista muutoksista:

*Täytyy olla riittävästi kiinni minun työarjessa, että olisi hyödyllistä. Ja  
täytyy tuoda riittävästi jotain uutta, jotain mitä en tiedä tai jotain mikä  
on muuttunut siitä, mitä olen aikaisemmin tiennyt.*

### Laboratoriokontrollit

Konkreettisenä koulutusten toiveaiheena esitettiin laboratoriitutkimusten toistamista koskeva näyttö. Aiheen arveltiin kiinnostavan monia ja tuovan myös apua käytännön työhön.

*Jos on jotain näyttöä siitä, kuinka usein jotain labrakoetta kannattaa  
kontrolloida tai tämän tyyppisiä asioita, niin se olisi varmaan kaikille tosi  
mielenkiintoista, että minkälaista näyttöä on jostain tiettyjen tutkimus-  
ten toistamisesta. Kuinka usein niitä olisi hyvä katsoa. Se toki aina riippuu  
potilaasta, mutta jos nyt lähtökohtaisesti ajatellaan, että ihminen on sta-  
biilissa vaiheessa, niin kuinka usein niitä labroja sitten lätkii menemään  
tai muuta sellaista.*

### Lääkärilehdistä poikkeavaa

Blogia esitettiin ikkunaksi HUS Diagnostiikkakeskuksen maailmaan. Tämä tehtäisi sellaisten diagnostiikkaa koskevien aiheiden kautta, joista muualta ei pääse lukemaan, kuten millaisia asioita alalla on pinnalla ja millaisia pohdintoja tutkimusten taustalla on.

*Musta se voisi olla ihan kiva, että se [blogi] nostais sellaista, mitä esimer-  
kiksi lääkäri-lehdissä ei välttämättä oo: diagnostiikan uusia virtauksia ja  
tuulia, mistä puhutaan ja mitä on mahdollisesti tulossa. [---] Jos nyt sano-  
taan, että tehdään jotain magneettitutkimuksia, että magneetilla*

*tutkitaan sitä tätä ja tuota, mutta olisi vähän sellaista ympyrää, että mitä on keskusteltu taustalla, että mistä on päätös tullut tähän.*

### **Kuunneltavia juttuja**

Blogin ohelle ehdotettiin kuunneltavia sisältöjä, joita voisi kuluttaa myös muualla kuin työpöydän ääressä.

*Toki voisi olla kuunneltavia juttuja, joita lenkillä ollessa voisi kuunnella tai työmatkoilla. Jonkun verran porukat meillä sitä harrastaa, matkat luurit korvilla.*

#### **6.4.2 Kirjasto**

Tässä luvussa esitellään aineistosta nousseet toiveet Diagnostiikkafoorumien kirjastolle.

#### **Relevantin sisällön löydettävyys**

Itselle relevantin sisällön löytämisen kirjastosta tulee olla vaivatonta. Kliinikot eivät pitäneet realistisena, että he kuuntelisivat tai availisivat sisältöjä kokeillakseen, palvelevatko ne heitä. Tämän vuoksi osa korosti, että sisällöt tulee nimetä siten, että otsikko kertoo keskeisen annin.

*Jotta tulisi avattua, pitäisi olla hyvin mietittynä, miten se on otsikoitu ja viestitty se, mitä saa videon katsomisesta. Että lähtisin kuuntelemaan, mitähän täältä tulee, ei kuulosta realistiselta.*

*Mutta jos se on videoita, niin kyllähän se nykyään on, että niiden pitää olla lyhyitä ja selkeitä asiakokonaisuuksia, että nimestä pystyy päättelemään, mitä tämä sisältää, onko tämä minulle relevantti vai ei.*

Myös hyvät hakutoiminnot mainittiin tärkeinä relevantin sisällön löydettävyydelle. Erään kliinikon mukaan on epätoivoista, jos jokaisen jutun joutuu klikkaamaan auki löytääkseen hake mansa tiedon.

*Kirjastoa ajatellen löydettävyys ja riittävän hyvät hakutoiminnot ja riittävän hyvin otsikoitu asiat edesauttaa.*

*Hakusanat, hakumootorit on hirveän tärkeitä. Kanta on ihan kökkö, koska siellä ei ole minkäänlaisia hakusanoja. Jokainen juttu on klikattava erikseen auki, ihan epätoivoinen.*

## Sisältö

### Tutkimusindikaatiot

Koontia tutkimusindikaatioista toivottiin kirjastoon. Ajantasaisten indikaatioiden löytyminen yhdestä paikasta on kullan arvoista tietoa.

*Just tämmöstä tutkimusohjekirjatyyppistä, erityisesti tutkimusten indikaatioasioita olisi tosi hyvä, jos ne olisi jossain koottuna ja ajan tasalla jatkuvasti päivitettyinä. Tietysti tutkimusindikaatioiden muutokseen liityen. Nehän on ihan kullan arvoista. Koulutustapahtumat ovat varmasti tärkeä niiden asioiden esilletuomisfoorumi.*

### Tutkimusohjekirjan asiat

Toisaalta samaan hengenvetoon haastateltava kyseenalaisti toisen tietopankin tarpeellisuutta Terveysportin rinnalle:

*Just noi Tutkimusohjekirjan asiat voisi olla kirjastossa. Terveysportti kyllä niin hyvin kattaa monenlaista, et vaikea ajatella sen lisäksi, että olisi joku muu tämmöinen tietopankki tai tietokirjasto.*

### Materiaalia kouluttajalääkäreille

Kirjaston tarjoamaan toivottiin kouluttajalääkäreitä palvelevaa materiaalia, joita he voisivat näyttää pitämässään koulutuksissa. Materiaaleja voisivat hyödyntää myös nuorempiaan kouluttavat klinikot.

*Jos ajatellaan, että siellä olisi jotain sellaisia PowerPoint-diasarjoja, joita kouluttajalääkärit voisivat vetää omissa ryhmissään. Jos vaikka kysytään munuaisten vajaatoiminnan labratutkimukset. Olisi joku valmis materiaali, jota me voitais hyödyntää, kun käydään näitä asioita läpi. [---] Niille olisi varmaan kyllä käyttöä. Sellaisia, mitä klinikot voivat myös käyttää, kun kouluttavat nuorempia.*

Myös tiivistykset koulutusvideoiden ydinkohdista palvelisivat perehdyttämisessä ja kouluttamisessa, kun videoiden katsomiselle ei ole aikaa:

*Jos on oleellisia ydinkohtia graafeina, kuvina, listoina - mitä ikinä se olisi - kaan - helposti löydettävissä, niin joo, kyllä.*

## Muut kehitystoiveet

### Erityisosaaminen esiin

Aineistosta nousi esiin toive saada kuva siitä, miten HUS Diagnostiikkakeskuksen asiantuntijat näkevät oman roolinsa suhteessa perusterveydenhuollon kliinikkoon. Pystyvätkö he ottamaan kantaa tulosten merkityksellisyyteen ja niistä syntyviin johtopäätöksiin?

*Mut ehkä sitä vois jostain nostaa esille, et mitä heidän erityisosaamisensa on ja mitä heidän näkemyksensä on, että mitä he voisivat tuoda suorassa kontaktissa perusterveydenhuollon kliinikkoon. Vai näkeeks he oman roolinsa vaan, että kliininen neurofysiologi käy vaan pistelemässä neuloja ihmiseen tai tekee jonkun rasisus-ekg:n ja lausuu siitä sit jotain - lausuu motorisesti sen tutkimuksen, mut ei pysty ottamaan mitään kantaa tutkimustulosten merkityksellisyyteen. [---] Tietysti ei heillä välttämättä ole siihen asiantuntemustakaan, mutta tulisi myös heidän näkökulmastaan se johtopäätöksen tekeminen, että mikä on heidän johtopäätöksensä näitten tutkimustulosten kannalta.*

### 6.4.3 Keskustelu

Tätä kehittämistyötä käynnistettäessä osaksi Diagnostiikkafoorumia oli harkinnassa kehittää lääkäreiden oma LinkedIn-tyylinen sovellus keskustelun ja konsultoinnin alustaksi. Aiheesta keskusteltiin kliinikoiden kanssa teemahaastattelussa. Kehittämistyön ollessa käynnissä ajatuksista kuitenkin luovuttiin. Myöskään tässä kehittämistyössä saatu palaute ei olisi puoltanut uuden sovelluksen kehittämistä. Koska aihe ei ole enää relevantti Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi, teemahaastatteluiden tuloksia ei pureta sovelluksen osalta tämän tarkemmin. Seuraavaksi käydään läpi muut Diagnostiikkafoorumin keskustelu-osa-alueelle esitetyt toiveet.

### Konsultaatiomahdollisuus

Osa klinikoista näki, että Diagnostiikkafoorumi voisi toimia konsultaatioalustana. Konsultaatio ehdotettiin toteutettavaksi joko keskustelufoorumilla tai chatin kautta. Lisäksi maalailtiin, että Diagnostiikkafoorumi voisi tarjota etäkonsultaatiomahdollisuuden Terveyskylän kautta. Reaaliaikainen tai akuuteissa asioissa konsultointi eivät kuitenkaan kuulu Diagnostiikkafoorumin konseptiin. Tästä johtuen chat- tai reaaliaikaista konsultointia ei otettu osaksi kliinikoiden toiveista ja odotuksista rakennettua prototyyppiä.

### Keskusteluaiheet

Tulosten tulkinta tuotiin esiin aineena, josta keskustelufoorumilla voisi olla kiinnostavaa ja hyödyllistä keskustella.

*Se mikä olisi ihan hyvä, olisi se tulosten tulkinta: onks tämä merkittävä tai miten tätä pystyisi muuten arvioimaan.*

Myös tutkimusten valitseminen erilaisiin oireisiin mainittiin aiheena, jostai voisi nousta kysymyksiä ja kiinnostusta keskustella.

*Esimerkiksi kysytään, kannattaako tämmöiseen vaivaan valita vaikka tämä ultraäänitutkimus tai tätä labraa. Kyllä uskon, että meidän porukalta nousisi kysymyksiä, mistä haluttaisiin kysyä ja käydä sitä keskustelua.*

#### 6.4.4 Käyttö vakiintuneiden palveluiden kautta

Moni korosti Diagnostiikkafoorumin integroimista olemassa oleviin, laajasti käytettyihin palveluihin. Joidenkin kohdalla integrointi voi olla edellytys sille, että Diagnostiikkafoorumia tulee käytettyä. Tavallisimmin nousi esiin integrointi Terveysporttiin tai Terveyskylään, joiden kerrottiin olevan päivittäisessä käytössä useimmilla klinikoilla. Myös Apotti mainittiin.

*Kyllä näkisin, että erillisen alustan tai foorumin käyttö jäisi vähäiselle. Kyllä täytyy olla integroituna niihin alustoihin, joita meillä on käytössä. Apottiin tai Terveysportin kautta esimerkiksi, että tulisi toimivammaksi.*

*Meillä on nyt Terveysportti, ja sitten tosiaan Terveysportti on varmasti jo jokaisen lääkärin ihan arkipäivässä jokainen hetki käytössä oleva työväline. Jos se jollain tavalla saatais sinne integroitua. Tai sitten toinen vaihtoehto on Terveyskylä, joka nyt on myöskin jonkun verran ihmisillä käytössä.*

Toinen esiin tullut tapa edistää erityisesti Diagnostiikkafoorumin kirjaston käyttöönottoa oli sen sisältöjen linkittäminen Terveysporttiin. Näin kirjaston annin arveltiin löytyvän ja tulevan käyttöön todennäköisemmin.

*Duodecimin Terveysporttiahan käytetään koko ajan. Jos sieltä olisi linkki tai jos siellä olisi kerrottu, että tämä löytyy sieltä, niin sitten sinne tulisi mentyä. Mutta että Diagnostiikkafoorumin kirjastoa selailisi sellaisenaan aikansa kuluksi, niin ei...kyllä siinä on aina joku kysymys, minkä takia sinne lähtee selaamaan.*

*Jos kirjastoon on linkki Terveysportista, niin se ehkä tulisi käyttöön. Jos omanaan jossain, minne pitää osata mennä, niin en usko, että löytäisi.*

Diagnostiikkafoorumin integrointiin johonkin olemassa olevaan palveluun liittyy myös toive siitä, ettei tarvitse kirjautua jälleen uuteen paikkaan.

*Jotenkin se löytyy sieltä, missä me muutenkin ollaan. Ettei ole taas joku oma portaali, jonne pitää kirjautua omilla tunnuksilla.*

## 6.5 Esteet Diagnostiikkafoorumin käytölle

Tässä luvussa käydään läpi esteet, jotka voivat tulla Diagnostiikkafoorumin käytön tielle. Yhteenveto esteistä löytyy liitteestä 13

### **Omien resurssien riittävyys**

Resurssien riittävyyden teema rakentuu kuormituksesta, johon kuuluvat ajanpuute ja kanava-ähky, sekä viitseliäisyydestä. Kliinikoilla on käytössään useita digitaalisia työkaluja ja alustoja niin potilastietojen tarkasteluun kuin viestintään, kuten jo klinikon ekosysteemin kuvauksessa (luku 6.1) tuotiin esiin. Omien resurssien riittävyys useiden eri kanavien seuraamiseen ja käyttämiseen voi olla este Diagnostiikkafoorumin käytölle.

*Tässä hommassa kun sitä tulee joka tuutista tietoa, viestintäreittejä ja -linkkejä ja -kanavia on kaikilla miljoona auki. Mullakin on 80 sähköpostia ja 9 Teams-keskustelua tossa vilkuttaa koko ajan. Niin se, että tässä nyt olisi vielä joku keskustelu, johon osallistuisi, niin ei ole realismia.*

Myös aikapula voi nostaa kynnystä hyödyntää Diagnostiikkafoorumin sisältöjä etenkin, jos niistä saatava hyöty ei ole selvä.

*Eletään kokoaikaisessa aikapulassa. Se on lähtökohta. Random-koulutusvideon kuuntelemiseen ei ole aikaa. Ellei joku ole sanonut, että tämä on tosi hyvä ja hyötyy. Ei muuten lähde aukaisemaan 45 minuutin videota. Kynnys on korkea.*

*Me eletään tällaisessa kroonisessa aikapulassa.*

Omien resurssien rajallisuus voi näkyä myös viitseliäisyytenä paneutua erilaisiin sisältöihin.

*En jaksaisi mitään 10 minuuttia katsoa videoita.*

*Vähän laiska taidan olla blogeihin. Hyvä kun saan ammattikirjallisuutta luettavaa, niin siihen se varmaan jää. Kyllä sen sitten tarviisi olla päivänpolttavaa asiaa.*

### **Tiedon saavutettavuus**

Tiedon saavutettavuuden teemaan kuuluva ensimmäinen este liittyy tiedon saatavuuteen. Tämä tarkoittaa, että tietoa joutuu hakemaan omasta palvelustaan eli jostain muualta kuin päivittäin käytössä olevista tiedonhakupalveluista.

*Kyl mä olen ollut ihan tyytyväinen Diagnostiikkakeskuksen tuottamaan sisältöön. Siinä on vaan se saatavuus sitten. Pitäis olla integroituna jo näihin käytössä oleviin tiedonhakupalveluihin.*

*Jos kirjastoon on linkki Terveysportista, niin se ehkä tulisi käyttöön. Jos omanaan jossain, minne pitää osata mennä, niin en usko, että löytäisi.*

Toinen tiedon saavutettavuuden teemaan kuuluva este liittyy viestimiseen. Jos otsikointi ei kuvaa sisältöä, ne jäävät helposti lukematta.

*Jos on huonosti otsikoitu, niin jää lukematta.*

### **Sisällöstä ei hyötyä**

Yhdeksi esteeksi lukemiselle tai kuuntelemiselle mainittiin se, että hyöty sisällöstä jää vähäiseksi.

*Jos vaikka puolen tunnin setistä vain neljäsosa tai viidesosa on sellaista, mikä on hyödyttää mua, se jää lukematta ja kuuntelematta. Tai sitten sen pitää olla tosi tärkeä juttu.*

*Mä olen hirveän huono seuraamaan erilaisia blogeja. Toiset seuraavat niitä aktiivisesti. Lääkäriliiton kauttahan on sellainen kysy kollegalta - palsta. Se on tosi suosittu. Kyllä tämmöisiä on. En tykkää niin suppeasta.*

### **Tietolähteiden runsaus**

Kliinikoille on tarjolla useita lähteitä, joista he hakevat tietoa työhönsä. Tiedonhaun pirstaloitumista jälleen uuteen paikkaan pidettiin hankalana.

*On vähän hankalaa, jos tää on taas joku uusi paikka, mistä sitä tietoo hakee. [---] Kolme eri paikkaa alkaa olla jo liikaa, et sitten muistais siinä arkipäivässä hakea joka paikasta. Ja kyllähän monen eri näköisiä muitakin tietolähteitä, mitä jatkuvasti meille suositellaan.*

*Se on yksi perusterveydenhuollon lääkärin ongelma, että kun sitä tietoa on tällä hetkellä hirveän paljon joka tuutissa.*

Terveysportti mainittiin usein tärkeänä, ellei tärkeimpänä, tietolähteenä. Terveysporttia kuvailtiin kattavaksi, ja sitä pidettiin ykkösenä tutkimuksia koskevan tiedon lähteenä. Terveysportin merkityksestä kertoo myös se, että erästä klinikkoa mietitytti, mitä Diagnostiikkafoorumin kirjasto voisi tuoda lisää suhteessa siihen.



*Saattaisi palvella ohjeiden hakemisessa tai koodin tarkistamisessa. Terveysportti on se, jota käyttää. Siellä on ne tutkimukset, se on se ykkönen kuitenkin.*

*Kun on tuo Terveysportti, niin en tiedä, mitä lisää siihen vois olla [kirjastossa].*

### **Muu koulutustarjonta**

Kuten ekosysteemiä tarkasteltaessa tuli esiin, klinikoille suunnattuja koulutuksia tarjoaa usea taho (luku 6.1). Koska aika on rajallista ja valintaa on tehtävä, voi runsas tarjonta olla este Diagnostiikkafoorumien koulutuksiin osallistumiselle. Erään klinikon mukaan jo koulutusten seulominen on vaikeaa.

*Koulutuksen suhteen terveystieteiden lääkärit elävät maailmassa, jossa kaikki alat ovat meidän aloja. Koulutuksia on tarjolla hirveästi, ja mahdollisuuksia käyttää aikaa niihin on rajallisesti.*

*Mutta ongelma meilläkin on se, että erilaisia koulutustallenteita tai vaikka Oppiportinkin kursseja on niin paljon, että eihän niitä ehdi millään. Se seulominenkin on niin vaikeaa, että seuloisi sieltä ne, mitä haluaisi jossain vaiheessa tehdä.*

Yksi klinikko totesi suosivansa Lääkäripäiviä tai muita ulkoisia koulutustapahtumia yleisluontoisissa, ei suoraan omaa Terveysasemaa koskevissa koulutuksissa.

*Me ehkä kuitenkin priorisoidaan mieluummin Lääkäripäiviä tai tällöisiä ulkoisia koulutustapahtumia, joissa sitä tulee. Harvemmin sitä tulee samoista yleisluonnollista luentoja katsottua työajalla.*

### **Ei tarvetta keskustelulle foorumilla**

Monen reaktio oli, ettei keskustelulle foorumilla ole tarvetta. Kollegoiden välinen keskustelu käydään muilla foorumeilla. Jos keskustelufoorumilla on tarjolla diagnostiikan asiantuntija-osaamista, sille nähtiin kuitenkin paikkansa.

*Koulutuksen aikana voi keskustella niistä ja pikkusen sen jälkeen. Ehkä sille, että sen jälkeen käytäisiin, niin sille ehkä näe niin paljon tarvetta.*

*Kollegakeskustelut on enemmän muualla. Tietysti jos olisi jotain ainutlaatuisia asiantuntijuutta saatavilla harvinaisiin asioihin, niin mikäs ettei.*

Yhden klinikon ensireaktio oli, että tarpeelliset kysymykset voi kysyä koulutuksen aikana, eikä tulisi osallistuttua keskusteluun koulutusten jälkeen. Toisaalta mahdollisuus esittää kysymyksiä luennoitsijalle jälkikäteen vaikutti hyvältä. Tämä kuitenkin vaatii, että luennoitsija on myöhemmin paikalla vastaamassa kysymyksiin.

*Vaikea sanoa, ei ehkä itte [tulisi osallistuttua keskusteluun koulutusten jälkeen]. Kyl sitä ehkä sitten jo koulutuksen aikana tulee kysytyä ne kysymykset, mitä mieleen tulee. Jossain tilanteessa, jos jää jotenkin mietittämään se aihe ja tuleekin vaikka vielä myöhemmin joku kysymys mieleen, niin voishan se olla kiva, että olis joku paikka, mistä voisi vielä vaikka seuraavana päivänä kysyä luennoitsijoilta, että mites tällöinen tai tommoinen juttu. Miks ei.*

Myös toinen klinikko näki perusterveydenhuollon klinikoiden välisen keskustelua foorumilla sellaisena, johon hän ei todennäköisesti osallistuisi. Ajatusta keskustelufoorumista sinänsä hän piti houkuttelevana mutta korosti sen vaativan HUS Diagnostiikkakeskuksen asiantuntijan osallistumista.

*Sinänsä se että jos perusterveydenhuollon klinikot lähtisivät tuolla, niin siitä ei varmaan... Kyllä se vaatii Diagnostiikkakeskuksen asiantuntijan kertomaan. [---] Tavallaan olisi kutkuttava ajatus se, että meillä olisi suora firman tarjoama yhteys, eikä se, että se on joku epävirallinen, jossa sitten käydään epämääräisesti keskustelua. Vaan tää olisi aidosti meidän ala, alue.*

Jos keskustelu siis jää yleiselle tasolle, ei sen nähty palvelevan klinikon työtä. Lisäksi vastauksia tarvitaan yleensä akuutisti, kun ongelma on käsillä.

*Jos on ihan randomisti tiedossa, että nyt keskustellaan, niin tuskin. Tapauskohteisesti jos mulla on joku aktueelli ongelma, johon tarviin en enskuussa vaan nyt sitä apua, niin voi olla, että ei ehkä tulisi osallistuttua semmoiseen yleiseen keskusteluun.*

Eräs haastateltava pohti, että tarve osallistua keskusteluun riippuu lääkärin alasta. Riviterveyskeskuslääkärille keskusteluun osallistuminen ei tuntunut kuuluvan työn ytimeen ja olevan priorisoitava asia.

*Riippuu myös siitä, millä alalla lääkäri työskentelee, että miten paljon tarvitsisi tämän alueen keskustelufoorumia. Ehkä terkkarilääkärille se ei ole ihan sitä ydintä, vaikka toki on tärkeä osa meidän työtä. [---] Se, että riviterveyskeskuslääkäri lähtisi keskustelemaan tuollaisella foorumilla, en*

*näe sitä meidän työn ytimenä tai mihin ehkä priorisoitaisiin ajankäyttö-  
ämme.*

### **Organisaation rajoitteet**

Jos Diagnostiikkafoorumi olisi oma mobiilisovelluksensa, sen käytön voisi estää organisaatioon liittyvät rajoitteet. Ei ole varmaa, kuinka paljon organisaatiopuhelimiin saa sovelluksia ladata, tai ainakin sitä varten pitäisi tehdä sopimus.

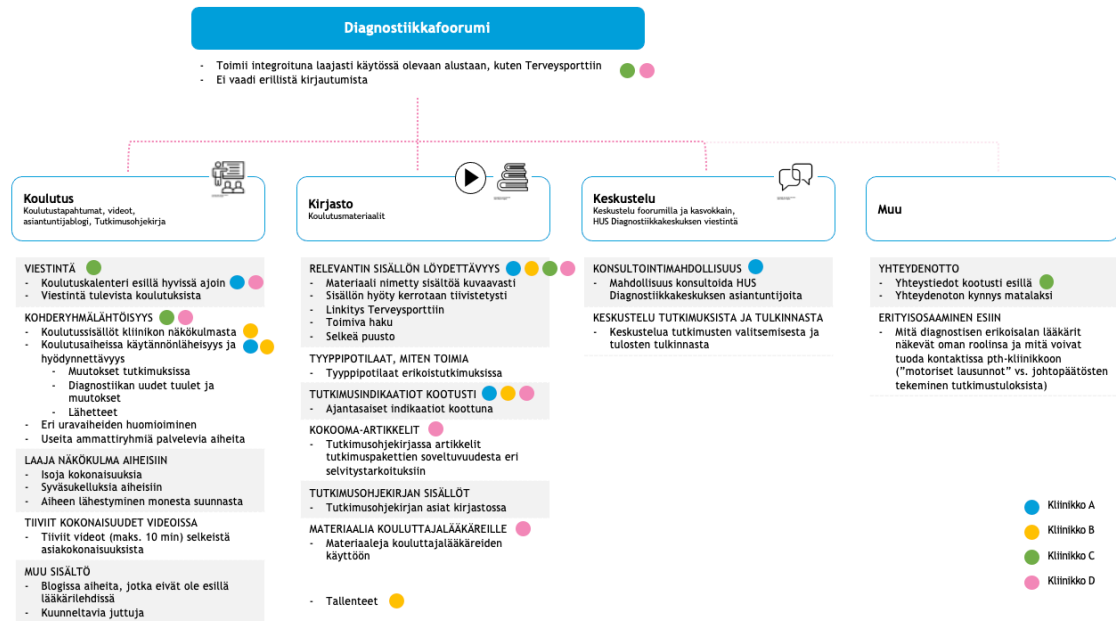
*Perusterveydenhuollossa meillä on jonkun verran käytössä älypuhelimia. Ongelma on, kun ne on organisaation puhelimia, niin minkä verran niihin saa mitään appeja lisättyä. Pitäisi organisaation kanssa tehdä sopimus appien käytöstä, että se olisi oikeasti ladattuna lääkäreiden puhelimille.*

### **6.6 Kehitystoiveiden priorisointi ja roadmapin validointi**

Jäsennellyn ja analysoidun haastatteluaineiston pohjalta luotiin prototyyppi, johon koottiin aineistosta nousseet toiveet ja odotukset. Mukaan otettiin vain sellaiset, joihin voitaisiin ajatella olevan mahdollista vastata Diagnostiikkafoorumin konseptin puitteissa. Lisäksi asiakaspolku päivitettiin eri toimijoiden näkökulmat yhdistäväksi roadmapiksi. Sekä prototyyppi että roadmap validoitiin haastattelemalla klinikoita. Tässä luvussa käydään läpi haastatteluiden keskeiset havainnot ensin prototyypin ja sitten roadmapin osalta.

#### **Prototyyppi**

Haastattelut aloitettiin esittelemällä aineistosta nousseet kehittämistoiveet kokoava prototyyppi. Tämän jälkeen haastateltavat saivat äänestää viisi toivetta, joihin he halusivat kiinnitettävän huomiota Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä. Äänestys antoi kuvan klinikoiden tärkeimpinä pitämistä asioista. Annetut äännet on koottu osaksi prototyyppiä kuvioon 16, alku-peräiset äännet on kerätty liitteeseen 14.



Kuvio 16: Kliinikoiden kehitystoiveille antamat äänet

Äänestys nosti selvästi esiin viisi tärkeintä kehitystoivetta. Eniten ääniä sai kohderyhmälähtöisyys ja siihen liittyvät ideat (5 ääntä) ja toiseksi eniten relevantin sisällön löydettävyys (4 ääntä). Jaetulla kolmannella sijalla annetuissa äänissä (3 ääntä) ovat koulutusten viestintään liittyvät toiveet ja tutkimusindikaatioiden koonti. Diagnostiikkafoorumin integraatiota Terveysporttiin tai muuhun yleisesti käytettyyn palveluun äänesti kaksi haastateltavaa. Kaksi muuta, jotka eivät suoraan äänestäneet integraatiota, kertoivat kuitenkin pitävänsä sitä erittäin tärkeänä. Yhden äänen saivat kokooma-artikkelit, materiaalit kouluttajalääkäreiden käyttöön, konsultaatiomahdollisuus keskustelufoorumilla ja yhteydenottoon liittyen yhteystietojen kokoaminen yhteen paikkaan helposti löydettäväksi. Yksi kliinikko mainitsi vielä erikseen tallenteet, jotka ovatkin kirjaston perussisältöä. Seuraavaksi käydään läpi perusteluja äänestetyille toiveille sekä niitä koskevia täydentäviä toiveita.

### Kohderyhmälähtöisyys

*Se, että ne on suunniteltu oikein sille kohderyhmälle.*

Koulutusten kohderyhmälähtöisyys ei monipolvisia perusteluita kaivannut. Niiden tulee yksioikaisesti vastata kohderyhmän tarpeisiin. Haastateltavia pyydettiin vielä tarkentamaan, onko kliinikon kannalta koulutusaiheita parempi lähestyä oireiden vai menetelmien kautta. Oirelähentöinen lähestyminen nousi ykköseksi:

*Itse sanoisin, että oireiden kautta, koska kliinikon näkövinkelistä oireiden kanssa se potilas tulee vastaanotolle.*

### Relevantin sisällön löydettävyys

Kaikki haastateltavat äänestivät relevantin sisällön löydettävyyden tärkeäksi kehitysteemaksi. Ratkaisuksi nousi jo teemahaastatteluista tuttu sisällön kuvaava viestiminen. Tämä vaikuttaisi olevan keskeinen tekijä sille, että materiaaleja tulee avattua.

*Et se on riittävän lyhyt ja siinä heti alussa kerrotaan ”tämä kestää kolme minuuttia, siinä käydään läpi tämä asia”. Riittäisi motivoimaan siihen, et ”okei, mulla on nyt aikaa tämä kolme minuuttia kattoo tää juttu”. Versus että se on 10 minuuttia ja siinä ei kerrota, mistä siinä puhutaan. Ni mä en kyl kattois.*

Toinen esitetty ratkaisu löydettävyyden helpottamiseen oli mahdollisuus hakea Diagnostiikkafoorumin sisältöjä Terveysportin hakutoiminnolla.

*Integrointi sinne [Terveysporttiin] ja sieltä löytyis ikään kuin samoilla hakusanoilla näitä asioita samalla kun löytyy muutakin. Se olis ehdottomasti kaikkein paras. Ja toihan liittyy sitten sisällön löydettävyyteen kiinteästi.*

### Viestintä koulutuksista

Korona-aikana työvuorosunnittelua on tehty normaalia lyhyemmällä aikajänteellä. Normaaliin sykliin palattaessa suunnittelua tehdään kolme kuukautta eteenpäin. Kliinikot olivat yksimielisiä siitä, että koulutuskalenterin tulisi olla tiedossa kuusi kuukautta etukäteen. Näin koulutukset pystytään huomioimaan työvuorosunnittelussa ja mahdollisimman monella on mahdollisuus osallistua niihin.

*Optimaalista olis, et koulutuskalenteri olis vähintään puoli vuotta aikaisemmin. Mutta ihan ihan minimi on kolme kuukautta. Ja siinäkin osa jo rajautuu pois.*

Koulutusten ajankohtien ilmoittamista hyvissä ajoin perusteltiin myös oman toimipaikan koulutussuunnittelulla. Kun Diagnostiikkafoorumin koulutusten päivämäärät ja aiheet tiedetään hyvissä ajoin, ne voidaan ottaa huomioon toimipaikan koulutuskalenterissa.

*Vaikka meillä on vakituiset koulutusajat, niin sitten näitten ottaminen huomioon helpottaa hirveästi, jos tietää, että on tulossa joku kiva, niin ei tarvii meille ottaa sitä.*

Avuksi koulutuksia koskevaan viestintään ehdotettiin vuosikelloa, josta ajankohdat ja aiheet olisivat löydettävissä helposti kerralla.

*Mut vielä se, et se löytyis helposti kertasilmäyksellä se koulutustarjonta. Mitä on luvassa ens syksyksi tai mitä on luvassa ens vuodeksi. Tai jos on joku säännöllinen vuosikello.*

Eräs klinikko pohti, mitä kautta koulutuksia koskeva viestintä tavoittaa parhaiten. Sähköpostiin viestit häviävät helposti. Parempana kanavana hän piti koulutusvastaavia, joiden kanssa HUS Diagnostiikkakeskus tekeekin yhteistyötä. Duodecimin koulutuskalenteri nousi esiin paikana, josta tietoa koulutuksista haetaan keskistetysti.

*Sähköposti tietenkkin joo, mutta se hukkuu, kyllä. Osalla hukkuu enemmän ja osalla hukkuu vähemmän. Sitten tietenkkin kunnilla ja terveyskeskuksilla monilla on koulutusvastaavia. Sieltä kautta tulevat koulutusviestit saattaa tavoittaa paremmin, jostain ulkopuolisesta tulevat koulutusviestit. Ehkä. En mä kyllä parempaakaan keksi. Tietenkkin pitäisi myöskin olla esillä esimerkiksi Duodecimin koulutuskalenterissa. Siellä mistä keskistetysti etsitään koulutuksia, niin ne pitäis olla siellä.*

Koulutusten järjestäjän odotetaan tekevän pohdinnan siitä, kenelle koulutus parhaiten soveltuu, ja viestivän sen koulutuskuvausten yhteydessä. Haasteena ei niinkään pidetty sitä, koulutukset olisivat liian vaikeita vaan enemmänkin sitä, että pitkän kliinisen kokemuksen taustalla perusasioista ei välttämättä ole suurta hyötyä. Toisaalta kokeneemmillekin ajateltiin sopivan perustiedon päivittäminen muutoksista.

*Järjestävän tahon puolesta olisi mietitty se. Otsikoinnillahan toki voisi laittaa. Se voi olla perusasioita ja voi ajatella, että enemmän ehkä tuoreille lääkäreille, sairaanhoitajille, tai jos on pitkään ollut vaikka pois terveyskeskustyöstä ja palaa sinne. Tai sitten missä mennään, ajantasaiset kuulumiset. Se olis musta ihan hyvä, et se siellä olis.*

Kohderyhmän viestimistä perusteltiin myös sillä, että se auttaa suunnittelemaan omaa ajankäyttöä.

*Monesti kun on vaikka monta koulutusaihetta samana iltapäivänä, niin ne olis hyvin avattu, että vois halutessaan kattoa, että minun on järkevää osallistua vaan tossa kello 14-16 välillä. Et ne aiheet on silleen mietittyjä, että olis helppo valita, mikä minulle on tärkeätä.*

### **Tutkimusindikaatioiden koonti ja kokooma-artikkelit**

Eräs haastateltava näki tutkimusindikaatiot ja kokooma-artikkelit samankaltaisena asiana. Molempia näkökulmia pidettiin hyödyllisenä.

*Tutkimusindikaatiot, kokooma-artikkelit. Mä nään ne, että ne on vähän samaa asiaa. Että mitkä on tässä tutkimuksessa järkeviä perusteluja tehdä tämä tutkimus. Tai sitten kenelle potilaalle tilataan mikäkin tutkimus. Noi on kyllä hyviä, et molemmista näkövinkkeleistä löytyisi semmonen.*

Tutkimusindikaatioiden koonti nostettiin tärkeäksi, jotta ne löytyvät päivitettyinä yhdestä paikasta. Toisaalta HUSLABin ohjekirjan kerrottiin tarjoavan tiedon jo nyt hyvin, eikä saman tiedon tarjoamista useasta paikasta pidetty järkevänä. Oleellista on, että tieto on helppo ottaa käyttöön.

*Noi on aika hyvin tällä hetkellä jo siellä HUSLABin ohjekirjassa esimerkiksi. HUSLAB on ääreist hyvä, kun sitä vaan osaa käyttää. Enemmän siinä se, että se tulisi vielä näkyvämmäksi ja löytyisi helpommin ne tiedot. [---] Yksi ylläpidettävä paikka, jonne tietoja sitten päivitetään. Ei sitä, että niitä on monessa eri paikassa ja sitten mietitään, mikä nyt on tuorein ohje.*

#### **Diagnostiikkafoorumin integraatio**

Diagnostiikkafoorumin integrointia perusteltiin sillä, että hyvätkin materiaalit jäävät helposti käyttämättä, jos ne eivät löydy paikasta, joka on jo kiinteä osa arkea.

*Se uhka, mikä näissä usein on ja mikä usein valitettavasti myös toteutuu, että tehdään loistavaa materiaalia, jota kukaan ei löydä. Se on valitettavaa. [---] Silloin jos on hyväkin materiaalia, mutta jossain semmoisessa paikassa, mikä ei ole sun nenän alla jatkuvasti, vaan se vaatis erikseen sinne menemistä ja kirjautumista ja näin, niin se jää käyttämättä. Sen takia integrointi Terveysporttiin.*

#### **Materiaalit kouluttajalääkäreiden käyttöön**

Kouluttajalääkäreille suunnattuja materiaaleja äänesti yksi haastateltava. Hän ehdotti lyhyitä videoita ja valmiita diasarjoja omalla terveysasemalla järjestettävissä koulutuksissa hyödynnettäväksi. Diagnostiikkafoorumin alla tuotettujen materiaalien etuna nousi esiin se, että niissä ei lääketeollisuuden tarjoaman sisällön tapaan ole lääkeainemarkkinointia.

*Tällä hetkellä lääketeollisuus näitä aika hyvin tekee, mut kun lääketeollisuudessa on aina mukana se lääkeainemarkkinointi, miten heidän inha-laattori on hirveen hyvä.*

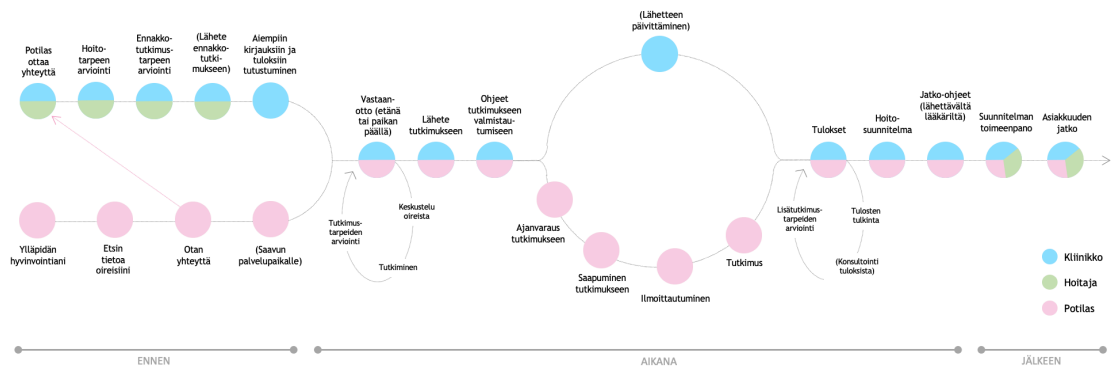
## Yhteystietojen kokoaminen

Yhteystietojen kokoaminen yhteen paikkaan luonnollisesti tekee niiden löytämisen helpomaksi. Kehittämistoiveen äänestämistä perusteltiin myös sillä, että helposti tarjolla olevat yhteystiedot madaltavat yhteydenottamisen kynnyksiä.

*Toki sitten aina kun tulee kysyttävää, olisi noi yhteydenottotiedot sillä tavalla esillä, et ne olis helppo löytää ja sit tulee automaattisesti myös se, että se yhteydenoton kynnyks mataloituu, jos ne on ikään kuin tarjolla.*

## Roadmap

Roadmapia validoivien haastatteluiden perusteella roadmapiin tehtiin enää pieniä muutoksia. Haastatteluiden perusteella viimeistelty roadmap on kuviossa 17.



Kuvio 17: Viimeistelty roadmap

Roadmapissa eriväriset pallot kuvaavat eri toimijoiden matkaa. Hoitohenkilökunnalla voi olla kuvattuakin isompi rooli roadmapissa. Aineiston perusteella hoitajien roolin ja itsenäisen toteutuksen laajuus kuitenkin vaihtelee toimipaikoittain ja tapauskohtaisesti. Tämän vuoksi päätettiin, ettei hoitohenkilökunnan roolia korosteta roadmapissa enempää.

### 6.7 Työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille

Kehittämistyön päätteeksi pidettiin työpaja Diagnostiikkafoorumin kehitystiimille. Työpajassa käytiin läpi aineistosta nousseet sekä kliinikoiden priorisoimat kehitystoiveet. Tämän jälkeen kehitystiimille esiteltiin alustavat kehitysehdotukset. Työpajassa käydyssä keskustelussa keskityttiin kehitysehdotusten toteuttamiskelpoisuuteen ja jatkojalostamiseen. Kehitysehdotusten jatkoideoinnissa käytettiin apuna kuvion 18 mukaisia pohjia.



## Viestintä koulutuksista

| Kliinikoiden toiveet  | HUS Diagnostiikkakeskus  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Kouluskaletteri esillä hyvissä ajoin; optimaalisesti 6 kuukautta etukäteen päivämäärä ja aihe vähintään otsikkotasolla</li> <li>Koulutusten vuosikello</li> <li>Koulutukset esillä Duodecimin koulutuskaletterissa</li> <li>(Markkinointi)viestintä tulevista koulutuksista</li> <li>Koulutusten kuvauksista on pääteltävissä, kenelle sopii (perusasiaa, kokeneemmille jne.)</li> </ul> | <p>Mitä teemme?</p> <p>Vuosikello kiinnostava</p> <p>Koulutusten ajankohdat esim. kuukauden ensimmäisellä viikolla, aina sama ajankohta</p> <p>Perusasiat pikaisesti katsottavana lyhyinä tietoisuina, joista viestiminen kouluttajalääkäreiden kautta</p> <p>Osasta aiheita back to basics, osasta "vaikeeta ja syvällistä" kokeneille</p> <p>Väillä haastavia aiheita "panta kiristää", pitää viestiä webinaarin koulutuksen yhteydessä (tähtiluokitus?)</p> <p>Otsikkojen muokkaaminen siten, että vaikeustaso pääteltävissä koulutuksen nimestä</p> <p>Joistain aiheista perustietoa, joistain syvällistä tietoa; pidemmän webinaarin sisällä 1–2 aihetta, jotka menevät syvemmälle</p> <p>Nopeasti ja helposti omaksuttavaa tietojen päivittämistä vs. "muistiinpanot mukaan"</p> |

Kuvio 18: Esimerkki ideoinnista

Työpajakeskustelu täsmensi käsitystä siitä, millaiset kehitystoiveet ovat toteuttamiskelpoisia Diagnostiikkafoorumissa. Se myös tuotti ideoita huomioitavaksi lopullisten kehitysehdotusten muotoilussa. Käydyn keskustelun kehitysideakohtaiset ajatukset on tiivistetty taulukkoon 1. Palvelun ylläpitäjän osallistamisen tavoite kehittämissivun vaiheessa onkin varmistaa, että palvelu vastaa tavoiteltavaa kokemusta (Design Council 2019).

| Kehitysehdotus   | Mitä teemme?  |
|--|---|
| Viestintä koulutuksista  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vuosikello kiinnostava ajatus</li> <li>Koulutusten ajankohdat aina sama (esim. kuukauden ensimmäinen viikko)</li> <li>Vaikeustaso pääteltävissä nimestä</li> <li>Duodecimin koulutuskaletteri ei toteutettavissa</li> </ul>  |
| Diagnostiikkafoorumissa roolin kirkastaminen ja tunnettuuden kasvattaminen | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kovan luokan asiantuntemusta matalalla kynnyksellä</li> <li>Asiakastapaamiset ja kouluttajalääkäreiden kontaktointi</li> <li>Kliinikoiden kutsuminen postituslistalle</li> <li>Aiempien koulutusten nostaminen Diagnostiikkafoorumi.fi:ssä</li> <li>Kaikkien esitysten brändääminen</li> </ul>                   |
| Kohderyhmälähtöisyys koulutuksissa   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tietoisuus perusasioista</li> <li>Osasta aiheita perusasiaa, osasta "vaikeaa ja syvällistä"</li> <li>Nopeasti ja helposti omaksuttavaa vs. "aikaa ja muistiinpanot mukaan"</li> <li>Halua perehtyä syvällisesti ohjaa enemmän oma kiinnostus kuin kokemus</li> <li>Moniammatillisuus ei ajankohtaista</li> </ul> |
| Löydettävyyden varmistaminen   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Integrointi toteutettavissa</li> <li>Kehitetään linkityksiä, otsikoita, ingressejä ja hashtagien käyttöä</li> <li>Haku ei toteutettavissa Terveystieteen kautta</li> </ul>   |
| Tutkimusindikaatioiden koonti ja kokooma-artikkelit                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ei rakenneta päällekkäistä</li> <li>Kehitetään Tutkimusohjekirjan linkityksiä ja avainsanahakuja</li> </ul>  |

Taulukko 1: Kehitysehdotusten herättämät ajatukset tiivistetysti

## 7 Kehitysehdotukset

Kliinikot toivat teemahaastatteluissa esiin useita odotuksia, joihin he toivoisivat Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä tartuttavan. Aineiston analyysin ja kliinikoiden toisella haastattelukierroksella priorisoimien kehitystoiveiden perusteella kiteytettiin viisi kehitysehdotusta:

- löydettävyyden varmistaminen
- viestintä koulutuksista
- koulutusten kohderyhmälähtöisyys
- tutkimusindikaatioiden koonti
- Diagnostiikkafoorumin roolin kirkastaminen ja tunnettuuden kasvattaminen.

Alustavat kehitysehdotukset käytiin läpi ja niitä jatkojalostettiin Diagnostiikkafoorumin kehitystiimin kanssa. Tämän kehittämistyön lopulliset keskeiset kehitysehdotukset käydään läpi seuraavaksi.

### **Saavutettavuuden varmistaminen**

Jotta Diagnostiikkafoorumi tulisi otettua käyttöön, sen tulisi olla integroituna johonkin laajasti käytettyyn palveluun. Näin kliinikot löytäisivät Diagnostiikkafoorumille todennäköisemmin. Terveysporttia pidettiin yleisesti parhaana vaihtoehtona. Jos Diagnostiikkafoorumi toimii vain itsenäisenä palvelunaan, johon pääsee vain salasanan kautta, riskinä tuotiin esiin, että hieno tieto jää hyödyntämättä. Työpajakeskustelussa tuotiin esiin, että integraatio on mahdollista toteuttaa.

Löydettävyyden varmistaminen liittyy myös Diagnostiikkafoorumilla julkaistaviin materiaaleihin. Halua tai mahdollisuuksia käyttää paljon aikaa relevantin tiedon etsimiseen ei ole. Kliinikot toivoivat, että materiaali nimetään sisältöä kuvaavasti, sisällön hyöty videoiden yhteydessä kerrotaan tiivistetysti esimerkiksi ingressillä, palvelussa on toimiva haku ja selkeä puusto. Toiveena esitettiin myös, että Diagnostiikkafoorumin sisällöt nousisivat Terveysportin hakutuloksiin, mitä ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa. Sen sijaan löydettävyyttä voidaan parantaa linkittämällä sisältöjä Terveysporttiin sekä kehittämällä sisältöjen ”tägäyksiä” ja sisältöä kuvaavia ingressejä ja otsikoiteja.

### **Kohderyhmälähtöisyys koulutuksissa**

Koulutusten kohderyhmälähtöisyys nousi kliinikoiden priorisoimana toiseksi tärkeimmistä kehitystoiveista. Aineiston perusteella erityisen tärkeää on, että koulutussisällöt on mietitty ja aiheita lähestytään kliinikon näkökulmasta. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lähestymiskulma koulutusaiheisiin on oirelähtöinen tai että aiheita lähestytään ennemmin laajasta kuin hyvin rajatusta kulmasta. Tärkeää on myös puhua kliinikon kieltä viestin

perillemenon varmistamiseksi. Kliinikot odottavat myös saavansa koulutuksista käytännön hyötyä työhönsä. Teoreettiselle ja historiaa avaavalle taustoittamiselle on paikkansa, mutta pääpaino on hyvä säilyttää käytännönläheisyydessä.

Aineistosta kävi ilmi, että samanlaiset koulutukset eivät aina palvele urapolkunsu alussa olevia ja jo pitkän kliinisen uran tehneitä. Huolena ei ole niinkään se, että koulutukset olisivat liian vaikeita vaan se, että perustieto ei välttämättä palvele kokeneempia perusasioissa tapahtuneita muutoksia ja päivityksiä lukuun ottamatta. Koulutuksia suunniteltaessa voitaisiinkin miettiä, millaiset aiheet ja millä tasolla palvelisi urapolun eri vaiheissa olevia klinikoita. Toisaalta työpajakeskustelussa tullut huomio on hyvä pitää mielessä: klinikon halu sukeltaa syvälle kimurantteihin aiheisiin ei riipu vain hänen kokemuksensa määrästä vaan myös ambiotiasostaan.

Diagnostiikkafoorumin toivottiin palvelevan useita ammattiryhmiä, liikkuvan kohti moniammatillisuutta. Tämä onkin ollut kehitystiimissä pohdinnassa, mutta ainakin toistaiseksi Diagnostiikkafoorumin sisällöllä keskitytään palvelemaan klinikoita. Tulevaisuutta ajatellen toive kannattaa kuitenkin pitää mielessä. Jos lääkäreille tuotettavia, myös hoitohenkilökunnalle soveltuvia koulutuksia pystytään avaamaan valikoidusti myös muiden käyttöön, lienee se harkittamisen arvoista.

### **Viestintä koulutuksista**

Koulutusten päivämäärien tulisi olla esillä vähintään puoli vuotta etukäteen. Kliinikot olivat yksimielisiä ajankohtien julkaisua koskevassa toiveessaan. Aiheesta otsikkotasoa katsottiin riittäväksi. Kouluttajalääkäreiden kautta tulevan tiedon ja sähköpostiviestinnän lisäksi Diagnostiikkafoorumin koulutusten ajankohdista toivottiin tietoa Duodecimin koulutuskalenteriin, josta tiedon tulevasta koulutustapahtumista saa keskitetysti. Työpajakeskustelussa tuli kuitenkin esiin, että tämä ei ole tällä hetkellä toteutettavissa oleva toive. Sen sijaan Diagnostiikkafoorumilla voisi olla esillä koulutusten vuosikello, josta tulevat ajankohdat ja aiheet käytävät ilmi.

Koulutusten kuvauksissa tai otsikon yhteydessä voitaisiin viestiä, ketä koulutus parhaiten palvelee. Kliinikoiden mukaan jaottelu voisi olla esimerkiksi ”perusasiaa” tai ”kokeneemmille klinikoille”. Työpajakeskustelussa toivetta jalostettiin siten, että otsikoinneissa voitaisiin viestiä koulutuksen vaikeustaso: onko aihe esimerkiksi ”vaikeaa ja syvällistä” vai ”nopeasti ja helposti omaksuttavaa perustietoa”. Jos tällaista koulutuksen tason kuvausta päädytään kehittämään, olisi hyvä testata joukolla klinikoita, millainen tapa toimii parhaiten, ettei siitä synny tunnetta ihmisten jaottelusta tai koulutuksen sisällön laadusta.

## Diagnostiikkafoorumin erottautuminen ja tunnettuuden kasvattaminen

Diagnostiikkafoorumin tunnettuuden kasvattamista koskeva kehitysehdotus pohjautuu laajemmin aineistoa koskeviin havaintoihin. Aineistoa analysoitaessa tuli näkyväksi, että klinikon ajasta kilpailevia koulutuksia ja tietoa tarjoavia tahoja on monia. Lisäksi muutamat kertoivat löytäneensä Diagnostiikkafoorumin vasta hiljattain ja yksi ei ollut kuullut siitä aiemmin. Moni ei ollut varma, oliko mennyt koulutus juuri Diagnostiikkafoorumin järjestämä. Palvelun veto-voima ja uskottavuus ovat osa käyttäjäkokemusta (Sinkkonen ym. 2009, 226). Tästä johtuen kehittämisehdotukseksi on nostettu Diagnostiikkafoorumin erottautuminen ja tunnettuuden kasvattaminen klinikoiden keskuudessa.

Diagnostiikkafoorumin profiloituu kovan luokan asiantuntemusta tarjoavana koulutuskonseptina. Osallistumiskynnys koulutuksiin on matala, ja tarjolla oleva tieto helposti omaksuttavaa. Olisikin hyvä korostaa Diagnostiikkafoorumin käytännön hyötyä klinikoille: koulutukset ja Diagnostiikkafoorumi.fi-palvelussa olevat sisällöt antavat aidosti työkaluja työhön.

Diagnostiikkafoorumin eduksi voidaan lukea se, että se on julkisesti rahoitettu, puolueeton konsepti. Sen nimissä pidettäviin koulutuksiin tai julkaistaviin materiaaleihin ei ole painetta sisällyttää kaupallista markkinointia, joka joitakin saattaa vierastuttaa. Miten tätä voitaisiin hyödyntää osana Diagnostiikkafoorumin erottautumista?

Työpajassa syntyi ajatus Diagnostiikkafoorumiä markkinoivista puheenvuoroista koulutuksissa. Niissä voitaisiin tuoda esiin, millaista tietoa Diagnostiikkafoorumi.fi-palvelusta löytyy ja miten. Tässäkin yhteydessä olisi hyvä korostaa konkreettisia hyötyjä. Voisivatko Diagnostiikkafoorumin koulutuksissa esiintyvät asiantuntijat päättää puheenvuoronsa muistuttamalla, että esityksen anti on saatavilla Diagnostiikkafoorumi.fi:stä?

Asiakastapaamisilla on jo nyt tärkeä rooli Diagnostiikkafoorumin tunnettuuden rakentamisessa, ja kouluttajalääkäreiden lähestymistä on aloitettu. Näitä onkin hyvä vahvistaa. Erityisesti kouluttajalääkäreitä pidettiin aineiston perusteella tärkeänä kanavana koulutusten markkinoinnissa. Suora yhteys klinikoihin on toistaiseksi sähköpostilistan varassa. HUS Diagnostiikkakeskus voisi miettiä, miten suoraa yhteyttä voitaisiin vahvistaa. Miten Diagnostiikkafoorumi voisi näkyä niissä fyysisissä ja digitaalisissa ympäristöissä, joissa klinikot jo ennestään ovat?

## 8 Pohdinta

Tämän kehittämistyön taustalla on halu selvittää, miten HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämän Diagnostiikkafoorumin käyttäjäkokemusta voitaisiin kehittää perusterveydenhuollon klinikon tarpeiden pohjalta. Työssä keskityttiin ymmärtämään klinikoiden arkea

perusterveydenhuollon kontekstissa ja selvittämään heidän tarpeitaan ja odotuksiaan Diagnostiikkafoorumille. Lisäksi validoitiin HUS Diagnostiikkakeskuksen aiemmin luoma asiakaspolku. Kehittämistyössä seurattiin palvelumuotoilun prosessia. Kehittämistyön tuloksena muodostuivat kuva klinikon maailmasta sekä toiveista ja odotuksista Diagnostiikkafoorumia kohtaan. Toiveisiin vastaamiseksi syntyi ehdotuksia Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi käyttäjälähtöisesti. Lisäksi asiakaspolusta luotiin eri toimijoiden näkökulmat kokoava roadmap.

Tämän luvun aluksi tarkastellaan kehittämistyön prosessia. Tämän jälkeen käsitellään kehittämistyön oppeja ja peilataan niitä tietopohjaan. Luvun lopuksi esitellään ehdotukset jatkotutkimusaiheiksi.

### 8.1 Kehittämistyön prosessi

Tässä kehittämistyössä seurattiin palvelumuotoilun Double Diamond -prosessia. Valittu lähestymistapa palveli työtä hyvin. Prosessi toi Diagnostiikkafoorumin käyttäjät eli klinikot palvelumuotoiluprosessin mukaisesti kehittämistyön keskiöön. Lisäksi prosessin myötä saatiin syvempää ymmärrystä, jota lähdettiin hakemaan. Opinnäytetyön tekijälle palvelumuotoilun periaatteiden hyödyntäminen tutkimuksessa konkretisoi laajemman ymmärryksen keräämisen merkityksen, eli miksi tiedonkeruussa on tärkeää syventyä aiheeseen laajemmin kuin vain kehitettävän palvelun kautta. Jos haastatteluissa keskustelu olisi rajattu vain Diagnostiikkafoorumiin, ymmärrys taustoista ja osa kehittämistoiveista olisivat jääneet pimentoon.

Tässä kehittämistyössä aineisto kerättiin haastattelemalla Diagnostiikkafoorumin kohderyhmää eli perusterveydenhuollon klinikoita. Useampien tiedonkeruumenetelmien käyttö olisi parantanut tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 233) ja auttanut pääsemään syvemmälle klinikoiden maailmaan ja kiinni heidän tarpeisiinsa. Toisaalta haastatteluidenkin avulla voidaan kerätä syvällistä tietoa (Ojasalo ym. 2014, 106). Kehittämistyötä aloitettaessa suunnitelmissa oli järjestää työpaja, jossa olisi käytetty Coco Cosmos -yhteiskehittämispeliä juuri tähän tarkoitukseen. Myös osallistujien välinen vuorovaikutus olisi voinut tuoda uusia pohdintoja aiheeseen. Työpaja jäi kuitenkin toteuttamatta, koska siihen ei saatu osallistujia. Yksipuolisesta tiedonkeruun menetelmien käyttöä paikkaa se, että klinikoita haastateltiin kahdella kierroksella. Toisella kierroksella keskityttiin validoimaan kehitystoiveet kokoavaa prototyyppiä ja roadmapia. Aineistonkeruussa oli onnistuttu saamaan esiin oikeita asioita, sillä eräs toiselle haastattelukierrokselle osallistunut klinikko totesi kaikkien prototyyppiin nostettujen asioiden olevan tärkeitä:

*Kaikki nää on hyviä aiheita ja tärkeitä aiheita.*

Tutkimuksen pätevyyttä parantavat Diagnostiikkafoorumin kehittämistiimin kanssa pidetyt tapaamiset. Tapaamisilla varmistettiin työn oikea suunta ja hyödy Diagnostiikkafoorumin kehittämiselle. Erityisen tärkeäksi yhteistyö osoittautui prototyyppiä luotaessa. Oli

kehittämisehdotusten kannalta oleellista, että validoivissa haastatteluissa äänestettiin asioista, jotka kuuluvat Diagnostiikkafoorumin konseptin alle. Ilman läpikäyntiä mukaan olisi tulleet toiveita, jotka eivät ole konseptille relevantteja, ja näin kehittämisehdotukset olisivat voineet mennä väärään suuntaan.

Kehittämistyötä käynnistettäessä oli tiedossa, että kyseessä on haasteellinen kohderyhmä. Haastateltavien saaminen osoittautui kuitenkin odotettuakin vaikeammaksi. Haastateltavia pyrittiin rekrytoimaan HUS Diagnostiikkafoorumin omista rekistereistä ja suorien henkilökohtaisten kontaktien kautta, Lääketieteen kandidaattiseuran tiedotuspostin välityksellä sekä lähestymällä potentiaalisia haastateltavia henkilökohtaisella viestillä LinkedInissä. Voidaankin sanoa, että yhdessä toimeksiantajan kanssa ”käännettiin kaikki kivet” haastateltavien löytämiseksi. Kaikista yrityksistä huolimatta otoskoko jäi pieneksi, kun teemahaastatteluihin saatiin vain seitsemän klinikkoo. Heistä ”rivikliinikoita” oli kaksi. Muut viisi ovat kehittämis- ja koulutuslääkärin roolissa, minkä vuoksi he tekevät vähemmän potilastyötä. Rivilääkärin näkökulma jäi siis kapeaksi, ja sitä olisi hyvä syventää HUS Diagnostiikkakeskuksen toimesta. Kaikilla haastatelluilla henkilöillä on kuitenkin kokemusta klinikon työstä, eli kerätyn tiedon voidaan katsoa kuvaavan tutkimuksen aihetta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Tämän lisäksi heillä on kuvaa nuorien lääkäreiden tarpeista, sillä he toimivat ohjaajina nuorille lääkäreille. Osa pohtikin vastauksiaan myös urapolkunsu alkuvaiheensa olevien näkökulmasta.

Tutkimuksessa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaista yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Kehittämistyön käynnistyessä toimeksiantajan kanssa tehtiin toimeksiantosopimus. Sekä teemahaastatteluihin että kehittä-vaiheen haastatteluihin osallistuneille kerrottiin työn ja haastattelun tarkoituksesta, haastatteluiden tallentamisesta ja aineiston käsittelystä. Teemahaastatteluihin osallistuneille lähetettiin kysymykset etukäteen. Kerättyä aineistoa säilytettiin salasanaanalla suojatussa palvelussa, johon on päästy vain opinnäytetyön tekijällä. Aineisto hävitettiin työn valmistuttua. Aineistosta häivytettiin haastateltavien tunnistetiedot. Haastateltavat eivät siis ole tunnistettavissa aineistosta tai raporttiin otetuista suorista lainauksista. Aineisto analysoitiin tilanteeseen sopivalla tarkkuudella, ja analyysissa syntyneet yhteenvedot ovat raportin liitteenä. Työn eteneminen ja käytetyt menetelmät on avattu sekä tiedon keräämisen että analysoinnin osalta. Tutkimuksen puutteet on kerrottu avoimesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.)

## 8.2 Kehittämistyön opit

*”Selkeätä ja perusteellista työtä.”*

*”Paljon hyötyä. Tukee sitä, mitä on mietitty.”*

Laadulliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan aineistoa kertyi paljon. Ymmärrys ei rajoittunut Diagnostiikkafoorumiin, vaan sitä kertyi laajemmin klinikon työarjesta ja -ympäristöstä.

Laadullisen tutkimuksen pyrkiikin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti ja syvällisesti. (Ojasalo ym. 2014, 105; Tuulaniemi 2011, 142.) Tämä auttoi ymmärtämään kliinikoiden Diagnostiikkafoorumille esittämien toiveiden taustoja.

Kehittämistyön tuloksena syntyi konkreettisia ehdotuksia Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi. Tältä osin työn tarkoitus täyttyi, sillä tutkimuksellisen kehittämistyö pyrkii tuottamaan ideoita ja ratkaisuja käytännön ongelmiin (Ojasalo ym. 2014, 18). Pienestä otoskoosta huolimatta tulokset ovat linjassa tietopohjassa käytetyn kirjallisuuden ja toimeksiantajan aiempien pohdintojen kanssa. Niiden voidaan siis katsoa antavan suuntaa siitä, millaisia asioita kliinikot arvostavat digitaalisten palveluiden kehittämisessä. Seuraavaksi kuvataan kehittämistyön keskeiset opit.

### **Diagnostiikkafoorumi voi vastata osaan kipupisteistä**

Kliinikon ekosysteemin tarkastelu osoitti, että työn tueksi on tarjolla monia tietolähteitä. Niiden lisäksi kliinikot käyttävät päivittäin useita potilastyössä tarvittavia tietojärjestelmiä ja viestinnän välineitä. Tietojärjestelmien (yhteen)toimivuus aiheuttaa päänsäivää, ja useat käynnissä olevat Teams-keskustelut ja kertyvät sähköpostit kuormittavat. Aikaisemmassa tutkimuksessa useiden järjestelmien päivittäisen käytön ja moniin järjestelmiin vaaditun kirjautumisen onkin havaittu aiheuttavan stressiä lääkäreille (Heponiemi ym. 2019). Tätä havaintoa vasten peilattaessa on helppo ymmärtää, miksi kliinikot eivät toivo uusia (kirjautumista vaativia) alustoja, joista hakea tietoa.

Tarkasteltaessa kliinikon työn haasteita roadmapin (kuvio 19) kautta, keskeiset aineistosta nousseet kipupisteet voidaan yhdistää lähetteiden tekemisen, potilaan tutkimukseen ohjeistamisen ja tulosten tulkinnan vaiheisiin. Olennainen kysymys haasteita ja kipupisteitä tarkasteltaessa on, onko Diagnostiikkafoorumin mahdollista tuoda apua niihin. Aineiston ja kehittämissä tiimin kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta voidaan sanoa, että monet esiin tulleista kipupisteistä eivät ole ratkaistavissa Diagnostiikkafoorumin konseptin puitteissa. Tällaisia ovat luonnollisesti tietoteknologian toimivuuteen ja käytänteisiin liittyvät sekä potilasohjeisiin ja niiden löytymiseen liittyvät haasteet. Joukossa on kuitenkin myös sellaisia teemoja, joissa Diagnostiikkafoorumi voi tukea. Sen puitteissa on mahdollista tarjota koulutusta lähetteen tekemiseen liittyvissä kysymyksissä, kuten tutkimusten valinnassa ja tutkimuksiin tulleissa muutoksissa, sekä tulosten tulkintaan ja ymmärtämiseen liittyvissä aiheissa.

Aineistosta nousi esiin myös muutama suoraan HUS Diagnostiikkakeskusta koskevaa kipupistettä. Yksi niistä koskee yhteydenottoa asiantuntijoihin. Vaikka yhteydetiedot ovat saatavilla, osa koki niiden löytämisen vaikeaksi ja osa ei ollut varma, voiko niihin soittaa, kun tarvitsee konsultaatioapua. Toinen yhteydenottamiseen liittyvä asia koski yhteydenoton kynnystä, joka saattaa joillekin olla korkea. Ilmassa oli tunnetta siitä, että asian pitää olla todella painavaa, jotta viitsii soittaa. Toinen esiin tullut haaste koski tiedon löytämistä Tutkimusohjekirjasta.

Hyvää asiaa on paljon, mutta sitä ei ole aina helppo löytää tai etsijä eksyy artikkeleiden syvyyksiin.

### **Toiveet ja odotukset kiteytyvät Diagnostiikkafoorumin äärelle löytämiseen**

Kehittämistyön aineistosta nousi useita toiveita ja odotuksia huomioon otavaksi Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä. Toiset enemmän ja toiset vähemmän relevantteja konseptin näkökulmasta. Vaikka kaikki ei olisikaan toteutettavissa lyhyellä aikajänteellä, oli kuitenkin hyvä ymmärtää laajemmin, millaisia asioita konseptilta haluttaisiin. Lisäksi ne voivat toimia ajatuksenruokana kehittämiselle pidemmällä tähtäimellä.

Monet toiveista tiivistyivät siihen, että kliinikot löytävät Diagnostiikkafoorumin äärelle. Yksi keskeisimmistä oli Diagnostiikkafoorumin saavutettavuuden varmistaminen. Jos Diagnostiikkafoorumi toimii omana kirjautumista vaativana ”saarekkeenaan”, pelkona on, että sitä ei oteta osaksi omaa palveluvalikoimaa, vaikka tarjolla oleva sisältö olisi hyvin tuotettua ja hyödyllistä. Näin myös Diagnostiikkafoorumin arvo sen käyttäjille jää syntymättä. Saavutettavuuden puute on myös kirjallisuuden mukaan yksi tunnistetuista esteistä digitaalisten palveluiden käytölle (Saariluoma ym. 2010, 47-48). Ratkaisuksi nousi Diagnostiikkafoorumin integroiminen johonkin niistä palveluista, joita kliinikot jo valmiiksi käyttävät päivittäin. Aineiston perusteella suosituin olisi Terveysportti. Näin Diagnostiikkafoorumi sulautuisi asiakaskeskeisen logiikan periaatteiden mukaisesti osaksi käyttäjien ympäristöä, eikä päinvastoin (Heinonen & Strandvik 2015, 475-480).

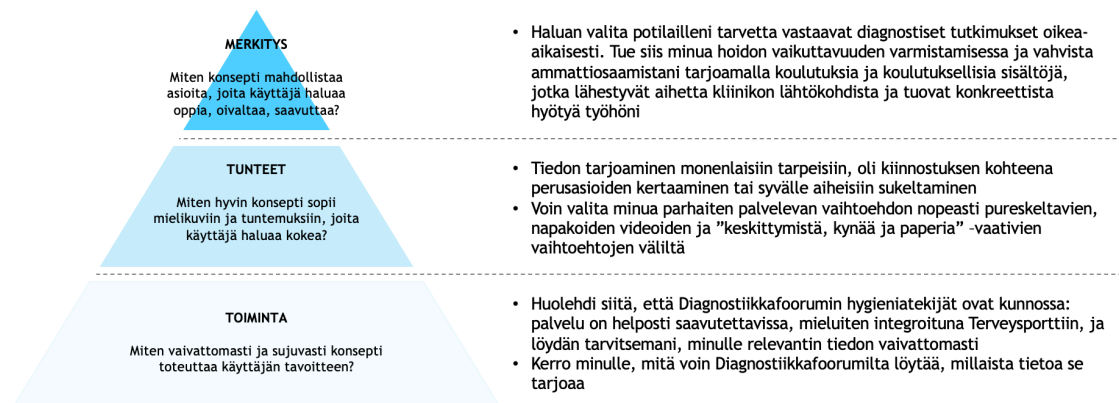
Kehittämistyön aikana tuli hyvin selväksi, että kliinikot työskentelevät ”kroonisessa aikapulaassa”. Sinkkosen ym. (2009, 225) mukaan kokemukseen vaikuttavat käyttöolosuhteet, kliinikoiden kontekstissa siis ainainen kiire. Aikaa etsiä tietoa ja materiaalia tai katsoa videoita ja tallenteita on vähän. Itselle relevanttien sisältöjen tulee löytyä nopeasti. Gerdt ja Eskelinen (2018, 57) toteavat, että nykyään digitaalisten palveluiden käyttäjät haluavat asioiden tapahtuvan heti. Aineistosta nousikin toive sisältöjen löydettävyydestä. Tämä ei tarkoita vain sitä, että kliinikot löytävät tiedon äärelle, vaan myös sitä, että Diagnostiikkafoorumin kirjastoon kootusta materiaalista löytyy nopeasti tarvittava. Avuksi tähän toivottiin sisällön keskeisen annin tiivistämistä otsikoissa ja lyhyitä ingressimäisiä tiivistyksiä. Käytettävissä olevan ajan rajallisuus heijastui myös siihen, että julkaistavien videoiden toivottiin olevan tiiviitä ja rakentua selkeistä asiakokonaisuuksista.

### **Diagnostiikkafoorumilla on avaimet rakentaa merkityksellisiä kohtaamisia**

Diagnostiikkafoorumin koulutukset palvelevat jo nyt hyvin kohdeyleisöään. Moni kiitteli niitä spontaanisti. Diagnostiikkafoorumia pidettiin tervetulleena konseptina. Aineiston analyysin, priorisoinnin ja Diagnostiikkafoorumin kehittämistiimin kanssa pidetyn työpajan kautta tämän kehittämistyön tuotoksena syntyi neljä ehdotusta Diagnostiikkafoorumin kehittämiseksi.



Kehittämisehdotusten sijoittuminen asiakaskokemuksen rakentamisen viitekehukseen esitetään kuviossa 19. Pyramidin alimmalla tasolla ovat palvelun hygieniatekijät. Tämän opinnäytetyön kehittämisehdotuksissa se tarkoittaa Diagnostiikkafoorumin vaivatonta saavutettavuutta ja tiedon löytymistä. Lisäksi se on viestintää siitä, millaista tietoa ja sisältöjä Diagnostiikkafoorumi tarjoaa. Pyramidin toisella tasolla ovat välittömät tuntemukset ja kokemukset. Kehittämisehdotuksissa se erilaisten tietotarpeiden palvelemista oli kyse perusasioiden kertaamisesta tai aiheisiin syvälle sukeltamiseen. Keskeistä on tunne siitä, klinikko saa käyttöönsä vahvaa asiantuntemusta, johon voi luottaa. Pyramidin ylimmällä tasolla on kokemuksen merkityksellisyys. Kun Diagnostiikkafoorumi pystyy vahvistamaan klinikkoiden ammatillista osaamista ja tukemaan heitä potilastyön vaikuttavuudessa, se onnistuu luomaan merkityksellisiä kokemuksia. (Tuulaniemi 2011, 74-75.)



Kuvio 19: Kehittämisehdotukset asiakaskokemuksen viitekehyksessä (mukaillen Tuulaniemi 2011, 75)

Jotta palvelu pääsee osaksi käyttäjän maailmaa, ekosysteemiä, sille tulee löytyä mielekäs funktio (Saariluoma 2010, 42). Käyttökelpoisuuden varmistaminen tarkoittaa, että palvelu kykenee auttamaan käyttäjää tavoitteidensa saavuttamisessa (Nielsen 1993, 24). Tarjoamalla aiheita klinikon näkökulmasta käytännönläheisesti Diagnostiikkafoorumi voi palvella klinikon ammattiosaamisen vahvistamista ja työ käytännön hyötyä työhön. Kun palvelu koetaan merkitykselliseksi, sen pariin palataan todennäköisemmin. Tästä syystä Diagnostiikkafoorumiä kehitettäessä ja myös siitä viestittäessä on hyvä vahvistaa sitä, mitä se klinikolle antaa.

### Roadmap toi esiin klinikon näkökulman

HUS Diagnostiikkakeskuksessa asiakaspolkua on perinteisesti tarkasteltu potilaan silmin. Tässä kehittämistyössä haluttiin saada kuva siitä, mitä matkan aikana tapahtuu klinikon näkökulmasta. Koska kirjallisuuden mukaan asiakaspolku kuvaa etenemistä yhden toimijan kannalta (Stickdorn ym. 2018, 46), polusta luotiin eri toimijoiden näkökulmia yhdistävä roadmap (kuviokuva 17).

Alkuperäisessä polussa oli paljon oikeita asioita. Siitä kuitenkin puuttui klinikon näkökulma erityisesti polun alkupäästä. Klinikon matkan täydentäminen ennen vastaanottoa tapahtuvien asioiden osalta oli keskeisimpiä tehtyjä muutoksia. Tämä auttaa tuomaan klinikon näkökulman kehittämisen keskiöön aiempaa laajemmin.

Aineistosta nousi esiin, että hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli roadmapissa. Tämän vuoksi myös heidän roolinsa haluttiin kuvata. Hoitohenkilökunta olisi voitu ottaa isompaankin rooliin, mutta näin ei tehty, sillä fokus haluttiin säilyttää potilaiden lisäksi klinikoissa, jotka ovat sekä Diagnostiikkafoorumin että tämän kehittämistyön ensisijainen kohderyhmä.

### 8.3 Jatkotutkimus- ja kehitysaiheet

Alustavissa kehitysehdotuksissa oli mukana ajatus tutkimusindikaatioiden kokoamisesta yhteen paikkaan Diagnostiikkafoorumin alle. Sitä pidettiin myös yhtenä priorisoitavista asioista. Toisaalta äänestyksen yhteydessä nousi esiin, että HUSLABin ohjekirja kokoaa indikaatiot jo nyt hyvin. Ei olisi järkevää rakentaa Diagnostiikkafoorumin alle päällekkäistä, samaa tietoa tarjoavaa palvelua. Se voisi aiheuttaa kysymyksiä ja sekaannusta siitä, mikä tieto on ajantasaista. Työpajakeskustelussa kävi ilmi, että Tutkimusohjekirjan mahdollisessa uudistuksessa tiedon löydettävyyttä voitaisiin parantaa. Jos uudistamista lähdetään toteuttamaan, HUS Diagnostiikkakeskus voisi selvittää ja suunnitella yhdessä palvelun käyttäjien kanssa, millainen systeemi olisi toimivin ja helppokäyttöisin.

Tämän kehittämistyön tutkimusosioon ei saatu osallistujiksi uransa alkutaipaleella olevia lääkäreitä. Haastatteluissa kuitenkin tuli esiin, että nuoren lääkärin koulutukselliset tarpeet voivat olla erilaisia kuin kokeneemman klinikon. HUS Diagnostiikkakeskus voisi selvittää, millaisia tarpeita ja haasteita nuorilla lääkäreillä on, ja millaisia koulutuksia ja muita sisältöjä se voisi tarjota erityisesti heidän tarpeisiinsa.

Tutkimusosiossa haastatelluista klinikoista enemmistöllä on vastuullaan muiden kouluttamista ja ohjaamista. Haastatteluissa kävi ilmi, että osa hyödyntää jo nyt Diagnostiikkafoorumilla tarjolla olevia videoita osana itse järjestämiään koulutuksia ja osa voisi ajatella tekevänsä niin. Aineistosta nousi esiin, että myös toisenlaiset sisällöt, kuten valmiit PowerPoint-pohjat voisivat olla hyödyksi. HUS Diagnostiikkakeskus voisi selvittää tarkemmin, millaista materiaalia ja mistä aiheista se voisi tuottaa kouluttajalääkäreiden työn tueksi.

## Lähteet

### Painetut

- Arussy, L. 2010. Customer Experience Strategy. The Complete Guide from Innovation to Execution. Rochelle Park: Strativity Group Media Company.
- Brown, T. 2008. Design Thinking. Harvard Business Review, 6/2008, 85-92.
- Brown, T. 2009. Change by Design. New York: Harper Collins Publishers.
- Filenius, M. 2015. Digitaalinen asiakaskokemus. Menesty monikanavaisessa liiketoiminnassa. Jyväskylä: Docendo.
- Gjellebæk, C., Svensson, A., Bjørkquist, C., Fladeby, N. & Grundén, K. 2020. Management challenges for future digitalisation of healthcare services. Futures Volume 124 (2020).
- Grönroos, C. 2011. Value co-creation in service logic: A critical analysis. Marketing Theory, 2011-9, vol. 11 (3), 279-301.
- Grönroos, C. 2017. On Value and Value Creation in Service: A Management Perspective. Journal of Creating Value, vol. 3 (2), 125-141.
- Hassi, L. & Laakso, M. 2011. Making sense of design thinking. In Karjalainen, T-M., Koria, M. & Salimäki, M. (eds.): IDBM papers vol. 1, 50-63.
- Heinonen, K. & Strandvik, T. 2015. Customer-dominant logic: foundations and implications. Journal of Services Marketing, vol. 29 (6/7), 472-484.
- Heinonen, K., Strandvik, T. & Mickelsson, K-J. 2010. Customer-dominant logic of service. Journal of Service Management, 21/4, 531-548.
- Heinonen, K., Strandvik, T. & Voima, P. 2013. Customer dominant value formation in service. European Business Review, 25/2013, 104-123.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hämäläinen, V., Maula, H. & Suominen, K. 2016. Digiajan strategia. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Ilmarinen, V. & Koskela, K. 2015. Digitalisaatio. Yritysjohdon käsikirja. Helsinki: Talentum.

- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Klaus, P. 2015. *Measuring Customer Experience : How to Develop and Execute the Most Profitable Customer Experience Strategies*. London: Palgrave Macmillan.
- Kolko, J. 2015. Design Thinking Comes of Age. *Harvard Business Review*. 9/2015, 66-71.
- Lehtonen, K. & Lehti, P. 2015. Muotoilu innovaatiotoiminnassa. Teoksessa Miettinen S. (toim.) *Muotoiluajattelu*. Helsinki: Teknologiateollisuus, 20-29.
- Lemon, K.N. & Verhoef, P. C. 2016. Understanding Customer Experience Throughout the Customer Journey. *Journal of Marketing*, 11/2016, 69-96.
- Löytänä, J. & Korkiakoski, K. 2014. *Asiakkaan aikakausi. Rohkeus + rakkaus = raha*. Helsinki: Talentum Media.
- Löytänä, J. & Korteso, K. 2011. *Asiakaskokemus - Palvelubisneksestä kokemusbisnekseen*. Helsinki: Talentum.
- Mattelmäki, T. & Vaajakallio, K. 2011. Yhteissuunnittelu ja palveluiden ideointi. Teoksessa Miettinen S. (toim.) *Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 76-103.
- Miettinen, S. 2015. Nyt on muotoiluajattelun aika. Teoksessa Miettinen S. (toim.) *Muotoiluajattelu*. Helsinki: Teknologiateollisuus, 10-17.
- Miettinen, S. 2011. *Palvelumuotoilu - yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistamista*. Teoksessa Miettinen S. (toim.) *Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 20-41.
- Moritz, S. 2005. *Service Design. Practical access to an evolving field*. Köln: Köln International School of Design.
- Männistö, J. 2020. *The Journey. How to create the happiest customers in the world?*
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. *Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. 3. painos. Sanoma Pro.
- Pine, B. J. & Gilmore, J. H. 1998. Welcome to the Experience Economy. *Harvard Business Review*, Vol 76 issue 4, 97-105.

Polaine, A., Løvlie, L. & Reason, B. 2013. *Service Design: From Insight to Implementation*. New York: Rosenfeld Media, LLC.

Ravelin, A., Laukka, E., Heponiemi, T., Kaihlanen, A. & Kanste, O. 2021. Perusterveydenhuollon johtajien kokemuksia koronaviruspandemian vaikutuksista digitaaliseen työkalutuuuriin ja sen johtamiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 2021: 58: 220-234.

Saarijärvi, H. & Puustinen, P. 2020. *Strategiana asiakaskokemus. Miksi, mitä, miten?*. Jyväskylä: Docendo.

Smith, S. & Wheeler, J. 2002. *Managing the Customer Experience*. Harlow: Pearson Education Limited.

Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A. & Schneider, J. 2018. *This Is Service Design Doing*. 4. painos. California: O'Reilly Media, Inc.

Tschimmel, K. 2012. *Design Thinking as an effective Toolkit for Innovation*. Teoksessa: *Proceedings of the XXIII ISPIIM Conference: Action for Innovation: Innovating from Experience*. Barcelona.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 2. painos. Helsinki: Tammi.

Tuulaniemi, J. 2011. *Palvelumuotoilu*. Talentum. Hämeenlinna: Talentum.

Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2004. *Evolving to a New Dominant Logic for Marketing*. *Journal of Marketing*, 68/2004, 1-17.

Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M., Tuukkanen, J., Ketola, E. & Heponiemi, T. 2018. *Tietojärjestelmät ja hyvinvointi - terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä*. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 10(1), 143-163.

Villani, I. 2019. *Transform Customer Experience. How to Achieve Customer Success and Create Exceptional CX*. Milton Qld: John Wiley & Sons Australia, Ltd.

Wiiio, A. 2004. *Käyttäjästävällisen sovelluksen suunnittelu*. Edita: Edita Publishing.

## Sähköiset

Asiakaspalvelukokemus. 2017. Asiakaskokemus ja -palvelu Suomalaisissa pörssiyrityksissä. Luettu 18.3.2022. [https://static.wixstatic.com/ugd/cd031e\\_a1ea659b415a4369936867ee3a11557d.pdf](https://static.wixstatic.com/ugd/cd031e_a1ea659b415a4369936867ee3a11557d.pdf)

Design Council. 2015. Design methods for developing services. Luettu 17.9.2020. [https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/DesignCouncil\\_Design%20methods%20for%20developing%20services.pdf](https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/DesignCouncil_Design%20methods%20for%20developing%20services.pdf)

Design Council. 2019. What is the framework for innovation? Design Council's evolved Double Diamond. Luettu 17.9.2020. <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/what-framework-innovation-design-councils-evolved-double-diamond>

Duodecim. 2016. Luettu 5.11.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02591>

Gerdt, B. & Eskelinen, S. 2018. Digiajan asiakaskokemus. E-kirja. Helsinki: Alma Talent.

Heponiemi, T., Kujala, S., Vainiomäki, S., Vehko, T., Lääveri, T., Vaänskä, J., Ketola, E., Puttonen, S. & Hyppönen, H. 2019. Usability Factors Associated With Physician's Distress and Information System-Related Stress: Cross-Sectional Survey. *JMIR Med Inform* 2019, 7(4), e13466. Luettu 5.5.2022. <https://medinform.jmir.org/2019/4/e13466/>

HUS. 2019. HUSin vuosi 2019. Luettu 19.10.2021. <https://husinvuosi2019.fi/hus-2019/keskeisia-tapahtumia/diagnostiikkakeskus/>

HUS 2021a. Luettu 19.10.2021. <https://www.hus.fi/tietoa-meista>

HUS 2021b. Luettu 19.10.2021. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/hus-diagnostiikkakeskus>

HUS 2021c. Luettu 26.10.2021. <https://www.hus.fi/diagnostiikkafoorumi>

HUS 2022a. Luettu 1.5.2022. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/strategia-ja-vastuullisuus/arvot-ja-strategia>

HUS 2022b. Luettu 1.5.2022. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/kehittaminen/digitaalinen-kehittaminen#digitaaliset-palvelu>

Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A. & Mikkonen, K. 2018. Healthcare professional's competence in digitalization: a systematic review. Luettu 4.5.2022. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe201903077361.pdf>

- Koskela, T. H. & Kunnamo, I. 2021. Digitaaliset työkalut yleislääkärin tukena. *Lääkärilehti* 46/2021. Luettu 23.4.2022. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/digitaaliset-tyokalut-yleislaakarintukena/?public=ce4c5c3c50689f3aa16d69184b8a4fde>
- Lääkäriliitto. 2021. Lääkärin roolin muutokset ja ammattiryhmien välisen työnjaon uudistaminen perusterveydenhuollossa. Luettu 23.4.2022. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/laakarintuolinmuutokset-ja-ammattiryhmien-valisen-tyonjaon-uudistaminen-perusterveydenhuollossa/>
- Mäkelä, M. & Mäkijärvi, M. 2017. Teknologia mullistaa sairaalat ja lääkärintyön - otatko haasteen vastaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 2017, 133(5): 436-6. Luettu 22.5..2022. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/5/duo13606>
- Nielsen, J. 1993. *Usability Engineering*. E-kirja. Cambridge: AP Professional.
- Saariluoma, P., Kujala, T., Kuuva, S., Kymäläinen, T., Leikas, J., Liikanen, L. A. & Oulasvirta, A. 2010. Ihminen ja teknologia. Hyvän vuorovaikutuksen suunnittelu. E-kirja. Teknologiateollisuus.
- Schwager, A. & Meyer, C. 2007. Understanding Customer Experience. *Harvard Business Review*, 2/2007. Luettu 30.5.2020. <https://hbr.org/2007/02/understanding-customer-experience>
- Shaw, T., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A. & Barnet, S. 2017. What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. *Journal of Medical Internet Research*, 2017, 19(10): e324. Luettu 5.3.2022. doi: 10.2196/jmir.8106
- Sinkkonen, I., Kuoppala, H., Parkkinen, J. & Vastamäki, R. 2009. Käytettävyyden psykologia. Adage Oy. Luettu 5.3.2022. <https://docplayer.fi/193795729-Kaytettavyyden-psykologia.html>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021b. Luettu 5.11.2021. <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021b. Luettu 5.11.2021. <https://stm.fi/terveyspalvelut>
- Sote-uudistus. 2021. Luettu 9.11.2021. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->
- Sote-uudistus. 2021. Luettu 9.11.2021. <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 11.5.2022. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Julkaisemattomat

Saloranta, A-K. 2021. Asiakkuuspäällikön haastattelu 15.10.2021. HUS Diagnostiikkakeskus. Helsinki.



## Kuviot

|  |    |
|--|----|
| Kuvio 1: Diagnostiikkafoorumin osat (mukaillen HUS 2021c).....   | 12 |
| Kuvio 2: Grönroos-Voima-malli (mukaillen Grönroos 2017, 129) .....   | 14 |
| Kuvio 3: Palveluiden tuottamisen asiakaskeinen liiketoimintalogiikka (mukaillen Heinonen & Strandvik 2015, 476)..... | 15 |
| Kuvio 4: Asiakaskokemuksen kosketuspisteet ja niiden luonne (mukaillen Saarijärvi & Puustinen 2020, 74) .....        | 17 |
| Kuvio 5: Asiakaskokemuksen tasot arvon muodostumisen pyramidissa (mukaillen Tuulaniemi 2011, 75) .....               | 18 |
| Kuvio 6: Asiakaskokemustyyppinä (mukaillen Rossman & Duerde Saarijärvi & Puustinen 2020 mukaan, 68) .....            | 18 |
| Kuvio 7: Asiakaskokemuksen johtamisen portaat (mukaillen Arussy 2010, 20) .....                                      | 20 |
| Kuvio 8: Käyttäjäkokemuksen osatekijät (mukaillen Sinkkonen 2009, 226) .....   | 23 |
| Kuvio 9: Muotoiluajattelun ulottuvuudet (mukaillen Hasi & Laakso 2011, 59).....                                      | 28 |
| Kuvio 10: Double Diamond -palvelumuotoiluprosessi (mukaillen Design Council 2019).....                               | 31 |
| Kuvio 11: Kehittämistyön eri vaiheissa käytetyt menetelmät ja työkalut .....   | 33 |
| Kuvio 12: Kehittämistyön eteneminen.....   | 36 |
| Kuvio 13: HUS Diagnostiikkafoorumin luoma asiakaspolku .....   | 39 |
| Kuvio 14: Kehittämistyön analyysin eteneminen.....   | 40 |
| Kuvio 15: Kliinikon ekosysteemi .....  | 42 |
| Kuvio 16: Kliinikoiden kehitystoiveille antamat äänet .....  | 68 |
| Kuvio 17: Viimeistely roadmap .....  | 72 |
| Kuvio 18: Esimerkki ideoinnista.....   | 73 |
| Kuvio 19: Kehittämisehdotukset asiakaskokemuksen viitekehyksessä (mukaillen Tuulaniemi 2011, 75) .....               | 81 |

## Taulukot

|  |    |
|--|----|
| Taulukko 1: Kehitysehdotusten herättämät ajatukset tiivistetysti ..... | 73 |
|--|----|

## Liitteet

|  |     |
|--|-----|
| Liite 1: Sähköpostikutsu haastattelututkimukseen perusterveydenhuollon klinikoille .....                               | 91  |
| Liite 2: Haastattelututkimuksen rekryoinnissa käytetty Google Forms -ilmoittautumiskysely                              | 92  |
| Liite 3: Lääketieteen kandidaattiseurauksen tiedotuspostissa lähetetty osallistumiskutsu .....                         | 93  |
| Liite 4: Henkilökohtaisena LinkedIn-viestinä lähetetty haastattelupyyntö .....   | 94  |
| Liite 5: Teemahaastatteluiden haastattelurunko .....   | 95  |
| Liite 6: Haastattelurunko prototyypin testaamiseen ja roadmapia validointiin .....                                     | 97  |
| Liite 7: Teemoiteltu yhteenveto klinikon toimintaympäristöstä .....  | 98  |
| Liite 8: Teemoiteltu yhteenveto klinikoiden välisen keskustelun ja vuorovaikutuksen merkityksestä.....                 | 99  |
| Liite 9: Muutos asiakaspolusta roadmapiksi.....  | 100 |
| Liite 10: Teemoiteltu yhteenveto diagnostiikan prosessin kipukohdista .....  | 101 |
| Liite 11: Teemoiteltu yhteenveto toiveista HUS Diagnostiikkakeskukselle .....  | 102 |
| Liite 12: Teemoiteltu yhteenveto toiveista ja odotuksista Diagnostiikkafoorumille .....                                | 103 |
| Liite 13: Teemoiteltu yhteenveto Diagnostiikkafoorumin käytön esteistä.....  | 104 |
| Liite 14: Validointihaastatteluissa klinikoiden antamat äännet viidelle tärkeimpänä pitämälleen kehitystoiveelle ..... | 105 |

Liite 1: Sähköpostikutsu haastattelututkimukseen perusterveydenhuollon klinikoille

Kohderyhmä: HUS-alueen terveystieteiden lääkärin

Aihe: Osallistu Diagnostiikkafoorumin kehittämiseen

Hei!

Kehitämme [Diagnostiikkafoorumia](#) palvelemaan entistä paremmin perusterveydenhuollon lääkäreiden odotuksia ja tarpeita. Haemme osallistujia haastattelututkimukseen, joka toteutetaan osana Diagnostiikkafoorumista tehtävää opinnäytetyötä.

Haastattelu tehdään Teamsissä ja kestää noin 60 minuuttia. Haastattelut tekee Laurea ammattikorkeakoulussa jatko-opintojaan suorittava Hanna Manninen, jolla on pitkä kokemus asiakasymmärryksen parista. Haastattelut nauhoitetaan analysointia varten. Haastatteluaineisto käsitellään ja raportoidaan anonymisti.

Ilmoittaudu mukaan tutkimukseen alla olevasta linkistä. Voit ilmoittautua haastateltavaksi, vaikka et olisikaan kirjautunut Diagnostiikkafoorumin käyttäjäksi tai käyttänyt palvelua. Haastattelut tehdään marraskuussa heti sopivien henkilöiden löydyttyä. Hanna on yhteydessä valittuihin haastatteluajan sopimiseksi.

<https://forms.gle/7J6chnDB4CxwdTeq8>

Lisätietoja haastattelututkimuksesta antaa Katriina Pasanen, [katriina.pasanen@hus.fi](mailto:katriina.pasanen@hus.fi).

Kiitos avustasi Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä!

Ystävällisin terveisin

Päivi Tissari

Johtava ylilääkäri

HUS Diagnostiikkakeskus

Hanna Manninen

Palvelumuotoiluopiskelija

Laurea amk

## Liite 2: Haastattelututkimuksen rekrytoinnissa käytetty Google Forms -ilmoittautumiskysely

### Ilmoittautuminen haastatteluun

Kehitämme Diagnostiikkafooriumia palvelemaan entistä paremmin  
kliinikoiden tarpeita ja toiveita. Haemme osallistujia  
haastattelututkimukseen, joka toteutetaan osana  
Diagnostiikkafoorumista tehtävissä opinnäytetyötä. Ilmoittaudu  
haastateltavaksi vastaamalla alla oleviin kysymyksiin ja jättämällä  
nimesi ja yhteystietosi yhteydenottoa varten.

manninen.hanna@gmail.com (Ei jaettu) ✉  
[Vaihda tilii](#)  
\*Pakollinen

Oletko rekisteröitynyt Diagnostiikkafoorumin käyttäjäksi? \*

Kyllä olen

En ole

Oletko osallistunut Diagnostiikkafoorumissa pidettyihin webinaareihin  
tai hyödyntänyt koulutusmateriaalia? \*

Kyllä olen

En ole

Mikä HUSin erityisvastuualueella toimit? \*

HUS/HYKS-sairaanhoitoalue

HUS/Hyväksän sairaanhoitoalue

HUS/Lohjan sairaanhoitoalue

HUS/Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

HUS/Porvoon sairaanhoitoalue

Eksote

Kymssote

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä

Toimitko klinikkona perusterveydenhuollossa? \*

Kyllä

En

**YHTEYSTIEDOT**  
Jätä alle yhteystietosi haastatteluajan sopimista varten.

Nimi: \*  
Oma vastauksesi

Sähköposti: \*  
Oma vastauksesi

Puhelinnumero: \*  
Oma vastauksesi

**HAASTATTELUAIKA**

Haastattelut tehdään marraskuussa heti sopivien henkilöiden löydyttyä.  
Minä viikopäivänä haastattelu sopii sinulle parhaiten? Voit valita  
useamman vaihtoehdon. \*

Maanantai

Tiistai

Keskiviikko

Torstai

Perjantai

(Luantai)

Mikä seuraavista aikavälitekoista sopii sinulle parhaiten? Voit valita  
useamman vaihtoehdon. \*

Klo 8–10

Klo 10–12

Klo 12–14

Klo 14–16

Klo 16–18

Haastatteluiden lisäksi haemme osallistujia marraskuussa/joulukuussa  
pidettävien työpajoihin, joissa jatketaan keskustelua aiheesta.  
Työpajoista toinen pidetään Teamsin välityksellä ja toinen Helsingissä  
paikan päällä. Tarkemmat ajankohdat ja Helsingissä pidettävän työpajan  
paikka ilmoitetaan myöhemmin. Oletko kiinnostunut osallistumaan  
työpajaan?

Olen kiinnostunut osallistumaan työpajaan Teamsissä

Olen kiinnostunut osallistumaan työpajaan Helsingissä paikan  
päällä

En ole kiinnostunut kummastakaan

Kiitos avustasi Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä!  
Tallenna vastauksesi Länetä-painikkeesta.

Lähetä Tyhjennä lomake

Liite 3: Lääketieteen kandidaattiseuran tiedotuspostissa lähetetty osallistumiskutsu

### **Auta kehittämään klinikoiden ja HUS Diagnostiikkakeskuksen yhteistyötä**

Onko sinulla kokemusta terveyskeskuslääkärin työstä HUS-alueella? Osallistu klinikoiden ja HUS Diagnostiikkakeskuksen yhteistyön kehittämiseen!

Yhteistyö HUS Diagnostiikkakeskuksen kanssa koskettaa niin valmistuvien kuin jo työelämään siirtyneiden klinikoiden arkea. Haluamme vastata entistä paremmin klinikoiden tarpeisiin ja odotuksiin ja näin tukea työn vaikuttavuutta. Samalla tuomme perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa lähemmäksi toisiaan.

Kehittämistyötä varten **haemme osallistujia haastattelututkimukseen**, joka toteutetaan osana HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämästä Diagnostiikkafoorumi -koulutuskonseptista tehtävää opinnäytetyötä. Haastattelu tehdään Teamsissä ja kestää noin 60 minuuttia. Haastattelu tekee Laurea ammattikorkeakoulussa jatko-opintojaan suorittava Hanna Manninen, jolla on pitkä kokemus asiakasymmärryksen parista. Haastattelut nauhoitetaan analysointia varten ja aineisto käsitellään ja raportoidaan anonymisti.

Lisäksi **haemme osallistujia työpajaan**, jossa tiedonkeruumenetelmänä toimii yhteiskehittämispeli. Työpaja järjestetään Helsingissä helmikuun aikana erikseen sovittavana ajankohtana, ja se on kestoaltaan 60-90 minuuttia.

Ilmoittaudu mukaan tutkimukseen lähettämällä sähköpostia osoitteeseen hanna.manninen@student.laurea.fi. Kerro viestissäsi, missä päin HUSia toimit tai olet toiminut terveyskeskuslääkärinä. Kerro myös, oletko kiinnostunut osallistumaan haastattelututkimukseen, työpajaan vai molempiin, ja millaiset haastatteluajat sopivat sinulle parhaiten.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat Hanna Manninen (hanna.manninen@student.laurea.fi) ja HUS Diagnostiikkakeskuksen erikoissuunnittelija Katriina Pasanen (katriina.pasanen@hus.fi).

## Liite 4: Henkilökohtaisena LinkedIn-viestinä lähetetty haastattelupyyntö



**Hanna Manninen** · 12:17 AM

### Haastattelupyyntö

Hei!

Lähestyn sinua haastattelupyyntöllä. Haen haastateltavia opinnäytetyöhöni, joka on osa HUS Diagnostiikkakeskuksen ylläpitämän Diagnostiikkafoorumi-koulutuskonseptin kehittämistä. Tavoitteena on kehittää klinikoiden ja HUS Diagnostiikkakeskuksen yhteistyötä, jotta se vastaisi entistä paremmin klinikoiden odotuksia ja tarpeita.

Haastattelu tehdään Teamsissä ja kestää noin 60 minuuttia. Haastatteluajan voimme sopia melkeinpä milloin vain sinulle parhaiten sopivaan aikaan. Haastattelut nauhoitetaan analysointia varten ja aineisto käsitellään ja raportoidaan anonymisti. Haastatteluun osallistuminen ei vaadi ennakovalmistautumista, mutta kysymyksiin voi halutessaan tutustua etukäteen. Ei haittaa, vaikka Diagnostiikkafoorumi ei olisi sinulle ennestään tuttu konsepti. Löytyisikö sinulta aikaa tällaiselle haastattelulle?

Opinnäytetyö kuuluu Laurea ammattikorkeakoulussa suorittamaani palvelumuotoilun yamk-jatkotutkintoa.

Ystävällisin terveisin  
Hanna

## Liite 5: Teemahaastatteluiden haastattelurunko

### HAASTATTELURUNKO

#### Alustus

Kiitos mahdollisuudesta haastatella sinua ja osallistumisesta Diagnostiikkafoorumin kehittämiseen! Haastattelu on osa palvelumuotoilun opinnäytetyötäni, jonka tavoitteena on kehittää Diagnostiikkafoorumia palvelemaan entistä paremmin perusterveydenhuollon klinikoiden työtä.

Vastaa kysymyksiin vapaasti oman näkemyksesi ja kokemuksesi mukaan. Kysymyksiin ei ole oikeita tai vääriä vastauksia. Olen kiinnostunut kuulemaan juuri sinun kokemuksistasi, odotuksistasi ja toiveistasi.

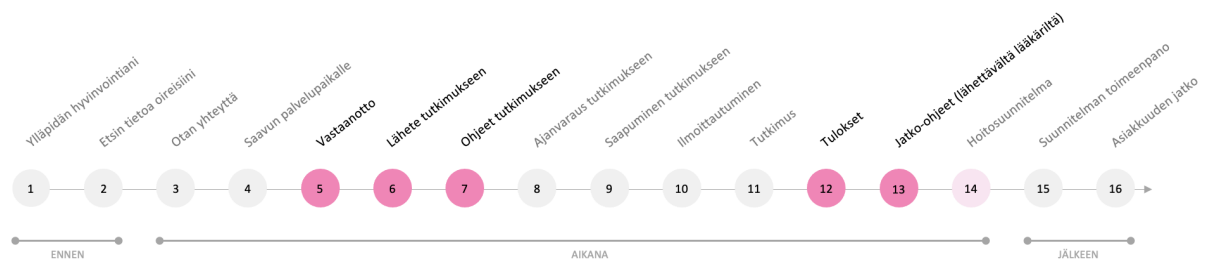
Tallennan haastattelun analyysia varten ja tuhoan sen analyysivaiheen jälkeen. Saatan ottaa työhöni lainauksia haastattelusta. Sekä lainaukset että muu raportointi tehdään anonyymisti.

#### Diagnosoinnin prosessi

1. Kuvaile tyypillistä työpäivääsi ja työympäristöäsi (esim. keitä kohtaat päivän aikana, millaisia tietojärjestelmiä sinulla on käytössäsi, mikä on yksityisten lääkäriasemien ja erityissairaanhoidon rooli, miten Diagnostiikkakeskus näkyy päivässäsi).
2. Kuvaile omin sanoin diagnosoinnin prosessia. Millaisia vaiheita siihen kuuluu?

#### Kliinikon asiakaspolku

3. Mitkä ovat ajatuksesi asiakaspolusta ja sen eri vaiheista? Muuttaisitko polkua jotenkin, miten?



4. Mitkä vaiheet ovat sinun näkökulmastasi kriittisiä diagnostiikkayhteistyölle HUS Diagnostiikkakeskuksen kanssa?
5. Millaisia työtäsi hidastavia tai vaikeuttavia kipupisteitä ja haasteita polun eri vaiheisiin liittyy?
6. Millaista tukea tai apua kaipaavat kipupisteisiin ja haasteisiin HUS Diagnostiikkakeskukselta?
7. Miten ja missä asioissa HUS Diagnostiikkakeskus voi tukea työsi vaikuttavuutta polun eri vaiheissa?

## Diagnostiikkafoorumi

8. Diagnostiikkafoorumin on ajateltu jatkossa rakentuvan kolmesta osasta, jotka ovat Koulutus, Kirjasto ja Keskustelu. Millainen olisi eri osien paras mahdollinen toteutus ja sisältö? Mitä odottaisit eri osioilta?



9. Millainen rooli Diagnostiikkafoorumilla voisi olla klinikon asiakaspolun eri vaiheissa?
10. Kuinka todennäköisesti käyttäisit Diagnostiikkafoorumin eri osia? Mikä saisi sinut käyttämään niitä/olemaan käyttämättä?
11. Jos saisit esittää yhden, minkä tahansa toiveen Diagnostiikkafoorumille, mikä se olisi?

## Kliinikoiden välinen vuorovaikutus

12. Millainen merkitys on perusterveydenhuollon klinikkoiden välisellä vuorovaikutuksella ja keskustelulla? Missä kanavissa keskustelua käydään?
13. Miltä kuulostaa ajatus ”lääkäreiden LinkedInistä” tai muusta mobiiliapista?



## Liite 6: Haastattelurunko prototyypin testaamiseen ja roadmapia validointiin

### Alustus

*Kiitos osallistumisesta! Tällä kertaa tarkoituksena on ensin käydä läpi aiempien haastatteluiden pohjalta tehty kooste kehityskohteista. Läpikäynnin jälkeen saatte valita mielestänne tärkeimmät kehitettävät asiat ja kertoa, mitä niiden kehittämisessä tulisi erityisesti ottaa huomioon. Lopuksi palaamme vielä asiakaspolkuun, josta olen tehnyt seuraavan version.*

*Aiempaan tapaan kysymyksiin ei ole oikeita tai väärää vastauksia, vaan olen kiinnostunut rehellisestä mielipiteestäsi.*

*Tallennan haastattelun analyysia varten ja tuhoan sen analyysivaiheen jälkeen. Saatan ottaa työhöni lainauksia haastattelusta. Sekä lainaukset että muu raportointi tehdään anonyymisti.*

\*\*\*

### Oletteko käyneet tutustumassa Diagnostiikkafoorumin uuteen versioon?

#### 1. Prototyypin esittely

#### 2. Tehtävä 1

Valitkaa 5 mielestänne tärkeintä asiaa huomioitavaksi Diagnostiikkafoorumin kehittämisessä.

#### 3. Valintojen läpikäyminen

#### 4. Tehtävä 2

Mitä HUS Diagnostiikkakeskuksen tulisi huomioida valitsemienne asioiden kehittämisessä?

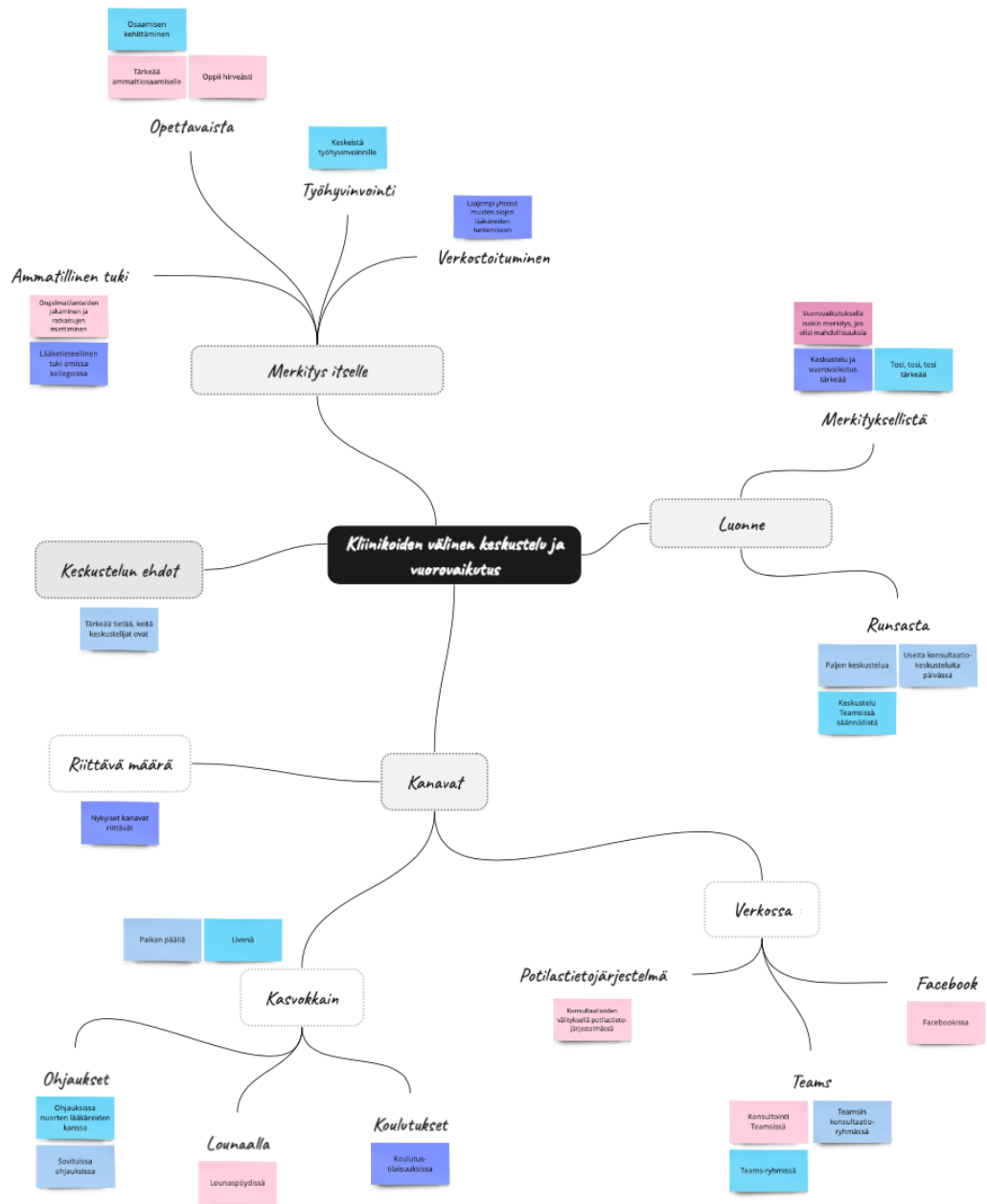
#### 5. Roadmapin esittely

Millaisia ajatuksia roadmap herättää?

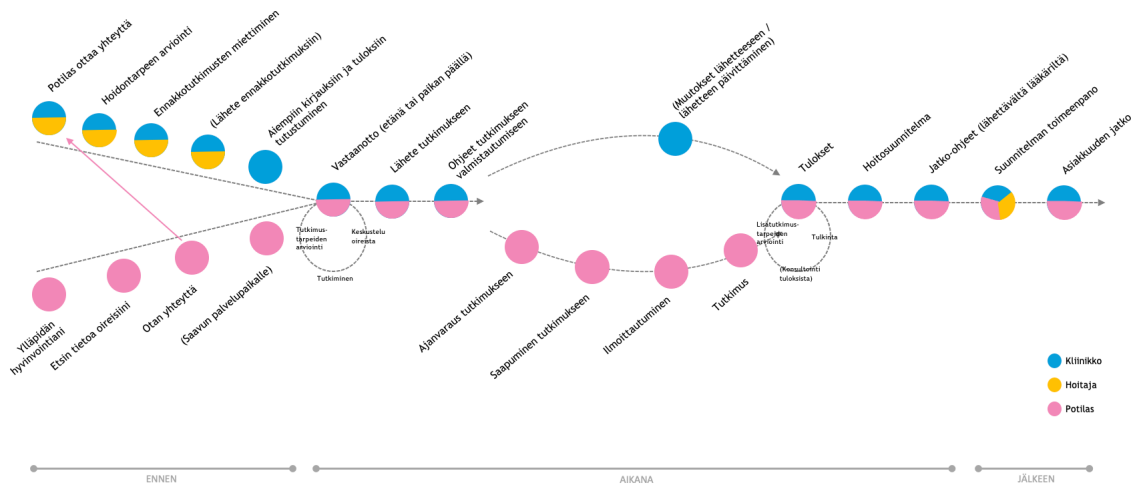
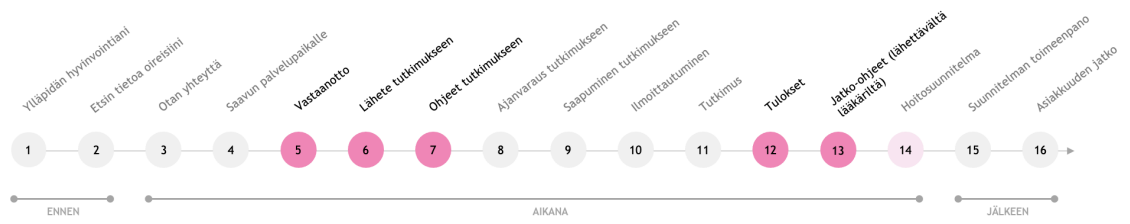
### Liite 7: Teemoiteltu yhteenveto klinikon toimintaympäristöstä



Liite 8: Teemoiteltu yhteenveto klinikoiden välisen keskustelun ja vuorovaikutuksen merkityksestä

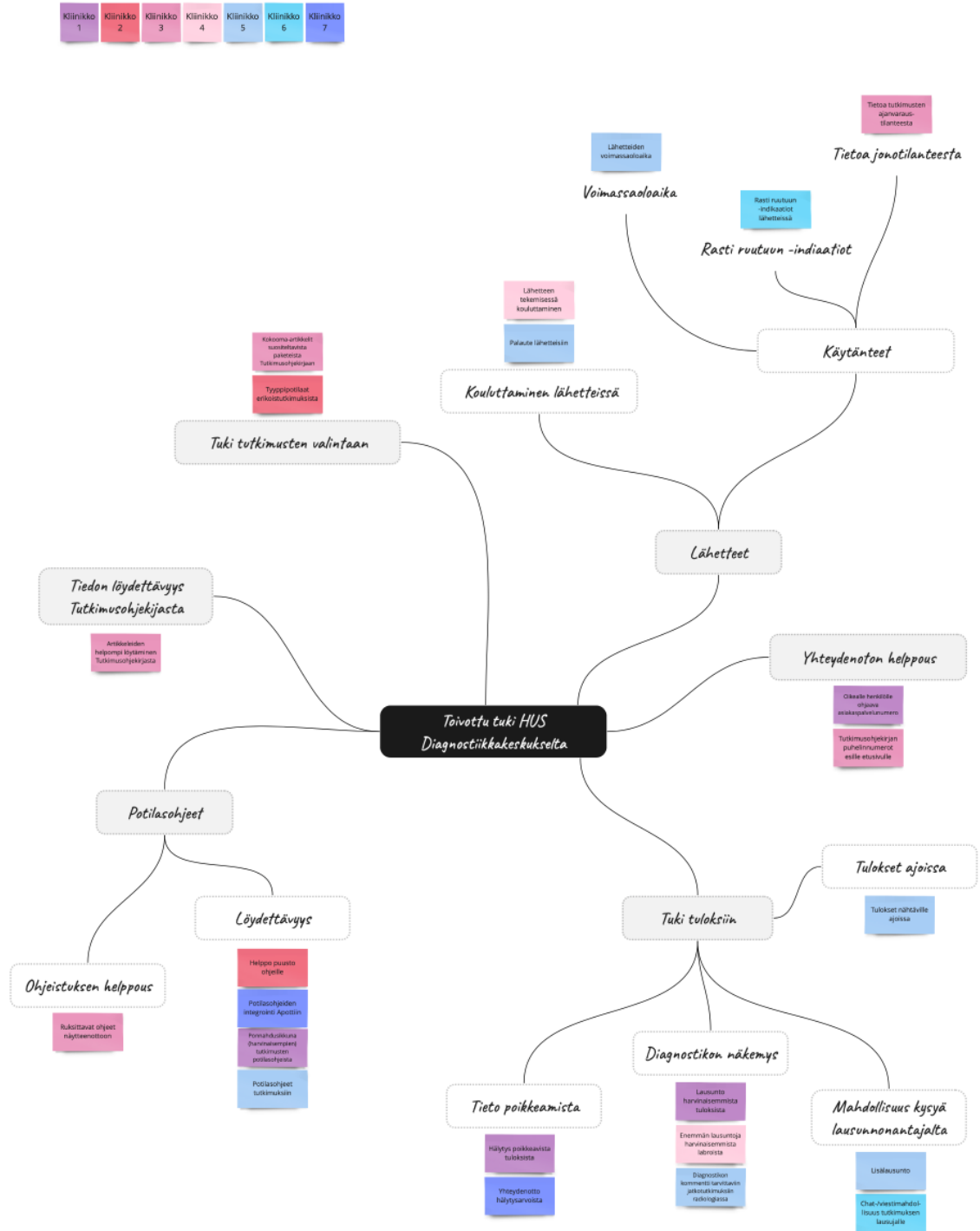


Liite 9: Muutos asiakaspolusta roadmapiksi

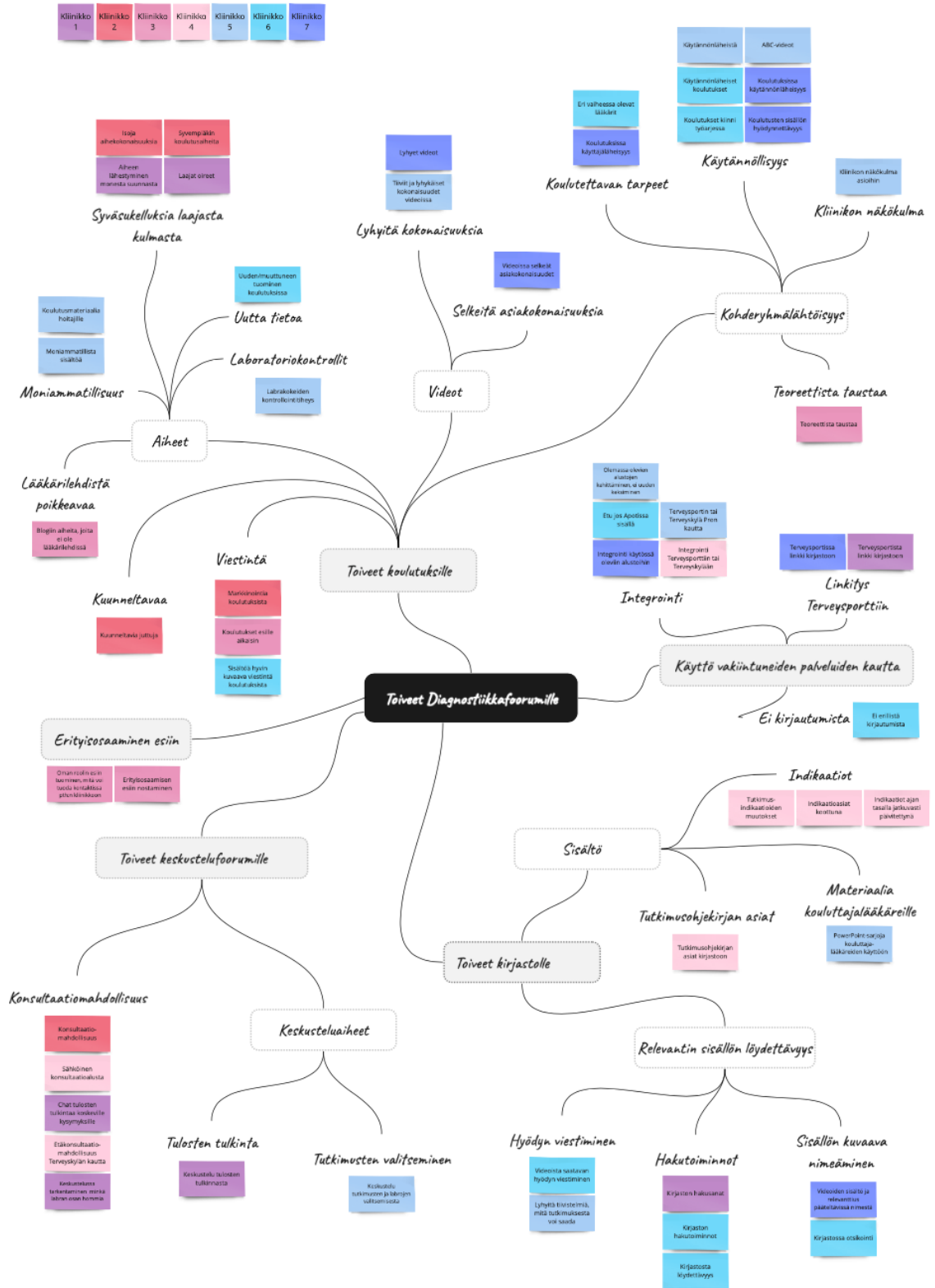




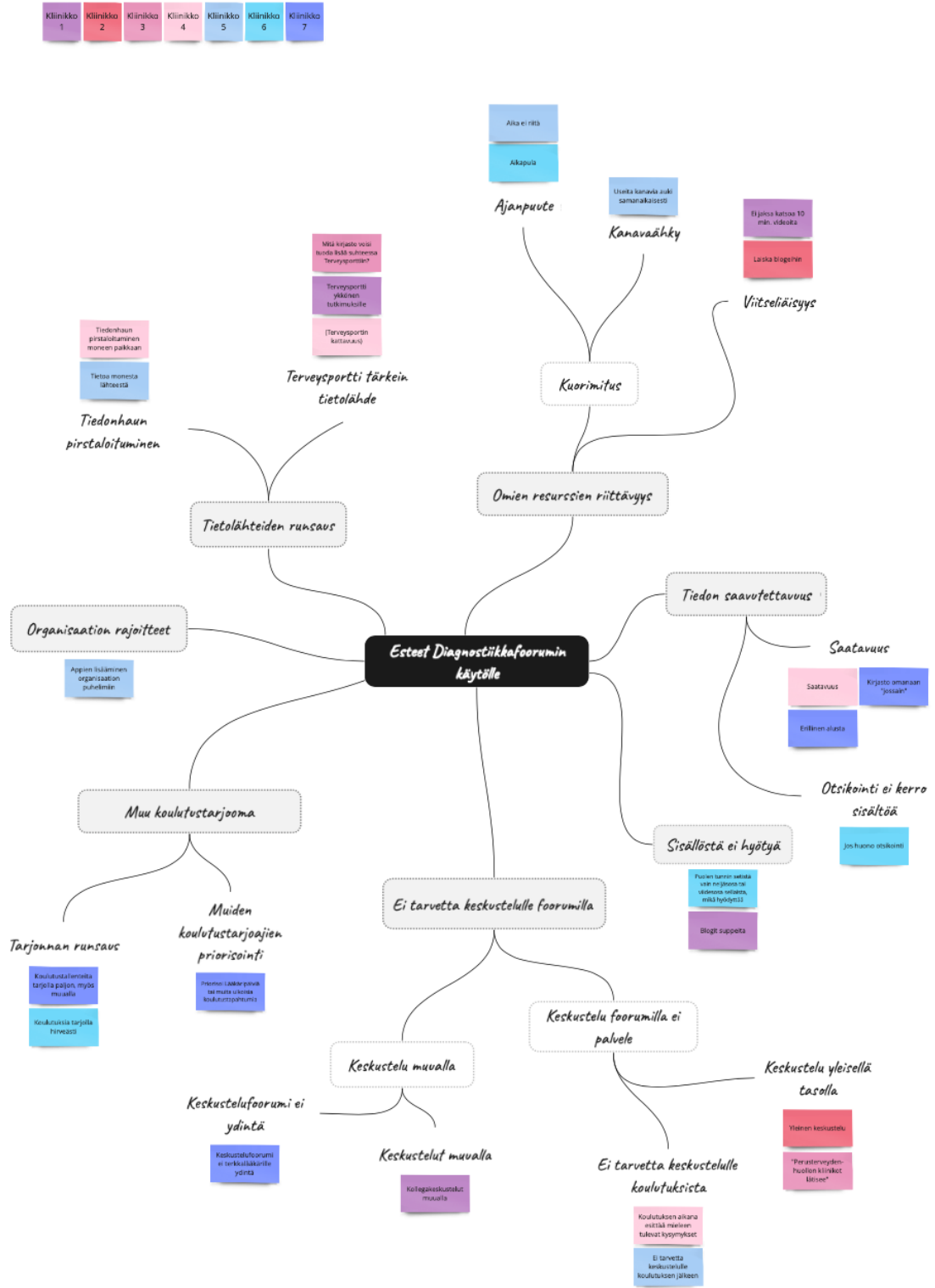
Liite 11: Teemoiteltu yhteenvedo toiveista HUS Diagnostiikkakeskukselle



Liite 12: Teemoiteltu yhteenveto toiveista ja odotuksista Diagnostiikkafoorumille



Liite 13: Teemoiteltu yhteenveto Diagnostiikkafoorumin käytön esteistä





Liite 14: Validointihaastatteluissa kliinikoiden antamat äänet viidelle tärkeimpänä pitämälleen kehitystoiveelle

|   |
|---|
| <p><b>Kliinikko A</b> 10.32</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevantin sisällön löydettävyys</li> <li>• Tutkimusindikaatiot kootusti</li> <li>• koulutuskalenteri esillä hyvissä ajoin</li> <li>• konsultointimahdollisuus</li> <li>• koulutusaiheissa käytännönläheisyys</li> </ul> |
| <p><b>Kliinikko B</b> 10.34</p> <p>Koulutusaiheet käytännönläheisiä, koulutussisällöt kliinikon näkökulmasta, relevantin sisällön löydettävyys(materiaali nimetty ), tutkimusindikaatiot, tallenteet</p>  |

|   |
|---|
| <p><b>Kliinikko C</b> 10.13</p> <p>Integrointi terveystietoihin + linkitys</p> <p>Viestintä</p> <p>Kohderyhmälähtöisyys</p> <p>Yhteystiedot kootusti esiin</p> <p>Sisällön löydettävyys</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><b>Kliinikko D</b> 11.15</p> <p>Tärkeitä (ihan ykkösenä on integraatio Terveystietoihin, mutta sen lisäksi):<br/>     hyvissä ajoin suunnitellut koulutukset esillä koulutuskalenterissa,<br/>     relevantin sisällön löydettävyys, kohderyhmälähtöisyys (kokemustason ja moniammatillisuuden huomiointi), materiaali kouluttajalääkäreille,<br/>     tutkimusindikaatiot ja kokooma-artikkelit</p> |
|---|