

Lonkan ja polven tekonivelleik-
kauspotilaan hoitopolku osana
Hyvis.fi sähköistä asiointia

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveydenhuollon kehit-
täminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
08STKJ14
Opinnäytetyö
Helena Naboulsi 1402131

Lahden ammattikorkeakoulu
Koulutusohjelma

NABOULSI, HELENA:

Lonkan ja polven
tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku
osana Hyvis.fi sähköistä asiointia

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK opinnäytetyö,
65 sivua, 19 liitesivua

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Päijät-Hämeen julkisen terveydenhuollon sähköistä asiointia ja lisätä potilaiden osallistumista hoitoprosessiin sekä sähköiseen asiointiin. Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan sähköinen hoitopolku osana Hyvis.fi -sähköistä asiointia. Potilaille ja heidän läheisilleen tuli mahdolliseksi seurata hoitopolun eri vaiheiden tapahtumia ja valmistautua tapahtumiin. Potilaiden lisäksi luotiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuus hyödyntää omassa työssään hoitopolulla olevaa tietoa. Kehittämishankkeen toissijaisena tarkoituksena oli lisätä yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisten välillä sekä luoda mahdollisuus kehittää tekonivelpotilaiden hoitopolkua.

Kehittämishankkeessa yhdistyivät palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen menetelmät, koska menetelmät ovat monilta osin hyvin yhteneviä ja lähellä toisiaan. Keskeisinä elementteinä olivat toimintatutkimuksen työelämän kehittäminen ja palvelumuotoilun asiakasnäkökulma. Työelämän kehittäminen ja asiakasnäkökulma yhdistettyinä sopivat hyvin terveydenhuollon kehittämishankkeeseen. Kehittämishankkeen etenemisessä ja toteutuksessa pääpaino oli palvelumuotoilulla. Aineiston hankinta tapahtui ammattilaisilta täsmäryhmäkeskustelu-menetelmällä kehittämistapaamisissa. Erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta oli kaksi moniammatillista ryhmää, jotka osallistuivat hoitopolun kehittämiseen. Kansalaisilta saatiin hoitopolusta palautetta hoitopolulla olleesta kyselystä.

Tavoitteen mukaisesti sähköinen hoitopolku julkaistiin Hyvis.fi sivuilla joulukuussa 2016. Kansalaisilta ja ammattilaisilta saadun palautteen mukaan hoitopolun tietomäärä oli riittävä, videot harjoittelua ohjaavia ja hoitopolku tukee tekonivelpotilaiden omahoitoa. Hoitopolku mahdollistaa ja tarjoaa kansalaisille uudenlaisen sähköisen asioinnin sekä ohjauksen väylän. Tullevaisuudessa on tavoitteena kehittää hoitopolkuun uusia sähköisen asioinnin mahdollisuuksia.

Asiasanat: Sähköinen asiointi terveydenhuollossa, hoitopolku, omahoito

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care

NABOULSI, HELENA: Care pathway for the patients with artificial hip
and knee joints as a part of Hyvis.fi electronic ser-
vices

Master's Thesis in Social and Health Care Development and Management
65 pages, 19 pages of appendices

Spring 2016

ABSTRACT

The purpose of this development project was to develop Päijät-Häme regional public health care e-services and increase patient's involvement in both the care process and e-services. The aim of this development project was to create an electronic care pathway for the patients with artificial hip and knee joints as a part of whole Hyvis.fi electronic services. Patients and their close persons would have the chance of monitoring the care process different stages of actions and preparing events. In addition to that, special and primary healthcare professionals would be able to make use of this care pathway as a resource and a help tool in their work. As a secondary target, this development project would increase the co-operation between special and primary healthcare professionals and their involvement in the development of patient artificial joint care pathway.

This development project connected the service design and action research methods, bearing in mind that both methods are close to each other in many aspects. Service design from a client point of view and action research of working life development were the core elements of this development project. These elements were suitable for healthcare development project. Service design worked as the main method in implementing this development project. Material gathering occurred by special group discussions during development meetings. As a part of multiprofessional group both special and primary health care professionals were involved in this care pathway development project. There was a questionnaire regarding the care pathway with which citizens were able to give their feedback.

According to the original timetable care pathway was published in Hyvis.fi website in December 2016. Feedback from professionals and citizens concluded that care pathway had enough information and videos worked as guidance for the exercises. Moreover, the care pathway proved to be a support of self management. The care pathway became as a possibility of servicing citizens with a new method of e-services and as a guidance channel. Developing the care pathway by increasing the chances of e-services would be an aim in the future.

Key words: e-services, care pathway, self management

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTAA	3
2.1	Tekonivel yhteistyöryhmät	3
2.2	Hyvis.fi julkaisuportaali	4
2.3	OmaHyvis ja ammattilaisen Hyvis	5
2.4	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite	6
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	7
3.1	Sähköinen asiointi terveydenhuollossa	7
3.2	Sähköisten palveluiden hyödyntäminen potilasohjauksessa	9
3.3	Potilaiden omahoito	11
3.4	Palvelumuotoilu	12
4	PALVELUMUOTOILU JA TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISHANKKEESSA	15
4.1	Palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen yhdistäminen	15
4.2	Palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen etenemisvaiheet	17
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUMINEN PALVELUMUOTOILUN VAIHEIDEN MUKAISESTI	22
5.1	Kehittämishankkeen eteneminen	22
5.2	Määrittelyvaihe, aloittaminen ja esitutkimus	23
5.3	Tutkimusvaihe, asiakasymmärrys ja strateginen suunnitteluvaihe	25
5.4	Suunnitteluvaihe, ideointi ja konseptointi sekä prototypointi	27
5.5	Tuotantovaihe	28
5.6	Arviointi	29
6	AINEISTON KERUU	31
6.1	Keskustelu haastattelua mukaillen	31
6.2	Kehittämistapaamiset	32
6.3	Yhteistyö viestintäyksikön ja Medi-IT :n kanssa	37
6.4	Hoitopolun palautekysely	39
6.5	Hoitopolun kyselyn vastaukset	42

7	POHDINTA	49
7.1	Kehittämishankkeen arviointi	49
7.2	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus/vakuuttavuus	58
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	63
	LÄHTEET	66
	LIITTEET	75

1 JOHDANTO

Suomessa julkiselle sektorille on asetettu tavoitteeksi luoda kansalaisille mahdollisuus sähköiseen asiointiin. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Valtioneuvoston (VNK) kanslia ovat asettaneet lausunnoissaan tavoitteeksi kansalaisten osallistumisen omaan hoitoonsa ja sähköisten palveluiden kehittämisen kansalaisille. (STM 2010, 11; 2014,15; VNK 2011, 56–57; STM 2016a.) Kansalaisten sähköisen asioinnin ja ennen kaikkea asiakaslähtöisen asioinnin edellytyksenä ovat tietojärjestelmät ja niiden yhteensopivuus. Tietojärjestelmien kehitystyön tärkeyttä on painotettu KASTE -ohjelman toimeenpanosuunnitelmassa. (STM 2012, 25–28). KASTE -ohjelmaan kuuluvan SAdE -ohjelman tavoitteena on vahvistaa sähköistä asiointia. Tarkoituksena on tuottaa kansalaisten, yritysten ja viranomaisten käyttöön asiakaslähtöisiä ja yhteen toimivia sähköisiä palvelukokonaisuuksia. Päijät-Hämeen Hyvis -projekti kuuluu Sade -ohjelmaan. (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 3.) Hyvis.fi -palvelukokonaisuus on kokonaisvaltainen terveyden ja hyvinvoinnin verkkopalvelu eli julkaisuportaali. Verkkopalvelusta alueen kansalaiset löytävät omiin tarpeisiinsa sopivaa, luotettavaa ja ajantasaista terveystietoa sekä helppokäyttöisiä välineitä hyvinvoinnin seurantaan. (Hyvis.fi 2014.)

Tekonivelleikkauspotilaiden sähköinen hoitopolku tulee Päijät-Hämeeseen osaksi Hyvis.fi verkkopalvelukokonaisuutta. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2013 tilaston mukaan lonkan ja polven tekonivelleikkausten määrä oli valtakunnallisesti lähes kaksinkertaistunut. Tarkasteluajanjakso oli vuodesta 2000 vuoteen 2013. Saman ajanjakson aikana tekonivelleikkauksia tekevien sairaaloiden määrä oli vähentynyt. Päijät-Hämeen keskussairaala oli THL -tilaston mukaan kuuden eniten tekoniveliä leikkaavan sairaalan joukossa Suomessa. Päijät-Hämeen keskussairaalassa tehtiin lonkan- ja polven tekonivelleikkauksia 889 kappaletta vuonna 2013. Suomessa leikatuista tekonivelpotilaista yli 80 vuotta täyttäneiden osuus polven- ja lonkan tekonivelleikkauksissa oli reilu 10 prosenttia, joka oli 2000 -luvun alkuun verraten hieman noussut. (THL 2013, 1; 10–16.)

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Päijät-Hämeen julkisen terveydenhuollon sähköistä asiointia ja lisätä potilaiden osallistumista hoitoprosessiin sekä sähköiseen asiointiin. Kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa lonkan- ja polven tekonivelleikkauspotilaan sähköinen hoitopolku osana Hyvis.fi -sähköistä asiointia. Hoitopolku antaa potilaille mahdollisuuden valmistautua tekonivelleikkaukseen liittyviin käynteihin erikoisairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimipisteissä. Suomen Artroplastia -yhdistyksen (2010, 7) suosituksessa painotetaan leikkaukseen valmistautumista ja muiden sairauksien hyvää tasapainoa. Leikkaukseen valmistautumisella saavutetaan hyvä leikkaustulos ja pyritään välttämään tulehduksia sekä muita leikkaukseen liittyviä komplikaatioita.

Kehittämishankkeen suunnittelussa ja toteutuksessa yhdistyvät palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen menetelmät. Kehittämishankkeen lähtökohtana on olemassa olevan tiedon hyödyntäminen ja asiakkaan näkökulman ymmärtäminen. Prosessiin osallistuvilta ammattilaisilta kerätään tietoa ryhmätyömenetelmin mukailun design-pelin avulla. Kansalaisilta saadaan tietoa hoitopolulla olevalla kyselyllä. Tulosten analysoinnissa on tarkoitus verrata luotua sisältöä kyselystä saatuun palautteeseen. Palautteen perusteella sisältöä ja sivustojen toimivuutta kehitetään vastaamaan asiakkaiden toiveita. Opinnäytetyöntekijä on työskennellyt useita vuosia tekonivelpotilaita hoitavassa yksikössä ja hyödyntää omaa käytännön kokemustaan tämän kehittämishankkeen kehittäjänä. Palvelumuotoilun ideana on pyrkiä ymmärtämään organisaation johdon ja käyttäjien toiveet palvelusta sekä muotoilla palvelu näiden toiveiden mukaisesti (Wetter Edman 2011, 14–15).

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTAA

2.1 Tekonivel yhteistyöryhmät

Kehittämishanke toteutetaan Päijät-Hämeen keskussairaалassa yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tekonivelammattilaisten kanssa. Tekonivelpotilaiden hoitoon erikoistuneista ammattilaisista on olemassa kaksi ryhmää, jotka ovat Päijät-Hämeen keskussairaalan ja perusterveydenhuollon proteesiryhmät. Itse kuuluun keskussairaalan proteesiryhmään ja toimin myös asiantuntijan roolissa kehittämishankkeen aikana. Molemmissa proteesiryhmissä on sairaanhoitajia, fysioterapeutteja ja kuntahoitajia, jotka työskentelevät eri terveydenhuollon toimipisteissä osallistuen tekonivelpotilaiden hoitoon.

Tekonivelpotilaiden hoitopolkua on kehitetty useamman vuoden ajan yhteistyössä yli organisaatorajojen edellä mainituissa proteesiryhmissä. Nämä ryhmät ovat kokoontuneet epäsäännöllisesti ja kehittäneet tekonivelpotilaiden hoitoa Päijät-Hämeen alueella. Potilaat tapaavat proteesiryhmien ammattilaisia hoitopolkunsa eri vaiheissa ennen ja jälkeen tekonivelleikkauksen, sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon toimipisteissä. Hoitopolulla olevat ohjeet ovat tällä hetkellä potilaille annettavassa vihkosessa sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan [www -sivuilla](http://www.hyvis.fi). Päijät-Hämeen keskussairaалassa käyttöön otettu Hyvis.fi -sivusto mahdollistaa hoitopolun sähköiseen muotoon tuottamisen ja potilaiden sähköisen asioinnin ammattilaisten kanssa.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän strategiassa 2014–2018 (PHSOTEY 2015) on tavoitteena tuottaa asiakkaille laadukkaita palveluita, joiden tuottaminen vaatii hyvää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimijoiden välillä. Samassa strategiassa nostetaan esille prosessimainen toiminta ja teknologian hyödyntäminen. Tavoitteena on tarjota asiakkaille saumatonta palvelua eri terveydenhuollon organisaatioiden välillä. Tekonivelpotilaiden erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon proteesiryhmät toimivat edellä mainitun PHSOTEY :n strategian

tavoitteiden suuntaisesti. Sähköisen hoitopolun kehittäminen vastaa strategian tavoitteisiin, erityisesti näitä tavoitteita ovat teknologian hyödyntäminen ja saumaton palveluketju.

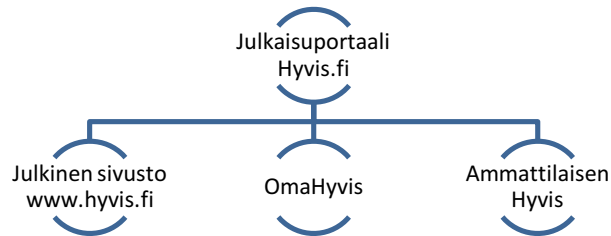
2.2 Hyvis.fi julkaisuportaali

Hyvis.fi julkaisuportaalin tuottaja on Medi-IT Oy, joka on julkisomisteinen tietoteknologiayritys. Medi-IT yrityksen omistaja-asiakkaat ovat Itä-Savon, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Keski-Suomen, Päijät-Hämeen, Kymenlaakson, Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri on ottanut Hyvis.fi julkaisuportaalin käyttöönsä. Medi-IT tarjoaa ja tekee kehitysyhteistyötä omistaja-asiakas sairaanhoitopiirien kanssa. (Medi-IT 2016.)

Hyvis.fi on kaikille avoin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon julkaisuportaali, jonka tehtävänä on ohjata ja motivoida kansalaisia omatoimiseen terveyden edistämiseen sekä sähköiseen asiointiin. Terveyden ja hyvinvoinnin tietosisältö on terveydenhuollon ammattilaisten tuottamaa ja tarkastamaa luotettavaa tietoa. (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 5.) Hyvis.fi kokonaisratkaisun tavoitteena on tarjota monipuolisia ja monikanavaisia sähköisiä palveluita sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Hyvis.fi -portaalikokoonaisuuden päämääränä on omistaja-asiakassairaanhoitopiirien väestön hyvinvointia edistävien valintojen mahdollistaminen ja joustava asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Hyvis.fi 2014.)

Kiireettömiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitessaan kansalaisilla on käytössä monipuoliset ja helppokäyttöiset sähköiset asiointipalvelut ympäri vuorokauden kaikkina vuoden päivinä. Kansalaisten sähköisen asioinnin palvelukanavana toimii OmaHyvis. Päijät-Hämeen keskussairaalassa on aloitettu esimerkiksi sähköisen esitietolomakkeen vastaanottaminen Hyvis -palvelun kautta. Myös perusterveydenhuollon laboratorio ajanvaraus koko Päijät-Hämeen alueella siirtyi Hyviksen kautta toimivaksi loppuvuodesta 2014. Hyviksen palvelut integroidaan muihin tietojärjestelmiin,

jolloin tiedonsiirto kodin ja palveluita tarjoavien organisaatioiden välillä onnistuu. (Hyvis.fi 2014; Parviainen, 2013.) Hyvis.fi julkaisuportaalin esittely on kuviossa 1.



KUVIO 1. Hyvis.fi julkaisuportaali (Hyvis.fi 2014)

2.3 OmaHyvis ja ammattilaisen Hyvis

OmaHyvis on kansalaisen asiointiportaali, joka mahdollistaa turvallisesti ja luotettavasti kansalaisten ja julkishallinnon organisaatioiden välisen sähköisen kanssakäymisen. *OmaHyvis* tarjoaa kokonaisnäkymän sosiaali- ja terveyssektorin sähköisistä asiointipalveluista ja palvelut löytyvät paremmin ja nopeammin yhdestä paikasta. (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 5.) Kansalainen kirjautuu palveluun Vetumalla, käyttäen pankkivarmennetta tai mobiilivarmennetta ja kansalainen tekee sähköisen asioinnin sopimuksen. *OmaHyvis* tukee palveluiden yhdistämistä ja yhtenäistämistä Päijät-Hämeen alueiden sisällä ja välillä. *OmaHyvis*-toimintojen tavoitteena on kansalaisten osallistaminen oman terveytensä hoitoon. Lisäksi tavoitteena on kannustaa kansalaisia ottamaan vastuuta omaan terveyteensä liittyvistä asioista ja luoda kansalaisille mahdollisuus toimia itsenäisesti. (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 5.)

Ammattilaisen Hyvis tarjoaa ammattilaisille välineitä monipuoliseen yhteydenpitoon asiakkaiden kanssa. Se on keskitetty sähköisten palveluiden näkymä ja työkalu ammattilaisten käyttöön, josta on yhteydet olemassa oleviin taustajärjestelmiin. Portaali mahdollistaa turvallisesti ja luotettavasti kansalaisten ja julkishallinnon organisaatioiden välisen kanssakäymisen. Yhteydenpito ammattilaisen ja kansalaisen välillä tapahtuu hallitusti asiointioikeuden saaneiden kansalaisten kanssa. (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 5.)

2.4 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Päijät-Hämeen julkisen terveydenhuollon sähköistä asiointia ja lisätä potilaiden osallistumista hoitoprosessiin sekä sähköiseen asiointiin. Kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan sähköinen hoitopolku osana Hyvis.fi -sähköistä asiointia.

Potilaiden lisäksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää omassa työssään hoitopolulla olevaa tietoa. Potilaille ja heidän läheisilleen tulee mahdolliseksi seurata hoitopolun eri vaiheiden tapahtumia ja valmistautua tapahtumiin. Tulevaisuuden tavoitteena on kehittää turvallista viestinvälitystä potilaiden ja ammattilaisten välillä hoitopolun eri vaiheissa.

Kehittämishankkeen toissijaisena tarkoituksena on lisätä yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisten välillä sekä luoda mahdollisuus kehittää tekonivelpotilaiden hoitopolkua.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

3.1 Sähköinen asiointi terveydenhuollossa

Pohjois-Karjalassa ja Ylä-Savossa Assi -hankkeessa saadut tulokset osoittavat kansalaisten omaavan hyvät sähköisen asioinnin perustaidot ja myönteisen suhtautumisen sähköiseen asiointiin. Ainoastaan yli 70 -vuotiaat kokivat sähköiset palvelut hyödyttömämmiksi verraten muihin ryhmiin. (Jauhiainen, Sihvo, Itkonen & Rytönen 2014, 77.) Vesasen (2014, 60–62) YAMK -työssä nousee esille tutkittavien positiivinen mielikuva sähköisistä palveluista ja lisääntyvästä sähköisten palveluiden käytöstä. Edellä mainittujen tutkimusten tulokset kansalaisten kyvyistä ja asenteista sähköiseen asiointiin tukevat kehittämishankkeen tarkoitusta lisätä ja kehittää sähköisen asioinnin mahdollisuutta terveydenhuollossa.

Seppälä ja Nykänen (2014) esittelevät omassa työssään Suomessa käytössä olevia omahoidon sähköisiä järjestelmiä, jotka mahdollistavat kansalaisten omien terveystietojen taltioinnin ja valmennussuhteen ammattilaisiin. Seppälä ja Nykänen (2014) tuovat esille kansalliset tavoitteet kansalaispalveluiden kehittämisestä ja kansalaisten vastuuttamisesta omaan terveyden- ja sairauden hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn. Kansallisesti on tavoitteena saada palveluprosessit avoimiksi. Lisäksi pyrkimyksenä on mahdollistaa kansalaisille kumppanuussuhde ammattilaisiin ja lisätä yksilöiden itsemääräämisoikeutta heitä koskevissa asioissa. (Seppälä & Nykänen 2014, 3.)

Pohjois-Karjalassa ja Ylä-Savossa sekä Yhdysvaltojen Indianassa tehtyjen tutkimusten mukaan kansalaisilla on hyvät valmiudet ja myönteinen asenne terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttöön. Sähköisistä palveluista myönteisimpinä potilaat kokevat laboratorio- ja ajanvarauspalvelut, mutta myös hoitoon liittyvän tiedon saaminen ja mahdollisuus saada tukea ammattilaisilta koetaan positiivisena. (Huang, Chang & Khurana 2012, 215–229; Jauhiainen ym. 2014, 75.) Partanen (2011, 3, 44) on tehnyt integroidun kirjallisuuskatsauksen vuorovaikutteisesta sähköisestä asioinnista terveydenhuollossa. Keskeisenä tuloksena on vuorovaikutuksen

ja kommunikoinnin parantuminen potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Vuorovaikutteisuutta terveydenhuollon sähköisessä asiointissa on vielä vähän verraten asiointiin ja tiedottamiseen. Koska sähköistä asiointia on vähän, Partasen (2011, 9–17) mielestä sitä pitäisi tutkia, jotta vuorovaikutteisuutta sähköisessä asiointissa voitaisiin kehittää vastaamaan potilaiden tarpeisiin.

Liu ja Krakow (2015, 1–13) pyrkivät tutkimuksessaan luomaan kuvaa terveydenhuollon sähköisen asiointin virtuooseista eli aktiivisista ja kokeneista käyttäjistä. Heidän tavoitteenaan oli identifioida virtuoosit, joita voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää terveydenhuollon sähköisen asiointin edistämiseksi. Tutkimuksen tulosten mukaan virtuooseihin kuuluisivat: naiset, korkeammin koulutetut sekä valtarotuihin kuuluvat henkilöt. Virtuooseihin kuuluisivat lisäksi henkilöt, joilla on ongelmia terveydentilassa ja hyvän vakuutusjärjestelmän omaavat henkilöt. Edellä kuvattu näkemys virtuooseista on yhtenevä aikaisempiin Yhdysvalloissa tehtyihin tutkimuksiin.

Liu ja Krakow (2015) ehdottavat tämän kaltaisten virtuoosien hyödyntämistä terveydenhuollon sähköisen asiointin markkinoinnissa ja kehittämisessä. Virtuooseja olisi hyvä hyödyntää, sillä he ovat aktiivisia tiedon etsijä ja jakajia sekä heillä on kokemusta sähköisestä asiointista terveydenhuollossa. (Liu & Krakow 2015, 1–13.) Koutras, Bitsaki, Koutras ja Heep (2015) ovat tarkastelleet tekonivelpotilaiden kontrollikäyntien korvaamista mobiilisovelluksella, jonka testaamiseen voitaisiin hyvinkin soveltaa Liun ja Krakowin (2015) ehdottamia virtuooseja. Ilmarisen (2016, 1–23) asiakastutkimuksessa nousi esille tietoteknisesti taitavien tuoreiden eläkeläisten halukkuus opastaa toisia sähköisessä asiointissa.

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa ryhmä naisia etsi tietoa vaihdevuosisista internet-sivustoilta. Samalla naiset arvioivat sivustojen luotettavuutta sekä kuinka löydetty tieto vaikutti heidän lääkäritapaamiseen. Naiset kokivat hyvin suunnitellut internet-sivustot luotettaviksi ja internetistä löytynyt tieto helpotti heidän päätöksentekoa terveydentilaan liittyen. Internet-sivustoilta tiedon etsiminen paransi naisten kommunikointia lääkärin kanssa,

mutta naiset pitivät edelleen lääkäriä ensisijaisena tiedon ja ohjauksen lähteenä. Tutkijat muistuttavat, että naisilla ei ollut riittävästi pätevyyttä oikeasti arvioida tiedon luotettavuutta. (Sillence, Briggs, Harris & Fishwick 2007, 1853–1862.)

Tekonivelpotilaiden hoitoprosessi on toiminut usean vuoden ajan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä hyvässä yhteistyössä, mutta ilman sähköistä asiointia. Sähköinen hoitopolku auttaa potilaita hahmottamaan hoitopolun eri vaiheet ja mahdollistaa valmistautumisen käynteihin eri toimipisteissä. Hoitopolulla olevien internetlinkkien kautta potilaat saavat lisätietoa nivelrikosta ja tekonivelleikkauksesta. Sähköiseen hoitopolkuun tutustumisessa voisi hyvinkin hyödyntää ”virtuoosikansalaisia”, jotka ovat kykeneviä toisten opastukseen.

3.2 Sähköisten palveluiden hyödyntäminen potilasohjauksessa

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) uudistuneessa strategiassa nostetaan esille tiedon jakaminen ja välittäminen. Strategiassa korostetaan datatiedon hyödyntämistä entistä enemmän vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuus ja vastuu on tarjota tutkimukseen perustuvaa, luotettavaa ja ajantasaista tietoa potilasohjauksessa. Tavoitteena on tuottaa ja kehittää vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa heille toimivia tietotuotteita. (THL, 2016.) Sosiaali- ja terveysministeriön yksi kärkihankkeista on tuottaa sähköisiä palveluita kansalaisille ja luoda asiakaslähtöisiä sujuvia toimintaprosesseja (STM 2016a.) STM tukee ODA-hanketta, jonka tarkoituksena on luoda uusia toimintamalleja. Joiden avulla voi hyödyntää kansalaisten omia terveystietoja yhdessä terveydenhuollon potilastietojärjestelmien kanssa. (STM 2016b.)

Hyppösen, Hyryn, Vallan & Ahlgrenin (2014, 24–74) raportin tuloksissa selviää, että kansalaiset arvostavat ohjauksessa henkilökohtaista tapaamista, jota heidän mielestään ei voi korvata sähköisellä asiointilla. Terveysteen ja hyvinvointiin liittyvää luotettavaa tietoa ja palveluita kansalaiset ovat hakeneet ja hakevat mielellään sähköisesti. Kansalaisia huolestutta-

vat omien sähköisten terveystietojen käsittelyssä tietosuoja- ja luotettavuusnäkökulmat. Ikäryhmässä 50 – 65 –vuotiaat, kansalaiset epäilevät omia tietoteknisiä taitojaan verraten nuorempiin ikäryhmiin mutta suhtautuvat neutraalisti sähköiseen asiointiin.

Neutraalin suhtautumisen vuoksi ikäryhmä 50 – 65 -vuotiaat ovat ryhmä, jolle kannattaisi tarjota sähköistä potilasohjausta ja räätälöidä tarvittavaa opastusta sähköiseen asiointiin (Hyppönen ym. 2014, 21–24). Ilmarisen (2016) tekemä asiakastutkimus sähköisestä asioinnista tuoreille eläkeläisille tukee Hyppösen ym. (2014, 66–69) raportin tulosta opastuksen ja tuen tarpeesta kansalaisille, jotta he kykenevät hyödyntämään terveydenhuollon sähköisiä palveluita ohjauksessa ja tiedon hankinnassa (Ilmarinen 2016).

Hermann (2002) ja Heffeman, Chang, Maclean, Callegari, Garland, Reavlet, Varigos ja Wark (2014, 1–7) tuovat artikkeleissaan esille teknologian tuomat mahdollisuudet antaa terveysohjeita ja opastusta potilaille. Teknologian hyödyntämisen vaihtoehtoina ovat esimerkiksi älypuhelinohjelmien tarjoamat mahdollisuudet. Näitä ovat oman terveyden seuraaminen ja kommunikointi terveydenhuollon henkilökunnan kanssa.

Hermannin (2002) näkemyksen mukaan potilaille annettavia tekstimuotoisia ohjeita tulisi täydentää esimerkiksi videoilla ja muilla audiovisuaalisilla tallenteilla, joita potilaat voisivat katsoa. Hermann (2002) suosittelee videoiden käyttöä sairaaloiden kotisivuilla, joilta potilaat hakevat tietoa. Hänen mukaansa tallenteiden katsominen on lisännyt potilaiden luottamusta toimenpiteen suorittajaan. Tallenteiden avulla potilaiden tietoisuus toimenpiteestä ja ymmärrys komplikaatioista on syventynyt. Tallenteiden katsominen on vähentänyt potilaiden pelokkuutta ja epävarmuutta leikkaukseen.

Potilasohjauksessa ei vielä juurikaan hyödynnetä sähköistä mahdollisuutta, mutta eri terveydenhuollon yksiköiden tavoitteena on lisätä sähköistä asiointia. Sairaanhoidopiirien yleisiltä internetsivustoilta kansalainen/potilas löytää tietoa palveluista sekä yhteystiedot. Useissa perusterveydenhuollon eri yksiköissä on ajanvaraus- ja puhelinpalveluita käytössä.

Yhä enemmän potilailla on eri sairaanhoitopiireissä mahdollisuus lähettää omia mittaustuloksia terveydenhuollon ammattilaisille. (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015, 82–92.) Digibarometri (2015, 8–25) tukee käsitystä sähköisen potilasohjauksen vähäisyydestä. Suomi sijoittuu hyvin maailman kärkimaihin sähköisen asiain edellytyksissä mutta sijoitus on selkeästi huonompi hyödyntämisessä ja erityisesti julkisella sektorilla.

3.3 Potilaiden omahoito

Omahoidossa on keskiössä ihmisen oma tahto häntä koskevassa hoidossa ja hoitoon liittyvissä päätöksissä. Omahoidossa suhde ammattilaiseen on vuorovaikutteinen valmennussuhde. Ammattilaisen rooli omahoidossa on tukea ja valmentaa potilasta tulevaan leikkaukseen tai pitkäaikaisrauden hoidossa. Potilaan omahoitoa voidaan tukea tietojärjestelmien avulla tarjoamalla tietoa ja valmennusta päätöksenteossa sekä ongelmien ratkaisussa. (Seppälä & Nykänen 2014, 1–2.) Potilaiden omahoidon tukeminen tulee ottaa osaksi potilaan hoitoa ja määrittää hoitoon osallistuvan tiimin jäsenten roolit sekä tehtävät. Selkeä toimintamalli tukee potilaiden omahoitoa ja tuottaa potilaille terveyshyötyä. (Kuronen 2015, 71–73.)

Esimerkiksi polven tekonivelleikkauspotilaiden ohjauksella ennen leikkausta pystytään lisäämään potilaiden omahoitoa ja aktiivisuutta. Ohjauksen myötä potilaat sitoutuvat harjoitteluun ja saavat valmiuksia kivun hallintaan. Harjoitteluohjelmien ohjauksen muodoksi suositellaan CD- ja kirjallista materiaalia. Materiaalien yhteiskäyttö helpottaa potilaita ymmärtämään ja toteuttamaan harjoitteluohjelmia paremmin kuin pelkkä ohjaus. (Chen, Chen & Lin, 2013, 279–286; Hermann 2002.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todetaan ortopedisten potilaiden opetuksella ja ohjauksella olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoidossa. Tutkijat esittävät jatkotutkimusaiheeksi potilaiden omien voimavarojen ja kykyjen tunnistamista. Sairaalahoitajaksojen lyhyys ja vähentyneet henkilöstöresurssit ovat lisänneet potilaiden vastuuta omasta hoi-

dosta ja kuntoutumisesta. Sen vuoksi on entistä tärkeämpää tukea potilaita omahoitoon. (Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto & Salanterä 2005, 212–223.)

Kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa on esitetty positiivisia tuloksia sähköisestä asioinnista terveydenhuollossa. Omien tietojen tarkastelu ja korjaus vaikuttavat myönteisesti potilaiden valtaistumiseen ja sitoutumiseen omaan hoitoonsa. Myös päätöksenteontuki lisää potilaiden omaan hoitoon sitoutumista, ja viestinvälitys ammattilaisten kanssa varmistaa hoidon jatkuvuutta sekä parantaa potilastyytyväisyyttä. Potilaiden käytössä olevalla palveluhakemistolla on sen sijaan merkitystä potilastyytyväisyyteen. Pohjoismaisen näkemyksen mukaan potilasportaalien eli verkkopalveluiden käyttö on tulevaisuudessa lisääntymässä. Potilasportaalien hyötyinä nähdään resurssien säästö, tiedon siirtyminen ja tiedon sisällön varmistaminen. Kuitenkin yhtenä näkökulmana Tanskassa on tuotu esille henkilökohtaisen tapaamisen korvaamattomuus. (Hyppönen ym. 2014, 21–24.)

3.4 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilussa keskitytään ymmärtämään asiakkaiden unelmia, toiveita ja tarpeita. Pyrkimyksenä on kartoittaa asiakkaan tiedostettuja, mutta myös tiedostamattomia tarpeita, jotka löytämällä voidaan kehittää palveluja. Tarpeiden kartoittamiseen muotoilija, eli palvelun kehittäjä voi parhaiten hyödyntää suoraa vuorovaikutusta asiakkaisiin. Asiakkaiden mielipiteitä ja tarpeita voi kartoittaa etnografisin menetelmin. Muotoiluetnografiin kuuluvat haastattelut, suunnittelutyöpajat ja tuotemallien kokeilut, joiden avulla muotoilija ja asiakas ideoivat sekä oppivat yhdessä. (Hämäläinen, Vilkkä & Miettinen 2011, 61–67; Kaivo-Oja 2012, 71–73.)

Palvelumuotoilussa on tavoitteena huomioida palveluiden käyttäjien ja palveluntuottajien palvelutavoitteet, jolloin saadaan aikaiseksi toimivia palveluja. Palvelumuotoilussa yhdistetään perinteisiä asioita uudella tavalla ja tuodaan visualisoinnin avulla palveluketjun näkymättömät osat esille. Palvelumuotoilulla pyritään tuottamaan hyvää palvelua ja iloa asiakkaille sekä

luomaan myös julkisella sektorilla kilpailuetua organisaatiolle. (Kaivo-Oja 2013, 73–74; Koivisto 2011, 43–45; Miettinen, Raulo & Ruuska 2011, 12–15; Tuulaniemi 2011, 24–38.)

Palvelumuotoilussa palvelun keskiössä on ihminen ja organisaation tulee ymmärtää asiakkaan arvonmuodostus palvelussa sekä luoda mahdollisuus hyviin asiakaskokemuksiin. Asiakasymmärrys ja palvelukokemus ovat keskeisessä asemassa, kun halutaan muotoilla palvelut vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Keskeisiä asiakkaan arvonmuodostuksen elementtejä ovat: asiakkaiden tarpeet, odotukset, tottumukset, tavat, arvot, muiden ihmisten mielipiteet, palvelun hinta, palvelun ominaisuudet ja muiden vastaavien palveluiden hinta. (Miettinen 2011, 18–25; Tuulaniemi 2011, 67–82.)

Organisaatiossa oleva ymmärrys asiakkaan arvonmuodostuksesta mahdollistaa palveluiden kohdentamista vastaamaan asiakkaan arvoja. Arvopäätös on organisaation lupaus omasta toiminnasta ja palveluista asiakkaille, jotka palveluita käyttäessään arvioivat saadun palvelun arvoa. Terveystieteissä arvoa tuottavia asioita ovat esimerkiksi asiakkaiden käyttämän teknologian helppokäyttöisyys, palvelujen saatavuus ja yksilölliset palvelut. Edellisten arvojen lisäksi pyritään tuottamaan asiakkaille lisäarvoa eli asiakkaan kokema hyöty suhteessa hintaan. (Luukkonen 2012, 10–25, 51–58; Miettinen 2011, 25–27; Tuulaniemi 2011, 24–38.)

Hyvä palvelu ei riitä, vaan tulee pyrkiä palveluiden tarjoomalla eli palveluilla ja tavaroilla vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Hyvän tarjoaman luominen tarkoittaa vuorovaikutusta asiakkaisiin, jotta voidaan kehittää palvelut vastaamaan asiakkaiden toiveita. Markkinointi tulee kohdentaa asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin, yhtenä keinona on organisaation tarjoama tarina asiakkaille. Tarinan avulla voidaan avata ja selkiyttää palvelua sekä antaa asiakkaille tunnekokemus, kuten elokuvan tai romaanin markkinoinnissa. Nykypäivän haasteena on pysyä globaalissa ajassa ja muuttuvissa trendeissä mukana, sillä tietoteknologian laajentumisen myötä ihmisten arvot ja tarpeet ovat nopeasti muuttuvia. (Inkinen 2012, 86–87; Tuulaniemi 2011, 41–42.)

Tarinan markkinoinnilla pyritään luomaan brändi, jota mainostetaan sosiaalisessa mediassa ja sama brändi toistuu organisaation palvelupisteissä. Henkilöstöllä on tärkeä rooli brändin luomisessa ja vahvistamisessa, joten heidän toimintansa tulee tukea brändiä. Henkilökunnan aito kiinnostus ja halu vastata asiakkaiden tarpeisiin luovat mahdollisesti lisäarvoa tuottavan asiakaspalvelun. (Koivisto 2011, 42–53; Luukkonen 2012, 59–60; Tuulaniemi 2011, 41–53; ks. myös Vaajakallio & Mattelmäki 2011, 87–89.)

Palvelumuotoilun, brändin ja tarinan lisäksi tarvitaan palvelun arviointia. Palvelukonseptin yksi arviointimenetelmä on prototypointi eli koemallintaminen, joka tehdään ennen pilotointia. Koemallintamisen tarkoituksena on sujuvoittaa pilotointia sekä vähentää siihen tarvittavia resursseja. Tavoitteena on ottaa palvelun tai tuotteen käyttäjät mahdollisimman varhaisessa vaiheessa mukaan koemallintamiseen, jotta virheet havaitaan ja korjataan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Koemallintamista voidaan tehdä vielä lanseerauksen jälkeen, jolloin palveluntuottajan kiinteä yhteys asiakaisiin säilyy. (Tuulaniemi 2011, 194–196; Vaahtojärvi 2011, 131–141.)

4 PALVELUMUOTOILU JA TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISHANKKEESSA

4.1 Palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen yhdistäminen

Tässä kehittämishankkeessa yhdistyvät palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen menetelmät, koska menetelmät ovat monilta osin hyvin yhteneviä ja lähellä toisiaan. Keskeisinä elementteinä ovat toimintatutkimuksen työelämän kehittäminen ja palvelumuotoilun asiakasnäkökulma. Työelämän kehittäminen ja asiakasnäkökulma yhdistettyinä sopivat hyvin terveydenhuollon kehittämishankkeeseen. Tässä luvussa vertailen ja esittelen palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen menetelmiä liittyen tähän kehittämishankkeeseen. Kehittämishankkeen etenemisessä ja toteutuksessa pääpaino on palvelumuotoilulla ja tämän vuoksi olen käsitellyt toimintatutkimusta vähemmän kuin palvelumuotoilua.

Wetter Edmanin (2011, 19–25) mukaan palvelumuotoiluajattelu on lisääntynyt asiakalähtöisyysajattelun myötä, ja sitä hyödynnetään palveluiden sekä käytännön toteutuksen suunnittelussa. Toikko ja Rantanen (2009, 13–14) ja Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) kuvaavat, että toimintatutkimuksessa kehittämistoiminnalla pyritään muuttamaan jokin olemassa oleva konkreettinen asia tai käytännön toiminta. Kehittämistoiminnassa on oleellista saada kehitettävään toimintaan osallistuvat ihmiset aktiivisiksi ja osallistuviksi. Toimintatutkimuksen oleellinen tavoite on kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja käyttökelpoisuus.

Palvelumuotoilua tulisi hyödyntää palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä sekä tuoda näkyväksi organisaation strategiassa. Palvelumuotoilussa asiakkaan palvelutuokioista muodostuu palvelupolku. Palvelupolun mahdollisimman tarkka määrittely ja prosessin sujuvuus tulee testata ennen käyttöönottoa, erityisesti ennen sähköisen palvelun käyttöönottoa. Palvelupolku tulisi pilotoida, testata, arvioida ja tehdä tarvittavia muutoksia. Pilotointi on tärkeää, jotta asiakkaan toiveet palvelun hyödyllisyydestä, käytettävyydestä, johdonmukaisuudesta ja haluttavuudesta toteutuvat. Lisäksi on oleellista analysoida kuinka eri palvelut tukevat toisiaan, eli

kuinka sujuvasti palveluprosessi toimii. Menestyvän palvelun takana ovat asiakasnäkökulman ja liiketoiminnan näkökulman yhdistyminen, jotka muodostavat keskenään symbioosin. (Seppälä & Nykänen, 2014, 24–25; Tuulaniemi 2011, 58–92, 95–103; Vaajakallio & Mattelmäki 2011, 77–83.)

Palveluiden kehittäminen koostuu pienistä osista, joista muodostuu palvelukokonaisuus. Palveluiden tulee tukea toinen toisiaan ja organisaation henkilökunnan tulee ymmärtää, kuinka eri palvelut muodostavat yhdessä kokonaisuuden. (Koivisto 2011, 48; Luukkonen 2012, 60; Tuulaniemi 2011, 58–67.) Vilkan (2010, 2) mukaan toimintatutkimuksessa yhdistyvät ammatillinen taito ja -tieto sekä käyttäjätutkimus ja ammatillinen viestintätaito. Toikko ja Rantanen (2009, 66) kuvaavat kehittämistoimintaa spiraalimaisena kehänä, jossa kehitetty tuotos tuodaan uudelleen arvioitavaksi. Kehät toistuvat syklinä, johon kuuluvat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi. Kehiä toistetaan, kunnes saavutetaan toivottu kehittämisen tulos.

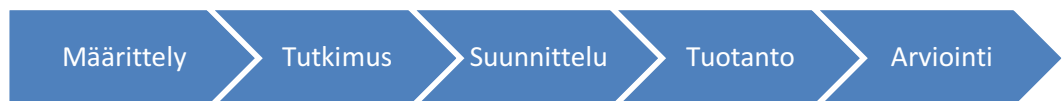
Palvelumuotoilussa keskeisenä ajatuksena on eri osapuolten osallistaminen palvelun kehittämiseen, joka vaatii ymmärrystä kehitettävästä asiasta. Tähän voidaan käyttää visualisointia, mikä on kommunikointia ja kirjoitettua tekstiä vahvempi väline. Kehitettävästä kohteesta voidaan luoda nopeasti ratkaisu, mikä tarkoittaa iteratiivista kehitysmenetelmää. Ratkaisua iteroidaan eli toistetaan sekä kehitetään, kunnes tavoite on saavutettu. (Tuulaniemi 2011, 28, 112–117; Vaajakallio & Mattelmäki 2011, 77–82.)

Asiakaspalautteissa tulisi numeraalisen arvioinnin sijaan keskittyä asiakkaiden antamiin kehitysehdotuksiin. Asiakasymmärryksessä pyritään ennakoidaan ja tunnistamaan asiakkaiden tarpeet, jolloin tavoitteena on kyetä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin jo ennen asiakkaan antamaa palautetta. Asiakaskokemus koostuu kolmesta osasta, jotka ovat merkitys, tunteet ja toiminta. Asiakaskokemus, kuten palvelu, on prosessi ja vain osa prosessista näyttäytyy asiakkaalle. Tätä prosessia voidaan kuvata palvelupolulla, jossa näkyvät kaikki prosessin vaiheet. (Hämäläinen, Vilka &

Miettinen 2011, 68–69; Tuulaniemi 2011, 58–82.) Tässä kehittämishankkeessa tekonivelpotilaan hoitopolku kuvaa palvelupolkua ja tapahtumat hoitopolulla kuvaavat palvelutuokioita.

4.2 Palvelumuotoilun ja toimintatutkimuksen etenemisvaiheet

Palvelumuotoiluprosessi (kuvio 2) etenee vaiheesta toiseen, jotka ovat määrittely, tutkimus, suunnittelu, tuotanto ja arviointi (Tuulaniemi 2011, 28; 112–117; ks. myös Miettinen 2011, 37; Wetter Edman 2011, 70). Vastavasti toimintatutkimuksessa kuvataan etenemistä spiraalina (kuvio 3), jossa tarvittaessa palataan toteutuksen ja arvioinnin jälkeen takaisin suunnitteluvaiheeseen. Spiraalin eri vaiheet ovat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Toikko & Rantanen 2009, 66 – 67.)



KUVIO 2. Palvelumuotoiluprosessi (Tuulaniemi 2011, 28)

Määrittelyvaihe jakautuu kahteen osaan, jotka ovat kehittämishankkeen tai projektin aloittaminen ja esitutkimusvaihe. *Kehittämishankkeen aloittamisvaiheessa* selvitetään kehittämishankkeen tavoitteet ja laaditaan brief eli kehittämishankkeen suunnitelma. Tavoite ei välttämättä ole selkeä, mutta on tärkeää määrittää kohderyhmä ja asiakastarve, johon pyritään vastaamaan. Lisäksi on tärkeää selvittää organisaation liiketoiminnalliset tai muut tavoitteet. *Esitutkimusvaiheessa* määritetään organisaation visio ja tavoitteet sekä käsitys palvelun tuottavasta organisaatiosta ja strategiasta. Käsitystä selventämään luodaan esimerkiksi MindMap eli käsitekartta, johon kerätään tietoa ja ideoita kehitettävästä aiheesta. (Tuulaniemi 2011, 130 – 141; ks. myös Miettinen 2011, 32–33.) Toimintatutkimuksessa kirjallisella lähdeaineistolla luodaan viitekehys tutkimukselle sekä luodaan teoreettinen tausta tutkimustiedon tulkinneille. Kehittämishanke voi perustua uuden

idean kehittämiseen tai olemassa olevien toimintojen parantamiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 15; Vilkkä 2010, 2).

Palvelumuotoilun tutkimusvaihe jakautuu kahteen osaan, jotka ovat *asiakasymmärrys ja strateginen suunnitteluvaihe*. *Asiakasymmärrysvaiheessa* kerätään tietoa asiakkaiden toiveista ja tarpeista, joihin palvelulla pyritään vastaamaan. Tiedon keräämiseen käytetään usein laadullisia menetelmiä, joiden avulla saavutetaan asiakasymmärrys. Organisaatiossa oleva hiljainen tieto ja tausta-aineistot toimivat asiakasymmärryksen, sekä henkilöstön tarpeiden ja odotusten aineistona. (Miettinen 2011, 31–32; Tuulaniemi 2011, 142–145.) Toikon ja Rantasen (2009, 16) mukaan kehittämishankkeessa hyödynnetään asiantuntijoiden ammatillista osaamista, erityisesti uusien työmenetelmien kehittämisessä.

Palvelumuotoilussa haastattelu on yleisesti käytetty menetelmä asiakasymmärryksen kartoituksessa. Haastattelua voidaan ohjata ja syventää haastattelutilanteeseen tehdyllä design-pelillä. Design-peli voi olla pelilauta, kortteja tai karttoja, joiden avulla luodaan yhteinen näkökulma monialaiselle ryhmälle ja luovaa ajattelua tukeva ilmapiiri. Saadun tiedon pohjalta pyritään luomaan asiakasprofiili ja siihen sopivat suunnitteluohjurit eli design drivers. Nämä suunnitteluohjurit eli suunnittelua ohjaavat tekijät ovat tiivistyksiä palvelun sisällöstä ja tarpeista, jotka ovat selvinneet asiakastutkimuksesta. (Hämäläinen ym. 2011, 63–65; Tuulaniemi 2011, 146–179.)

Strategisessa suunnitteluvaiheessa tarkennetaan kehittämishankkeen suunnitelmaa eli briefiä tutkimusvaiheessa saadun tiedon pohjalta. Tavoitteena on tarkentaa organisaation strategiset tavoitteet. Lisäksi luodaan kilpailustrategia, eli kuinka tällä tuotteella erotutaan kilpailijoista sekä varmistetaan asiakasymmärryksen näkökulmasta palvelun vastaavuus asiakkaiden tarpeeseen. (Miettinen 2011, 26–30; Tuulaniemi 2011, 142–179.)

Vastaavasti toimintatutkimus on usein työelämälähtöistä ja tutkimuksella on selkeä kohde. Toimintatutkimuksella voi olla toimeksiantaja/yhteistyökumppani, jonka kanssa sovitaan tutkimuksen kohteesta ja tavoitteista.

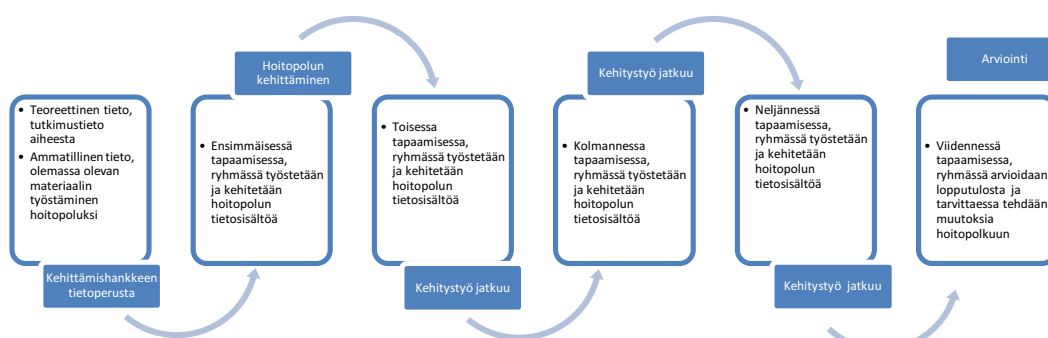
Toimintatutkimuksen avulla voidaan tuottaa työelämään esimerkiksi projektitöitä, mutta tuotteen käyttökokemus antaa lopullisen muotonsa tuotteelle. Taustatietoa kohteesta hankitaan yhteistyökumppanin välityksellä, mahdollisista aikaisemmin kohteesta tehdyistä tutkimuksista tai ammatillisesta kokemukseen perustuvasta tiedosta ja kohteesta olevasta materiaalista. Taustateoria ja keskeiset käsitteet määritellään yleisten tutkimusohjeiden mukaisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 14–18; Vilka 2010, 3–9.)

Tässä kehittämishankkeessa hoitopolun tietosisältö perustuu olemassa olevaan tekonivelasiantuntija-ammattilaisten tietoon ja kokemukseen sekä tutkimustietoon aiheesta. Hoitopolkua työstävät ja kehittävät tekonivelpotilaiden hoitoon osallistuvat ammattilaiset ja kehittäjä eli minä. Kehittämishankkeeseen osallistuvilla ammattilaisilla on vuosien työkokemuksen kautta muodostunut selkeä ja laaja-alainen kuva potilaiden tilanteesta ja odotuksista liittyen tekonivelleikkaukseen.

Suunnitteluvaiheen osat ovat ideointi, konseptointi ja prototypointi. Suunnitteluvaihetta kuvaa syklisyys eli kehitettyä suunnitelmaa testataan ja kehitetään edelleen. Design-pelin avulla voidaan visualisoimalla luoda ja syventää yhteistä ymmärrystä kehitettävästä asiasta. Ideointi vaiheessa asiakasymmärryksestä nousseita ideoita kehitetään ja testataan mahdollisimman nopeasti oikealla kohderyhmällä. Testauksen jälkeen yhteiskehittäminen jatkuu, toimivia ideoita jalostetaan ja kehitetään edelleen sekä luodaan palvelulle mittareita. *Konseptointi- ja prototypointivaiheessa* jatketaan edelleen luotujen konseptien testaamista kohderyhmän kanssa ja pyritään tunnistamaan palvelun kriittiset kohdat. Luodulle palvelulle määritetään palvelukanavat ja luodaan kanavastrategia, eli kuinka palvelu vietään markkinoille. (Tuulaniemi 2011, 148–149, 180–226; Vaahtojärvi 2011, 136–137; Vaajakallio & Mattelmäki 2011, 81–83.) Wetter Edmanin (2011, 81–82) näkemyksen mukaan palvelumuotoilussa tulisi tarkemmin kuvata keinoja ja työkaluja, kuinka käyttäjiä hyödynnetään muotoilussa.

Toimintatutkimuksellisen kehitystyön onnistumisen edellytyksiä ja haasteita ovat osallistuvan ryhmän jäsenten sitoutuminen ja keskinäisen toiminnallisen vastuun kantaminen. Ryhmä suunnittelee ja analysoi kehitettävän

toiminnan jokaista vaihetta spiraalimaisena kehänä sekä tarkastelee kriittisesti eri vaiheiden suhdetta toisiinsa. (Kuvio 3.) Kehässä palataan tarvittaessa takaisin suunnitteluvaiheeseen ja aloitetaan kehittämisen suunnittelu uudelleen. Kehittämishankkeen arviointi perustuu kehittämistoiminnan dokumentoinnin analysointiin. Dokumentoidun aineiston pohjalta arvioidaan kehittämishankkeen tavoitteita, toimintaa ja tuloksia. Arvioinnin perusteella täsmennetään kehittämistoimintaa ja kehittämisen kohteita. Toimintatutkimusta on myös kritisoitu sen tilannesidonnaisuuden, tutkimuksellisten vajuuksien ja tutkijariippuvuuden vuoksi. (Metsämuuronen 2000, 28–31; Toikko & Rantanen 2009, 8, 66–67, 82–83.)



KUVIO 3. Kehittämistoiminnan sykli Metsämuurosta (2000, 28–31) mukaillen

Palvelutuotantovaihe jakaantuu pilotointiin ja lanseeraukseen. Pilotoinnissa palvelu viedään markkinoille asiakkaiden arvioitavaksi ja palvelua kehitetään saadun palautteen mukaan. Toteutusmallia ja liiketoimintamallia kehitetään pilotoinnista saadun kokemuksen mukaan. Lanseerausvaiheessa tehdään palvelun dokumentointi, määritetään henkilökunnan roolit, vastuut ja tehtävät. Tavoitteena on täsmentää kaikille palveluun osallistuville, minkälaisia resursseja palvelun tuottaminen vaatii. Palvelun lanseeraus markkinoille vaatii henkilökunnan koulutusta, jotta palvelu voidaan ottaa käyttöön. Palvelun istuttaminen käytäntöön ja palvelun mittareiden täsmentäminen ovat tärkeitä osia lanseerauksessa. (Miettinen 2011, 37–38; Tuulaniemi 2011, 136–228.)

Palvelumuotoiluprosessin viimeinen vaihe on *arviointi ja jatkuva kehittäminen*. Palvelun kehittämisen perustana ovat asiakaskokemus ja palaute, joiden perusteella pyritään myös arvioimaan palvelun liiketoiminta-arvoa. Tavoitteena on, että pysytään jatkuvan kehittämisen tilassa ja palvelusta tulee osa vakiotoimintaa. (Tuulaniemi 2011, 239–244; Vaahtojärvi 2011, 137–138.) Wetter Edman (2011, 29) muistuttaa, että palvelumuotoilun strategia ja sen onnistuminen ovat usein tietyllä asteella ympäristö- ja henkilöriippuvaisia.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUMINEN PALVELUMUOTOILUN VAIHEIDEN MUKAISESTI

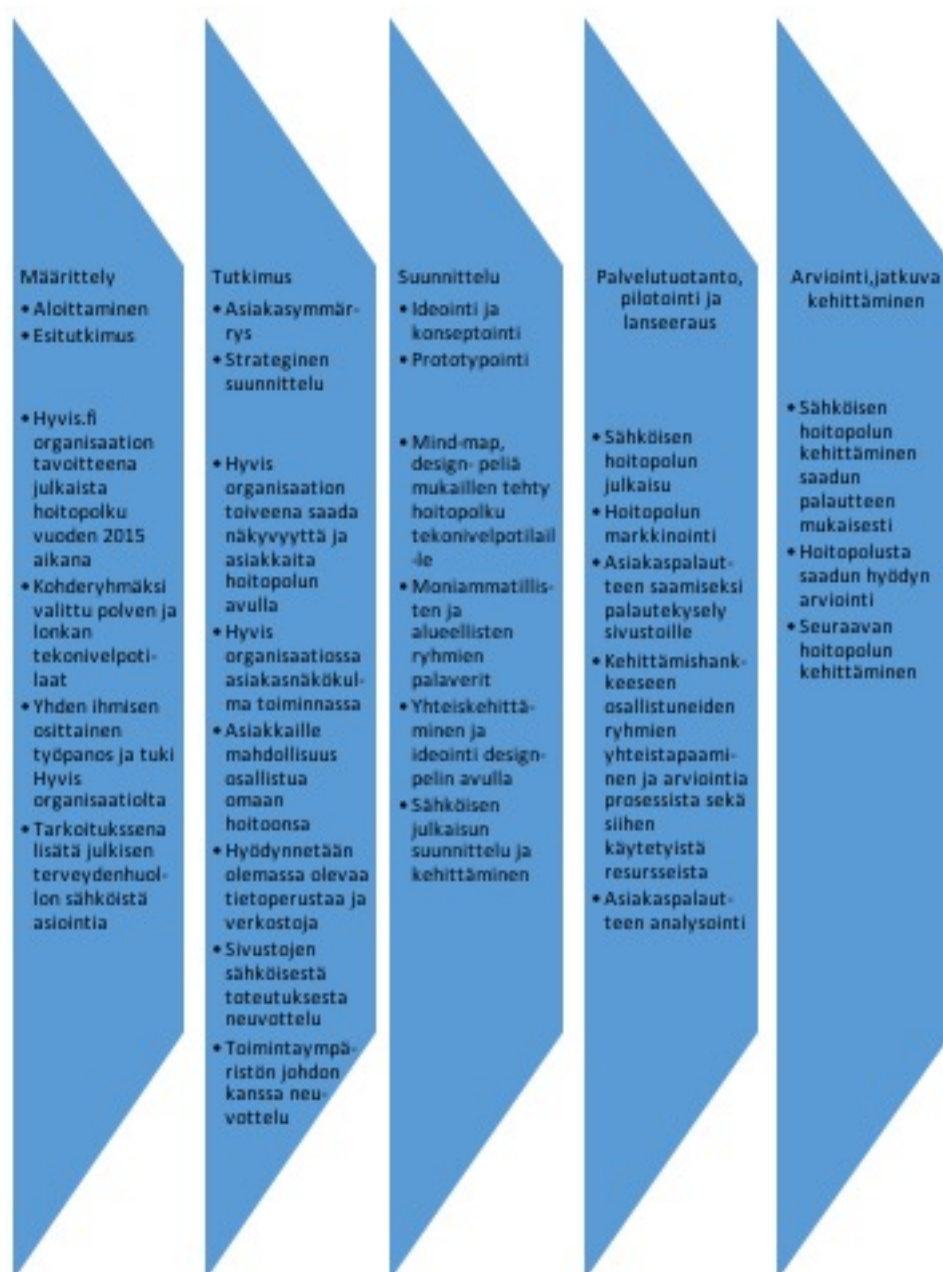
5.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Tässä kehittämishankkeessa palvelumuotoilun hyödyntäminen tarkoittaa Hyvis- ja PHSOTEY -organisaatioiden, ammattilaisten ja tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden yhteisten näkemysten ja tavoitteiden mukaisesti luotua sähköistä hoitopolkua. Luvuissa 4.1 ja 4.2 on esitelty yleistä palvelumuotoiluprosessia ja toimintatutkimusta, joita on kuvattu kuvioissa 2 ja 3. Seuraavissa luvuissa kerron yleisellä tasolla kehittämishankkeen etenemisen, joka on kuvattu tässä luvussa kuviossa 4. Määrittelyvaiheessa tavoitteena oli kehittämishankkeen idean täsmentäminen ja kehittämishankkeen alustavan suunnitelman laadinta. Määrittelyvaiheessa minä ja Hyvis.fi Päijät-Hämeen projektipäällikkö suunnittelimme ja kehitimme ideasta kehittämishankkeen.

Tutkimusvaiheessa keräsin organisaatiossa käytössä olevan potilasohjausmateriaalin eli hoitopolun tietosisältöä. Kehittämishankkeen olennaisena ja tärkeänä tietoperustana olivat olemassa oleva materiaali ja ammattilaisten tietotaito. Suunnitteluvaiheen kehittämistapaamisissa eli palvelumuotoiluryhmän tapaamisissa keskiössä olivat hoitopolun tietosisällön muotoilu ja mahdollisen uuden materiaalin tuottaminen hoitopolulle. Palvelumuotoiluryhmään osallistui erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon proteesiryhmien moniammatillisia terveydenhuollon asiantuntijoita, kuten luvussa 2.1. on kuvattu. Koko kehittämishankkeeseen osallistuneet henkilöt on kuvattu kuviossa luvussa 5.4 kuviossa 6.

Tuotantovaiheessa oli hoitopolun sähköisen version pilotointi, johon hankin kokemusasiantuntijoita testaamaan sähköistä hoitopolkua. Pilotoinnin jälkeen tapahtui sähköisen hoitopolun julkaisu Hyvis.fi ja PHSOTEY www-sivuilla. Arviointivaiheessa proteesiryhmien tapaamisessa proteesiryhmien jäsenet ja minä arvioimme muotoiluprosessia ja teimme palautteen vaatimat muutokset hoitopolulle. Seuraavissa luvuissa on kuvattu tarkemmin eri

vaiheiden sisältö ja kehittämishankkeen eteneminen palvelumuotoilua hyödyntäen.



KUVIO 4. Palvelumuotoiluprosessi tekonivelpotilaan hoitopolulla

5.2 Määrittelyvaihe, aloittaminen ja esitutkimus

Idea sähköiseen hoitopolkuun tuli Päijät-Hämeen Hyvis.fi projektipäälliköltä, jonka toiveena oli kehittää sähköisiä hoitopolkuja Hyvikseen. Hoitopolun aiheeksi soveltui lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaat. Tekonivelleikkauspotilaat ovat suurin yksittäinen leikkauspotilasryhmä Päijät-

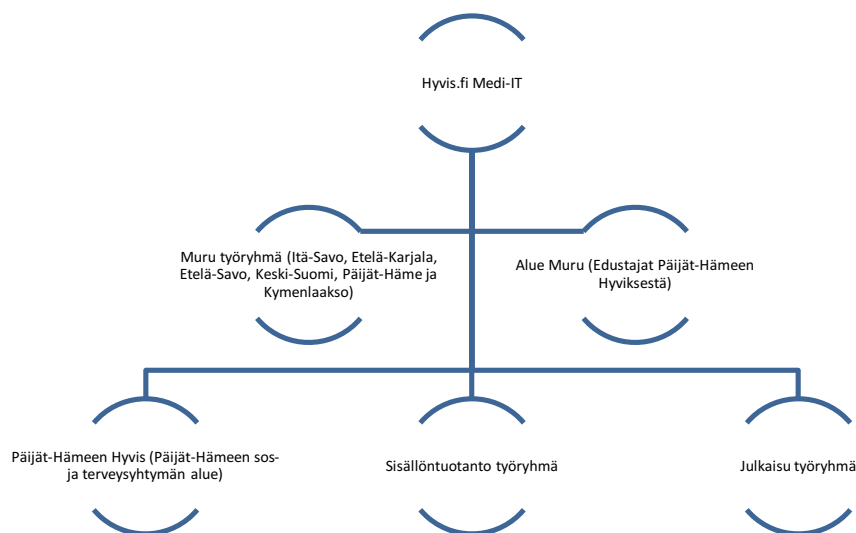
Hämeen alueella ja potilailta edellytetään omaehtoista valmistautumista leikkaukseen. Lisäksi olen toiminut usean vuoden ajan tekonivelpotilaiden asiantuntijasairaanhoitajana Päijät-Hämeen keskussairaalassa, joten minun asiantuntijuuttani voitiin hyödyntää kehittämishankkeessa.

Aloitin syksyllä 2014 kehittämishankkeen tietoperustaan tutustumisen ja kehittämishankkeen suunnittelun. Kehittämishankkeessa en toteuttanut varsinaista tutkimusvaihetta. Tutkimuksellista kehittämistä ja palvelumuotoilun asiakasymmärryksen muodostamista mukailen keräsin teoreettista tietoa ja ammattilaisten käytössä olevaa tietoa. Kerätystä tiedosta muodostui lähtökohta ja tietoperusta suunnitteluvaiheen muotoiluun. Tein suunnitelman palvelumuotoiluryhmän kokoonpanosta, joka koostui olemassa olevista proteesiryhmistä ja tekniseen toteutukseen osallistuvista henkilöistä eli hoitopolun toimijoista. (Kuvio 6.)

Kehittämishanke oli osa Hyviksen kehittämistä ja käyttöönottoa, joten kehittämishankkeen aikataulu oli hyvin riippuvainen muista kehittämisprosesseista ja resursseista. Kehittämishankkeen aikatauluun vaikuttivat hoitopolun teknisestä toteutuksesta huolehtivan henkilön aikataulu, PHSOTEY:n uuden verkkosivuston valmistuminen ja Medi-IT Hyvis yhteistyöhenkilöiden aikataulut. Aikatauluun vaikuttavista monista tekijöistä johtuen kehittämishankkeen tärkeimpänä vähimmäistavoitteena oli luoda teoriapohja ja malli hoitopolusta. Aikataulun salliessa oli suunnitelmana hoitopolun sähköiseen muotoon tuottaminen vuoden 2015 aikana.

Uusista toiminnoista Hyvis.fi sivuille täytyi neuvotella Alue Muru –työryhmässä, eli kaikkien kuuden Päijät-Hämeen Hyvis-sairaanhoitopiirin yhteisessä jäsenistössä. Alue Muru -työryhmä tukee uusien sähköisten toimintojen suunnittelua ja toteutusta antamalla kokemuksia jo tehdyistä käytöönotoista. (Päijät-Hämeen Hyvis-projekti 2014, 4.) Alueellisessa työryhmässä päätetään yhteisistä linjoista ja tehdyt suunnitelmat hyväksytetään omissa organisaatioissa (Päijät-Hämeen Hyvis-projekti 2014, 7).

Päijät-Hämeen alueellinen sisällöntuotantoryhmä ja julkaisutyöryhmä vastaavat portaalin sisällöstä sekä asiakkaan sisäisestä viestinnästä (henkilökunta) ja ulkoisesta viestinnästä (kansalaiset). Sisältö on hyväksyttävä omissa organisaatioissa (Erikoissairaanhoido, Aava, Oiva, Lahti ja Heinola) ja sen tulee noudattaa Hyvis -julkaisemisen periaatteita. Vaatimuksena on tuottaa uutta tietoa säännöllisesti. (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 8.) Kuviossa 5 on kuvattu Hyvis.fi organisaatiota ja siinä olevia työryhmiä.



Kuvio 2. Hyviksen eri työryhmien kuvaus (Päijät-Hämeen Hyvis -projekti 2014, 8)

5.3 Tutkimusvaihe, asiakasymmärrys ja strateginen suunnitteluvaihe

Kehittämishankkeen tutkimusvaiheessa loin asiakasymmärrystä ja tein strategisen suunnitelman kehittämishankkeen etenemisestä. Kehittämishankkeen suunnittelun aloitin lokakuussa 2014 ja hoitopolun hahmottamiseksi tein MindMap kartan sekä sen pohjalta mukailun design-pelin. (Liite1.) Kehittämishankkeen toteutuksesta neuvottelin Hyvis.fi vastaavan tuottajan eli Medi-IT edustajan ja PHSOTEY viestintäyksikön kanssa. Kehittämishankesuunnitelman esittelin lokakuussa 2014 alueellisessa Muru-kokouksessa, jossa olivat paikalla alueelliset toimijat eli edustaja jokaisesta Hyvis Päijät-Hämeen organisaatiosta. Esittelin kehittämishankkeen edellä mainituille yhteistyökumppaneille ja sain hyväksynnän kehittämishankkeen toteuttamiseen. Kehittämishanke vastaa hyvin Hyvis.fi organi-

saation seudullisia tavoitteita, sillä tekonivelleikkauspotilaat asuvat eri puolilla Päijät-Hämettä ja kulkevat saman prosessin läpi tekonivelleikkaukseen liittyen.

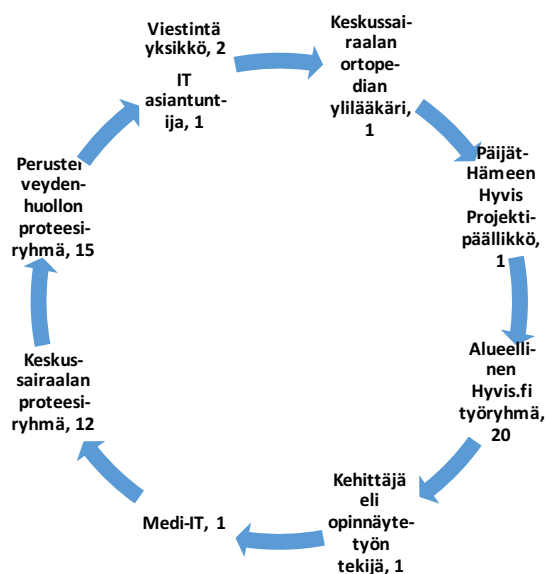
Ammattilaisten toiveiden ja tarpeiden selvittämiseksi keräsin organisaatiossa olemassa olevan tiedon tekonivelleikkauspotilaiden hoitopolusta ja vallitsevista käytänteistä. Näistä koostui hoitopolun kirjallinen tietosisältö ja pohja mukailulle design-pelille, jota käytin proteesiryhmien tapaamisissa keskustelua ohjaavana ja syventävänä työkaluna. Tein suunnitelman eri toimijoiden tapaamisista ja tapaamisten tavoitteista.

Sovin tapaamisen tekonivelpotilaiden hoidosta vastaavan ylilääkärin kanssa ja esittelin hänelle hoitopolun kehittämishankesuunnitelman. Tässä tapaamisessa ylilääkäri tarkasti hoitopolun tietosisällön ja lupasin tiedottaa kehittämishankkeen etenemisestä ylilääkärinä. Poiketen palvelumuotoilu-prosessista, en tehnyt tutkimusta asiakkaiden toiveista ja tarpeista. Perustin asiakasymmärryksen moniammatillisen proteesiryhmän kokemukseen. Proteesiryhmän jäsenet olivat saaneet hoitopalautetta potilailta vuosien saatossa. Tietoperustaan hyödynsin organisaatiossa olevaa tietoa eli kirjallisia potilasohjeita. Potilasohjeita on muokattu ja uusittu potilaspalautteiden perusteella tarpeen mukaan.

Kehittämishankkeeseen osallistui moniammatillisia toimijoita erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja Medi-IT:ltä. Tähän kehittämishankkeeseen osallistuvat toimijat ja heidän lukumääränsä numeroina olen esittänyt kuviossa 6. Tein suunnitelman kehittämistapaamisista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon proteesiryhmien kanssa ja lähetin kutsut kehittämistapaamisiin. Muiden toimijoiden, esimerkiksi viestintäyksikkö, kanssa sovin tapaamiset sähköpostin tai puhelimen välityksellä.

Neuvottelin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän viestintäpäällikön kanssa hoitopolun julkaisusta Hyvis.fi sivustojen lisäksi PHSOTEY -internetsivuilla. Viestintäpäällikön kanssa työskenteli siviilipalvelusmies, jolla oli koulutusta ja kokemusta kuvaamisesta sekä tietoteknisistä ratkaisuista, joita tarvittiin hoitopolun toteuttamisessa. Heidän kanssaan suunnittelin

hoitopolun tietotekniset ratkaisut, tarvittavien aineistojen kuvaukset sekä kielellisen ulkoasun. Tarkoituksena oli liittää hoitopolulle videomateriaalia. Videoissa esiteltiin apuvälineiden käyttö, harjoitteluohjelmat ja valmistautuminen tekonivelleikkaukseen. Tarkoituksena oli, että potilaat voivat tutustua aiheeseen sekä kirjallisen materiaalin että kuvien ja videoiden avulla.



KUVIO 6. Hoitopolun toimijat.

5.4 Suunnitteluvaihe, ideointi ja konseptointi sekä prototypointi

Suunnittelin palvelumuotoiluryhmän eli proteesiryhmien kehittämistapaamisten aikataulut ja sisällöt sekä tavoitteet. Sovin laatimani aikataulun mukaisesti kehittämistapaamiset, joissa ohjasin keskustelua haastattelumenetelmin hoitopolun palvelutuokioihin hyödyntäen Design -peliä. Palvelutuokiot ovat niitä kohtia, joissa potilas tapaa ammattilaisen hoitopolkunsavarrella. Kehittämistapaamisissa kehitimme luomaani kirjallista tietosisältöä hoitopolkuun. Tietosisällöstä luotiin sähköinen hoitopolku.

Viestintäyksikön siviilipalvelusmies teki tietoteknisen toteutuksen minun kanssani yhteistyössä. Kokosin kokemusasiantuntijoista eli tekonivelleikkauksen kokeneista henkilöistä ryhmän, jotka testasivat sähköistä hoito-

polkua. Hoitopolulla oli Webropol -palautekysely (liite 3), jonka välityksellä kokemusasiantuntijat antoivat hoitopolusta palautetta ja arviointia. Palautteet ja kehittämisehdotukset vein proteesiryhmien tapaamiseen.

Ensimmäinen ja toinen kehittämistapaaminen olivat keskussairaalan proteesiryhmälle. Kolmas kehittämistapaaminen oli perusterveydenhuollon proteesiryhmän kanssa. Neljäs kehittämistapaaminen oli silloin, kun hoitopolun tietosisältö oli saatu valmiiksi ja alustavaa sähköistä versiota oli näytettävissä. Neljänteen kehittämistapaamiseen osallistuivat sekä perusterveydenhuollon että keskussairaalan proteesiryhmät. Neljännen kehittämistapaamisen tavoitteena oli käydä yhdessä läpi koko hoitopolku, esitellä eri palvelutuokioiden käytänteet sekä tehdä tarvittavia muutoksia hoitopolkuun. Viides kehittämistapaaminen proteesiryhmien kanssa oli hoitopolun julkaisun jälkeen, jolloin olimme saaneet hoitopolusta arviointia kokemusasiantuntijoilta.

Proteesiryhmien kehittämistapaamisissa keskityttiin palvelutuokioiden tietosisällön ja toiminnan tarkasteluun sekä kehittämiseen. Moniammatilliset ja eri organisaatioiden toimijat toivat jokainen oman näkökulmansa tietosisältöön. Kehittämistapaamiset mahdollistivat koko hoitopolun tarkastelun ja kehittämisen sekä yhtenäisen toimintamallin vahvistamisen. Palautteen perusteella sovimme jatkotapaamisista, hoitopolun kehittämisestä sekä vastuuhenkilöistä.

5.5 Tuotantovaihe

Organisaation uuden verkkosivualustan piti olla valmis kesällä 2016, mutta se ei valmistunut suunnitellussa aikataulussa. Tästä syystä neuvottelin uudelleen Medi-It toimijoiden ja viestintäyksikön kanssa eri vaihtoehtoista sekä mahdollisuuksista julkaista hoitopolku. Lopullinen ratkaisu oli vuokra-
paikka pilvipalvelusta, josta hoitopolku linkitettiin Hyvis.fi ja PHSOTEY -internetsivuille. Hoitopolku julkaistiin Hyvis.fi -sivuilla joulukuussa 2015.

Markkinointia varten tein A4 -kokoisen hoitopolkumainoksen (liite 4), jonka Päijät-Hämeen keskussairaalan hoidonvaraaja lähetti ajanvarauskutsukirjeiden mukana tekonivelleikkaukseen tuleville potilaille. Lisäksi kirurgian poliklinikalla hoitajat antoivat hoitopolkumainoksia tekonivelleikkaukseen tuleville potilaille. Perusterveydenhuollon proteesiryhmäläiset laittoivat mainoksia hoitopolusta yksiköidensä ilmoitustauluille. Mainostin hoitopolkua Hyvis Päijät-Häme Facebook ja PHSOTEY Facebook -sivuilla sekä kirjoitin Nivelyhdistyksen Niveltieto lehteen artikkelin hoitopolusta.

Molempien proteesiryhmien toinen yhteinen kehittämistapaaminen oli tammikuussa 2016. Tapaamisessa ryhmän jäsenet arvioivat palvelumuotoilu-prosessia, käytettyjä resursseja ja tuotettua palvelua eli hoitopolkua. Käsitelmin ryhmän jäsenien kanssa hoitopolusta saadut palautteet ja teimme tarvittavat muutokset hoitopolkuun. Hoitopolulle tehtävät muutokset olivat kirjoitusvirheiden korjaamista ja muutamien lauseiden sisällön tarkentamista. Palautteiden perusteella ei ollut tarvetta tehdä sisällöllisiä muutoksia. Muutamissa palautteissa oli toiveita tarkentaa fysioterapian tiettyjä osuuksia ja kuntoutumisen aikataulua. Nämä tarkennukset jäivät vastuuhenkilöille kehitettäväksi ja niihin sovimme palattavaksi seuraavassa tapaamisessa. Tulevaisuutta ja jatkuvaa kehittämistä varten sovimme hoitopolun vastuuhenkilöt ja teimme hoitopolun kehittämissuunnitelman. Sovimme seuraavan tapaamisen alustavan ajankohdan ja kutsukäytänteen tapaamiseen.

5.6 Arviointi

Proteesiryhmien tapaamisissa hyödynsimme hoitopolun kyselystä saatua palautetta, koimme palautteen hyväksi mittariksi asiakasymmärrykseen. Keskustelimme hoitopolun toteutuksesta ja käsitelimme proteesiryhmien antaman kirjallisen palautteen yhdessä. Sovimme, että pyrimme ylläpitämään jatkuvaa kehittämistä. Kehittämisen tavoitteena on, että hoitopolku palvelee mahdollisimman hyvin tekonivelpotilaita ja vastaa meidän organisaatioidemme tavoitteita. Proteesiryhmien tapaamiset ovat tärkeässä roo-

lissa hoitopolun kehittämisessä. Päätimme, että annamme hoitopolulla olevan kyselyn olla käynnissä ja hyödynnämme vastauksia hoitopolun arviointiin jatkossakin.

6 AINEISTON KERUU

6.1 Keskustelu haastattelua mukaillen

Haastattelu on yksi yleisimmistä aineiston keruutavoista, haastattelun toteutukseen on erilaisia tapoja. Haastattelun onnistumista voi haastattelija edistää valmistautumalla huolella haastatteluun ja tutustumalla kohteeseen. Haastattelun aikana haastateltavia tulee motivoida, haastattelijan tehtävänä on toimia keskustelun ohjaajana sekä luottamuksen luojana. Haastattelu sopii hyvin menetelmäksi, jos halutaan selventää ja syventää olemassa olevaa tietoa sekä liittää saatu tieto isompaan kontekstiin. Haastattelutilanteen sosiaalinen paine saattaa muokata haastateltavien vastauksia, tämän vuoksi haastattelu vaatii tekijältään taitoa ja kokemusta. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34–35, 61–63; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 204–212; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; kts. myös Breitenfelder, Hofinger, Kaupa & Picker 2004.)

Haastattelun voi suorittaa monella eri tavalla, esimerkiksi yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastatteluun on mahdollista koota täsmäryhmä, jonka jäsenet jakavat yhteisen näkemyksen aiheesta. Täsmäryhmän jäsenet jakavat entuudestaan yhteisen näkemyksen lisäksi saman terminologian, mikä perustuu jaettuun/yhteiseen käytännön kokemukseen. Haastattelutilanteessa täsmäryhmän jäsenillä on mahdollisuus syventää ja tarkentaa omaa näkemystään sekä luoda itselleen kokonaiskuva aiheesta. Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne ja jokainen täsmäryhmän jäsen tuo oman näkemyksensä yhteiseen keskusteluun. Näkemysten jakaminen keskusteltavasta asiasta muodostaa yhteisiä merkityksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 41–61; Hirsjärvi ym. 2014, 210–211; kts. myös Breitenfelder, Hofinger, Kaupa & Picker 2004.)

Vuorovaikutuksen ja keskustelun tukena haastattelutilanteessa voivat olla valitut teemat, joiden mukaisesti haastattelutilanne etenee. Teemahaastattelussa haastattelija valitsee haluamansa teemat. Valittuja teemoja käsitellään vapaamuotoisesti keskustellen haastateltavien kanssa. Teemahaas-

tattelussa haastattelijalla ei ole tiukasti määriteltyjä, tai aina samassa järjestyksessä olevia kysymyksiä haastateltaville. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48; Hirsjärvi ym. 2014, 208–209.) Proteesiryhmien kehittämistapaamisten tekonivelasiantuntijat muodostivat täsmäryhmän. Keskustelun teemat pohjautuivat design -peliin ja hoitopolun kirjalliseen tietosisältöön. Keskustelun ja kysymysten avulla kohdensin ja syvensin ryhmäläisten vuorovaikutusta kehittämistapaamisissa. Kehittämistapaamisten keskusteluissa oli laadullinen näkökulma.

6.2 Kehittämistapaamiset

Lähetin paperisen kutsun tekonivelpotilaiden hoitoon osallistuville perusterveydenhuollon sairaanhoitajille ja fysioterapeuteille. Kutsut menivät Päijät-Hämeen alueen jokaiseen terveydenhuollon organisaatioon (5) ja niiden eri yksiköihin (16). Paperisella kutsulla halusin varmistaa, että kutsu saavuttaa toimijat. Sähköposti olisi ollut nopea ja yksinkertainen, mutta sähköpostiosoitteissa ja toimijoissa on tapahtunut usein muutoksia. Päijät-Hämeen keskussairaalan toimijoille lähetin kutsun sähköpostin välityksellä, koska tiesin heidän sähköpostiosoitteensa. Kutsuun kirjoitin lyhyesti kehittämishankkeen ja kehittämistapaamisten tavoitteet. Kutsussa annoin ennakkotehtäväksi tutustua hoitopolun kirjalliseen tietosisältöön, jonka olin lähettänyt sähköpostin liitteenä.

Valmistin mukaillun design -pelin, joka kuvasi tekonivelpotilaan hoitopolkua ja johon oli merkitty eri palvelutuokiot. Design -pelin avulla kohdensin ja syvensin keskustelua tapaamisen tavoitteiden mukaisiin palvelutuokioihin. Keskustelujen sisältöä ohjaavana materiaalina oli lisäksi tekemäni hoitopolun kirjallinen tietosisältö, jonka kirjoittamisessa olin hyödyntänyt olemassa olevaa tekonivelpotilaiden ohjausmateriaalia. Tämän lisäksi olin kerännyt hoitopolkuun lisämateriaalia, joita olivat esimerkiksi tekonivelpotilaiden omahoitoa tukevia internet -linkkejä ja kohtauksia Nivelyhdistyksen Valmistautuminen tekonivelleikkaukseen -DVD:stä.

Tulostin ryhmäläisille jokaiseen kehittämistapaamiseen hoitopolun kirjallisia tietosisältöjä. Kirjallisen materiaalin tarkoituksena oli helpottaa hoitopolun tietosisällön tarkastamista ja muistiinpanojen tekemistä. Kehittämistapaamisiin varasin keskussairaalaan ryhmän käyttöön kokoustilaa, joka tarjosi rauhallisen ympäristön työskentelyyn. Olen merkinnyt tapaamiset numeroin etenemisjärjestyksessä selvyuden vuoksi.

Päijät-Hämeen keskussairaalan proteesiryhmän ensimmäisellä (1) kehittämistapaamiskerralla alkutalvesta 2015 esittelin kehittämishankkeen ja kehittämistapaamisten tavoitteet. Proteesiryhmässä tarkastimme hoitopolun kahden ensimmäisen palvelutuokion ja keskussairaalan palvelutuokioiden tietosisällöt ja teimme yhdessä tarvittavia muutoksia. Muutokset johtuivat toimintatapojen muutoksista sekä kielellisestä ulkoasusta. Ohjasin keskustelua design -pelin avulla hoitopolun tarkasteltaviksi sovittuihin kohtiin. Tein tarkentavia kysymyksiä liittyen asiasisältöön, tein yhdessä ryhmän kanssa muistiinpanoja sekä muutoksia hoitopolkuun. Ensimmäiseen kehittämistapaamiseen pääsi mukaan kaikista yksiköistä toimijoita, yhtä yksikköä lukuun ottamatta. Teimme jatkosuunnitelman etenemisestä ja sovimme seuraavasta kehittämistapaamiskerrasta. Jokaiselle toimijalle tuli tehtäväksi tarkastaa omaa osuuttaan hoitopolusta ja hankkia sovittuja lisätarkennuksia. Kehittämistapaaminen sujui suunnitellussa aikataulussa.

Olin yhteydessä toimijoihin, jotka eivät työtilanteen vuoksi kyenneet osallistumaan ensimmäiseen kehittämistapaamiseen. Sovin heidän kanssaan kehittämistapaamisen muun proteesiryhmän ulkopuolella. Kehittämistapaamisessa tarkastimme heidän osuutensa hoitopolusta ja lisäsimme heidän tuottamansa kuvat hoitopolulle. Ensimmäisen kehittämistapaamisen jälkeen kokosin yhdessä läpikäydyn ja tarkastetun hoitopolun aineiston. Tein sovitut muutokset hoitopolkuun ja toimitin viimeisimmän version jokaiselle ryhmän jäsenelle varmistettuun sähköpostiosoitteeseen. Samassa sähköpostissa oli ilmoitus seuraavasta kehittämistapaamisesta ja kiitosviesti jo tehdystä työstä.

Keskussairaalan proteesiryhmän toinen (2) kehittämistapaaminen oli kokoustilassa kuten aikaisemmin, toimijoita oli lähes jokaisesta yksiköstä.

Yhdestä yksiköstä ei ollut toimijoita, mutta heidän kohtansa hoitopolusta oli jo tarkastettu. Ryhmässä jatkoimme tietosisällön tarkastamista ja kehittämistä sekä teimme muutoksia olemassa olevaan hoitopolkuun. Ohjasin keskustelua design -pelin avulla hoitopolun käsiteltävien palvelutuokioiden tietosisältöön ja tein tarkentavia kysymyksiä. Kirjasin muutokset hoitopolkuun yhdessä ryhmäläisten kanssa. Teimme jatkosuunnitelman kehittämistapaamisista, osalle ryhmän jäsenistä jäi oman osuuden tarkentavan tietosisällön toimittaminen minulle.

Keskussairaalan proteesiryhmä ja minä sovimme seuraavan kehittämistapaamiskerran ryhmän kokoonpanosta. Päätimme kutsua tapaamiseen perusterveydenhuollon proteesiryhmän ja heidän kanssaan lähiyhteistyötä tekevä keskussairaalan toimijan. Lisäksi näimme tarpeelliseksi kutsua mukaan keskussairaalan fysioterapiayksikön toimijan. Sovimme, että keskussairaala ryhmä kokoontuu seuraavaan kehittämistapaamiseen sitten, kun hoitopolun tietosisältö on valmiina ja sähköistä toteutusta on mahdollisesti jo esitettävissä. Kehittämistapaamisen jälkeen tein sovitut muutokset hoitopolkuun ja lähetin viimeisimmän version keskussairaalan proteesiryhmälle luettavaksi ja kommentoitavaksi sähköpostin välityksellä. Sähköpostissa oli mukana kiitosviesti tehdystä työstä.

Perusterveydenhuollon proteesiryhmän kehittämistapaaminen (3) keväällä 2015. Olin lähettänyt kutsut toimijoille kirjallisena ja pyytänyt ilmoittautumista sekä sähköpostiosoitetta. Lähetin hoitopolun kirjallisen tietosisällön ilmoittautuneille heidän antamiinsa sähköpostiosoitteisiin. Sähköpostiviestissä kerroin kehittämishankkeen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Lisäksi pyysin ennakkotehtävänä toimijoita keskittymään heidän työhönsä liittyviin kohtiin hoitopolun palvelutuokioissa. Sähköpostiviestiin kirjoitin kehittämistapaamisen tavoitteen, eli tarkastaa hoitopolun perusterveydenhuollon palvelutuokioiden tietosisältö. Kirjallisessa kutsussa sekä sähköpostissa ilmoitin kokouspaikaksi keskussairaalan kokoustilan ja kehittämistapaamisen ajankohdan sekä keston. Olin varannut kokoustilan, joka mahdollisti rauhallisen työympäristön.

Perusterveydenhuollon proteesiryhmän kehittämistapaamisessa esittelin kehittämishankkeen tarkoituksen ja tavoitteen. Perusterveydenhuollon proteesiryhmässä tarkastettiin sovittujen palvelupisteiden tietosisällöt. Ohjasin keskustelua design -pelin avulla etukäteen sovittujen palvelutuokioiden tietosisältöihin. Tässä ryhmässä nousi runsaasti keskustelua eri perusterveydenhuollon yksiköiden toimintatavoista. Kehitysideana nousi ajatus sähköisen esitietolomakkeen hyödyntämisestä koko hoitopolun aikana. Tein tarkentavia kysymyksiä asiasisällöistä ja kirjasin muutokset hoitopolkuun yhdessä ryhmäläisten kanssa.

Perusterveydenhuollon proteesiryhmä ja minä teimme jatkosuunnitelman työskentelyn etenemisestä. Lisäksi sovimme hoitopolkuun tulevien apuvälineiden ja harjoitteluohjelmien kuvauksista. Kuvauksista sovin myöhemmin viestintäyksikön kuvaajan ja kuvauksiin osallistuvien toimijoiden kanssa. Osalle perusterveydenhuollon proteesiryhmän toimijoista tuli tehtäväksi toimittaa minulle heidän omaa osuuttaan tarkentavia tietosisältöjä.

Perusterveydenhuollon proteesiryhmän tapaamiseen osallistui jokaisesta perusterveydenhuollon neljästä organisaatiosta sairaanhoitajia ja fysioterapian toimijoita. Lisäksi keskussairaalaan osallistui kaksi toimijaa, joiden osallistumisesta oli yhteisesti sovittu aikaisemman proteesiryhmän tapaamisen yhteydessä. Kehittämistapaamisessa oli paikalla Hyviksen Päijät-Hämeen projektipäällikkö, joka havainnoi tilaisuutta ja keskustelua sekä teki huomioistaan muistiinpanot. Kehittämistapaamisen jälkeen tein sovitut muutokset hoitopolkuun. Toimitin viimeisimmän version keskussairaalan proteesiryhmän ja perusterveydenhuollon proteesiryhmän toimijoille varmistettuun sähköpostiosoitteeseen. Sähköpostiviestissä oli lisäksi kutsu seuraavaan molempien ryhmien kehittämistapaamiseen ja kiitosviesti tehdystä työstä.

Keskussairaalan proteesiryhmän ja perusterveydenhuollon proteesiryhmän kehittämistapaaminen (4) keväällä 2015 oli kokoustilassa, kuten aikaisemmat tapaamiset. Tilaisuuden alussa jokainen esitteli itsensä, ammattinsa ja työyksikkönsä, koska kaikki eivät tunteneet toisiaan. Esittelin

Hyvis Päijät-Hämeen projektipäällikön ja toisen Hyvis toimijan, jotka avustivat kirjaamisessa ja havainnoivat tilaisuutta. Tämän jälkeen annoin kiitoksen sitoutumisesta kehittämistyöhön ja kerroin tilaisuuden ohjelman sekä tavoitteet. Tarkastimme hoitopolun jokaisen palvelutuokion tietosisällön ja teimme tarvittavat muutokset hoitopolkuun. Muutokset koskivat lähinnä kirjoitusvirheitä ja muutamia tekstin tarkennuksia, kuten aikaisemmissa kehittämistapaamisissa. Tilaisuudessa syntyi keskustelua ja pohdintaa toimintatavoista sekä keinoista parantaa nykyistä toimintaa. Tein tarkentavia kysymyksiä ja ohjasin keskustelua käsiteltävänä olevaan palvelutuokioon, mutta annoin tilaa vapaalle keskustelulle. Esittelin hoitopolkuun Nivelyhdistyksen DVD:ltä valitun video-osion ja yhden ryhmäläisten tekemän harjoitteluvideon sekä esittelysivuja valmiista sähköisestä hoitopolusta.

Kysyin ryhmän halukkuutta tapaamiseen syksyllä 2015, jolloin sähköisestä hoitopolusta pitäisi olla palautetta kerrottavana. Keskussairaalan ja perusterveydenhuollon proteesiryhmät olivat yksimielisen halukkaita tapaamiseen syksyllä ja lupasin toimia tapaamisen koollekutsujana. Sovimme yhdessä, että lähetän molempien proteesiryhmien toimijoille valmiin kirjallisen hoitopolun tietosisällön ja ilmoitan ryhmäläisille hoitopolun julkaisujankohdan. Tilaisuuteen osallistui toimijoita jokaisesta perusterveydenhuollon neljästä organisaatiosta sekä keskussairaalan neljästä yksiköstä. Keskussairaalan kahdesta yksiköstä toimijat olivat estyneitä tulemaan. Paikalla olleet toimijat sitoutuivat tiedottamaan omista organisaatioissaan hoitopolusta ja kaikkien yhteiseksi tehtäväksi jäi pohtia hoitopolun markkinointia.

Keskussairaalan proteesiryhmän ja perusterveydenhuollon proteesiryhmän kehittämistapaaminen (5) oli tammikuussa 2016 kokoustilassa, kuten aikaisemmat tapaamiset. Syksyksi suunniteltu tapaaminen siirtyi suunniteltua myöhempään, koska hoitopolun julkaisu oli viivästynyt. Tammikuu 2016 tapaaminen oli hoitopolun julkaisutilaisuus, koska hoitopolku oli julkaistu joulukuussa 2015. Tilaisuuden alussa teimme läsnäolijoiden esitelykierroksen ja minä kerroin tilaisuuden tavoitteet sekä aikataulun. Kävimme yhdessä läpi kokemusasiantuntijoiden antaman palautteen hoitopolusta ja pohdimme tarvittavia muutoksia hoitopolkuun. Teimme muutamia

muutoksia hoitopolkuun, liittyen asiasisältöjen tarkentamiseen. Katsoimme yhdessä muutaman kohdan hoitopolun videoista ja tekstiosioista. Osallistujat antoivat kirjallista ja suullista palautetta tästä kehittämishankkeesta. (Liite 6.) Palautteet käsittelimme yhdessä. Kehittämistapaamisessa syntyi vilkasta keskustelua hoitopolun hyödyntämisestä ja jatkokehittämisestä. Osallistujia oli kaikista perusterveydenhuollon neljästä organisaatiosta, mutta yhdestä keskussairaalan yksiköstä oli toimija estynyt tulemaan. Sovimme seuraavan tapaamisen syksyille 2016. Tilaisuus sujui suunnitellun aikataulun mukaisesti.

6.3 Yhteistyö viestintäyksikön ja Medi-IT :n kanssa

Ensimmäinen tapaaminen viestintäyksikön kanssa. Sovin tapaamisen viestintäyksikön kanssa, tapaamiseen osallistuivat Päijät-Hämeen viestintäpäällikkö ja teknisestä toteutuksesta vastaava toimija sekä minä. Tapaamisessa esittelin hoitopolun toimintasuunnitelman ja yhdessä pohdimme hoitopolun teknistä toteutusta sekä aikataulua. Hoitopolku oli tarkoitus julkaista organisaation uudella julkaisualustalla ja linkittää sitä kautta Hyvis.fi -sivustoille. Hoitopolun tekniseksi toteutuslueksi valittiin organisaation tuleva julkaisualusta. Esitin omat toiveeni hoitopolun sähköisen toteutuksen suhteen, ehdottomana toiveena oli hoitopolun teknisen rakenteen hyödyntäminen muun potilasryhmän hoitopolkuun. Sovimme seuraavasta tapaamisesta.

Kuvaukset ja videoinnit tapahtuivat keskussairaalassa ja paikalla olivat: kuvaaja, perusterveydenhuollon fysioterapiayksikön toimija, keskussairaalan fysioterapiayksikön toimija ja minä. Hankin osan kuvauksiin tarvittavista välineistä ja fysioterapiayksikön edustajat hankkivat osan. Kuvauksien käsikirjoituksena toimivat käytössä olevat kirjalliset tekonivelpotilaan ohjekirjat. Lisäksi kuvasimme uutta, nykyisistä ohjekirjoista puuttuvaa materiaalia ja polven osalta otimme valokuvat videoiden lisäksi. Toinen fysioterapian toimija esitti potilasta ja toinen antoi ohjeet harjoitteiden tekoon, kuten oikeassa ohjaustilanteessa.

Kuvauksiin osallistuneet toimijat tarkastivat yhdessä videot ja valokuvat kuvauspaikalla, tarvittaessa otimme uudet otokset. Kuvaaja lähetti kuvauksiin osallistuneille toimijoille muokatut video- ja kuvanäytteet nopeasti kuvausten jälkeen. Järjestin kuvaajan kanssa kuvat ja videot käsikirjoituksen mukaiseen järjestykseen sähköiseen kansioon, johon kaikilla kuvaukseen osallistuvilla oli käyttöoikeus. Fysioterapian toimijat halusivat uusia muutamia otoksia, joista he sopivat ja kuvasivat kuvaajan kanssa ilman minun läsnäoloani. Samoin ääninauhoitukset videoille on tehty ilman minun läsnäoloani, mutta kuuntelin nauhoitukset ja katsoin videot jälkikäteen.

Toinen tapaaminen Viestintäyksikön kanssa. Sovin tapaamisen aikataulun tarkastamiseksi ja hoitopolun esikatselemiseksi viestintäyksikön kahden toimijan kanssa. Tapaamiseen osallistuivat viestintäyksikön toimijoiden ja minun lisäksi tietojärjestelmäpalveluista toimija, joka osallistui hoitopolun julkaisuun Hyvis.fi sivuille. Tapaamiseen osallistuvat toimijat sopivat osallistumisesta uuden teknisen alustan koulutukseen. He tarkastivat myös hoitopolun julkaisun teknisen onnistumisen Hyvis.fi sivuille. Viestintäyksikön toimijat, tietojärjestelmäpalveluiden toimija ja minä pohdimme vaihtoehtoja toteutuksen yksityiskohtiin. Annoin omia toiveitani hoitopolun teknisen toteutuksen tekijälle. Seuraavaa tapaamista emme sopineet etukäteen, vaan hoitopolun sähköisen toteutuksen tekijä lupasi ilmoittaa työn edetessä tapaamisesta. Hoitopolun sähköinen julkaisu vaikutti pysyvän aikataulussa eli elokuu 2015.

Viestintäyksikön tapaamiset kesällä 2015. Tapasin hoitopolun teknisestä toteutuksesta vastaavan henkilön kanssa useaan kertaan ja olimme aktiivisesti yhteydessä sähköpostin välityksellä. Näissä tapaamisissa hoitopolun tekninen toteuttaja ja minä muotoilimme hoitopolun ulkoasua ja toimintaa. Punnitsimme ja kokeilimme hoitopolun kohtien toteutukseen mahdollisia vaihtoehtoja. Hoitopolun tekninen toteuttaja sai omalta osuudeltaan hoitopolun sähköiseen muotoon kesällä 2015. Hoitopolun tekninen toteuttaja ja tietojärjestelmäpalveluiden palvelintoimija siirsivät sähköisen hoitopolun organisaation sähköiselle vara-alustalle, jotta minä ja fysioterapiayksikön toimijat pääsimme muokkaamaan hoitopolun tekstiosioita. Fysioterapian yksikön toimijat tarkastivat itse kuvaukset ja videoinnit. Fysioterapian

osuuden muutostarpeista he ilmoittivat teknisestä toteutuksesta vastaavalle henkilölle ja minulle. Minä muokkasin hoitopolun tekstiosioita.

Viestintäyksikön toimija tarkasti hoitopolun kielellisen ulkoasun ja tein tarvittavat muutokset hoitopolun teksteihin. Lisäksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän informaatioyksikön toimija tarkasti hoitopolun ulkoasun ja tekstien sopivuuden internet viestintään. Hän varmisti hoitopolun ohjeiden tyylin yhteensopivuuden PHSOTEY :n potilasohjeisiin. Tein tarvittavat muutokset hoitopolun teksteihin. Hoitopolun teknisestä toteutuksesta vastaava henkilö teki hoitopolusta dokumentaation eli tallensi tietotekniset tiedot. Dokumentaatio tallennettiin sähköiseen kansioon, johon oli käyttöoikeus hoitopolun julkaisusta vastaavalla henkilöllä ja minulla. Kävin neuvotteluja useaan kertaan hoitopolun julkaisusta ja aikataulusta viestintäyksikön kanssa. Organisaation uusi julkaisualusta ei valmistunut suunnitellun aikataulun mukaan, joten hoitopolun julkaisu viivästyi.

Medi-IT:n kanssa neuvottelut julkaisusta. Päijät-Hämeen Hyvis projektipäällikkö ja minä aloitimme neuvottelut Medi-IT :n kanssa hoitopolun julkaisusta ensimmäiseksi Hyvis.fi sivustoilla. Medi-IT pystyi tarjoamaan pilvipalvelun avulla väliaikaisen julkaisualustan hoitopolulle ja se voitiin julkaista Hyvis.fi sivustoilla joulukuussa 2015. Projektipäällikkö ja minä sovimme, että hoitopolku mahdollisesti siirretään PHSOTEY :n julkaisualustalle tulevaisuudessa ja tehdään sieltä linkitys Hyvis.fi -sivustoille.

6.4 Hoitopolun palautekysely

Aineiston keräämiseen voidaan käyttää kyselyä, jolla saadaan kohdehenkilöiltä haluttuja asioita selville. Kyselyllä kerätään aineistoa kohdehenkilöiltä standardoidusti, eli täsmälleen samalla tavalla. Tässä tiedonkeruussa käytetään hyödyksi kyselyä, havainnointia tai haastattelua. Kyselyn tekijä valitsee kohteeseen ja tavoitteeseen sopivan aineistonkeruutavan. Kyselyn kysymykset voivat olla strukturoituja tai avoimia, mutta avoimilla kysymyksillä voidaan tarkentaa strukturoiduista kysymyksistä saatavia vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2014, 193–194.) Kyselymenetelmä on tehokas ja kattava mutta kyselyyn liittyy myös heikkouksia, kuten vastaajien rehellisyys,

kysymysvaihtoehtojen sopivuus ja vastauskato (Hirsjärvi ym. 2014, 195–196).

Liitin hoitopolulle kyselyn (liite 3), jonka tarkoituksena oli saada kansalaisilta palautetta tietosisällöstä ja sähköisestä toteutuksesta. Hoitopolulla oleva kysely oli määrällinen ja suurin osa kysymyksistä (9 / 12) oli strukturoituja. Kyselyssä oli kolme avointa kysymystä, joiden tarkoituksena oli syventää ja laajentaa määrällisistä kysymyksistä saatuja vastauksia. Lisäksi täysin eri mieltä -vastausten kohdalla oli pyyntö perustella vastaus, mutta vastaus ei ollut pakollinen. Laadin kysymykset teorian tiedon operationalisoinnilla Vilkkaa (2007, 36–44) mukaillen (liite 2). Kysymykset muokkasin sopien vastattavaksi Likertin asteikon mukaan, koska tulosten käsittely on kokemattomalle tekijälle yksinkertaisempaa käyttäen Likertin asteikkoa verraten avoimiin kysymyksiin (Vilka 2007, 46–47).

Aloitin operationalisoinnin (liite 2) tiivistämällä teoriasta yhden tärkeän kysymyksen: osallistuminen ja valmistautuminen hoitopolun tapahtumiin. Tämän jälkeen jatkoin kysymysaiheiden pilkkomista pienempiin osiin. Jaoin kysymysten aiheet kahteen aihepiiriin:

1. Tietoa hoidon eri vaiheista
2. Sähköinen asiointi

Hoitopolun tietomäärän ja sähköisen asiointin jaoin vielä neljäksi aihealueeksi. Tarkoituksena oli saada hoitopolulla olevasta tietomäärästä ja sähköisestä asiointista erikseen kansalaisten mielipide.

1. Valmistautuminen tapahtumiin
2. Hoidon etenemisen seuranta
3. Visuaalinen materiaali
4. Asiointin helppous

Jokaisesta neljästä aihealueesta tein itselleni vielä tarkentavat kysymykset, joiden pohjalta laadin lopulliset kysymykset (liite 3). Lopullisilla kysymyksillä olen halunnut saada vastauksia hoitopolun merkityksestä potilaan omahoitoon, terveydenhuollon sähköisten palveluiden käytöstä ja hoitopolun teknisestä toimivuudesta.

Hoitopolun kyselyssä kysymyksiä oli yhteensä kaksitoista (liite 3), joista strukturoituja kysymyksiä oli yhdeksän ja avoimia kysymyksiä kolme. Strukturoidut kysymykset 1 – 3 olivat monivalintakysymyksiä. Strukturoidut kysymykset 4 – 5, 7 – 8 ja 10 – 11 olivat asteikkoon perustuvia kysymyksiä. Asteikkoon perustuvissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä, - voisitko perustella, jossa avoin vastauskenttä.

Strukturoiduilla kysymyksillä 1 – 3 kartoitin vastaajien taustatietoja, joita olivat sukupuoli, ikä ja ammattikoulutus. Strukturoidulla kysymyksillä 4 ja 5 keräsin tietoa hoitopolun tietomäärästä ja hyödystä hoitopolun tapahtumiin valmistautumisessa. Strukturoiduilla kysymyksillä 7 ja 8 selvitin hoitopolun käytettävyyttä ja loogisuutta sekä videoiden hyödyllisyyttä leikkaukseen valmistautumisessa.

Avoimilla kysymyksillä 6 ja 9 halusin täydentää strukturoiduista kysymyksistä saatavia vastauksia. Lisäksi halusin varmistaa avoimilla kysymyksillä, etten ollut jättänyt jotakin tärkeää kysymättä. Strukturoiduilla kysymyksillä 10 ja 11 kysyin hoitopolun teknisestä toimivuudesta ja terveydenhuollon sähköisestä asioinnista. Avoimella kysymyksellä 12 halusin lisätietoa vastaajien mielipiteistä terveydenhuollon sähköisestä asioinnista.

Kysymysten ja kyselyn laadinnassa hyödynsin organisaationi Webropol-kouluttajaa, jolla oli kokemusta kyselyiden laadinnasta. Webropol-kouluttajalla ei ollut terveydenhuollon koulutusta, mikä synnytti vuorovaikutusta meidän välillemme. Keskusteluiden ja sähköpostien avulla saavutimme yhteisen ymmärryksen kysymysten aihepiiristä. Idean kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä reflektointiin sain Nivelyhdistyksen sivuilta. Nivelpiireissä on tekoniveliin liittyvän kokemustiedon omaavia ihmisiä, heidän tavoitteenaan on olla vertaistukena kansalaisille (Suomen Nivelyhdistys ry 2015).

Vuorovaikutuksella ja reflektoinnilla on merkittävä rooli toimintatutkimuksessa, reflektointia tulee tapahtua prosessin aikana ja lopullisen tuotoksen

tarkastelussa. (Vilkkä 2010, 15–21.) Vastaavasti palvelumuotoilussa tärkeänä tekijänä on asiakasymmärrys ja palvelukokemus, joiden perusteella palvelut luodaan vastaamaan asiakkaiden toiveita (Tuulaniemi 2011, 67–82). Ennen julkaisua, hoitopolkua oli mahdollista lukea ja käyttää ainoastaan Päijät-Hämeen keskussairaalan verkossa, joka rajoitti suuresti kokemusasiantuntijoiden käyttöä testaamisessa.

Otin yhteyttä tiedossani oleviin tekonivelkokemusasiantuntijoihin eli tekonivelleikkauksen kokeneisiin henkilöihin. Lähestyin jokaista kokemusasiantuntijaa henkilökohtaisesti ja pyysin heitä koehenkilöiksi testaamaan hoitopolkua sekä vastaamaan kyselyyn. Jokaiselle koehenkilöksi suostuneelle lähetin sähköpostiviestin (liite 5), jossa kerroin lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolun kehittämishankkeesta. Pyysin kokemusasiantuntijoita osallistumaan koehenkilöinä hoitopolun testaamiseen. Korostin, että vastaukset tulevat anonymieinä vain minun tietooni, mutta koehenkilöt voivat halutessaan antaa lisäksi suoraa palautetta minulle.

Lähetin oman organisaationi koehenkilöiksi suostuneille kokemusasiantuntijoille sähköpostilla linkin hoitopolusta, jonka välityksellä he testasivat hoitopolkua ja vastasivat kyselyyn. Organisaationi ulkopuolisille kokemusasiantuntijoille järjestin rauhallisen testaustilan keskussairaalassa, jossa he vastaavasti testasivat hoitopolkua ja vastasivat kyselyyn. Sain 13 koehenkilöä, 11 vastasi kyselyyn sekä kaksi koehenkilöä otti minuun henkilökohtaisesti yhteyttä kyselyyn vastaamisen lisäksi.

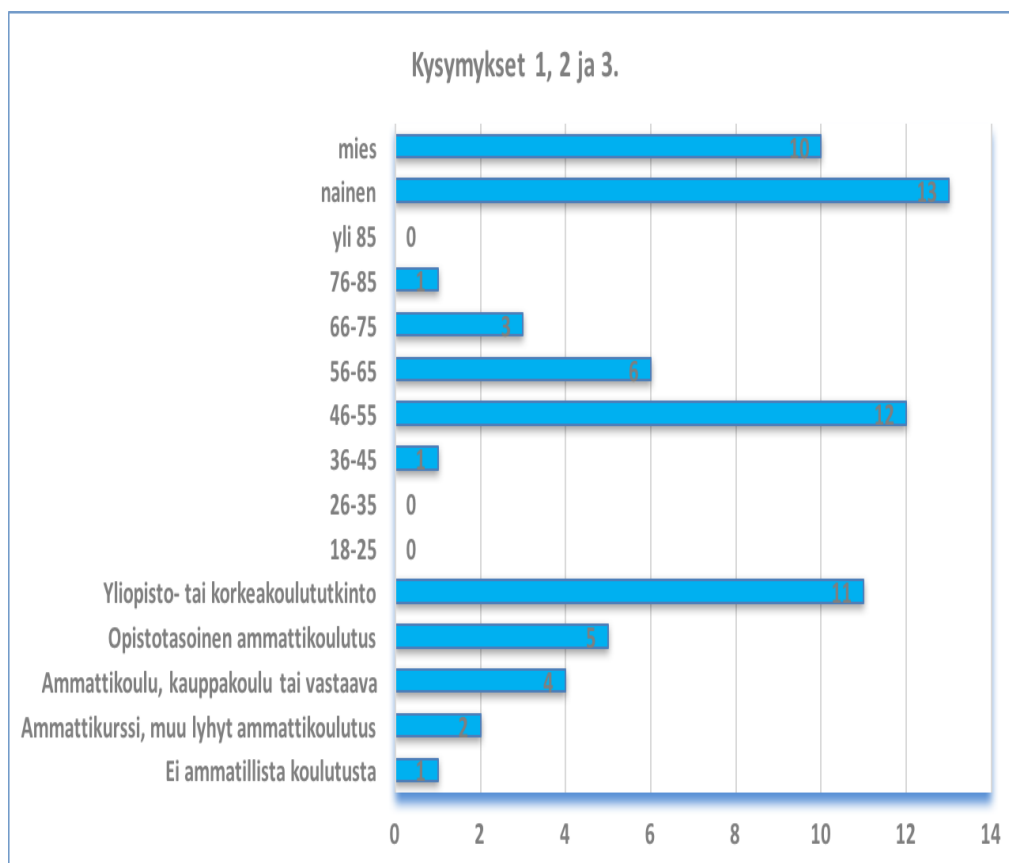
6.5 Hoitopolun kyselyn vastaukset

Hoitopolun kysely tapahtui Webropol -kyselynä kahdessa eri kyselyjaksossa. Ensimmäinen kysely oli syksyllä 2015 kokemusasiantuntijoille ja joulukuusta 2015 huhtikuuhun 2016 avoimena kyselynä hoitopolulla. Molemmat kyselyt olivat täysin samanlaiset. Kokemusasiantuntijoille järjestetty kysely toimi testinä hoitopolulle sekä kyselylle. Jos kyselyssä tai hoitopolussa olisi ollut ongelmia tai virheitä, niin olisin voinut korjata ne ennen hoitopolun ja kyselyn julkaisua.

Kokemusasiantuntijoiden vastauksia oli 11 henkilöltä ja hoitopolun avoimen kyselyn vastauksia 12 henkilöltä. Vastauksien käsittelyssä ja esittelyssä olen yhdistänyt vastaukset, koska vastausten lukumäärä oli pieni. Kyselyn seurannasta näkyi, että hoitopolun avoin kysely oli avattu selkeästi useammin, kuin mitä vastauksia oli lähetetty. Vastaukset antoivat varmistuksen asiakasymmärrykseen ja hoitopolun toimivuuteen, jonka vuoksi päätin vastausten määrän olevan riittävä tähän raporttiin.

Strukturoitujen kysymysten vastauksista olen tehnyt kolme pylväsdiagrammikuviota (kuviot 7, 8 ja 9), joihin olen yhdistänyt strukturoitujen kysymysten vastaukset. *Avoimien* kysymysten 6, 9 ja 12 vastaukset olen esittänyt ja käsitellyt tekstimuodossa kysymysjärjestyksen mukaisesti strukturoitujen kysymysten käsittelyn yhteydessä. Avoimien vastausten kohdassa esitetyt suorat lainaukset vastauksista olen tuonut autenttisesti, eli en ole korjannut kirjoitusvirheitä tai muuttanut lauseita.

Kysymys 1. Mikä on sukupuolesi? *Kysymys 2.* Minkä ikäinen olet? *Kysymys 3.* Millainen ammattikoulutus sinulla on? Naisia kyselyyn vastanneista oli muutama enemmän kuin miehiä ja puolet kaikista kyselyyn vastanneista edustivat 46 – 55 -vuotiaiden ikäryhmää. Yhteismäärällisesti suurin osa vastaajista kuului ikäryhmiin 46 – 55 tai 56 – 65, vastaavasti ikäryhmiin 18 – 25, 26 – 35 ja yli 85 ei tullut yhtään valintaa. Kyselyyn vastanneista yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneiden määrä oli suhteessa kaikkiin vastanneisiin lähes puolet. Yliopisto- ja korkeakoulututkinnon tai opistotasaisen ammattikoulutuksen suorittaneiden määrä yhdessä oli yli puolet kaikista vastanneista. Opistotasosta alempiin ammattikoulutusvaihtoehtoihin tuli jokaiseen vaihtoehtoon vähintään yksi valinta.



KUVIO 7. Ikä, sukupuoli ja ammattikoulutus (n=23)

Kysymys 4. Tekonivelpotilaan hoitopolun tietomäärä oli minulle riittävä? Yli puolet kaikista vastaajista oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä eli hoitopolun tietomäärä oli riittävä. Muutama oli valinnut jokseenkin samaa mieltä. Heidän mielestään hoitopolun tietomäärä olisi voinut olla jonkin verran laajempi kuin nyt. Yhden vastaajan mielestä tietomäärä olisi voinut olla selkeästi laajempi kuin nyt, sillä hän oli valinnut vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä.

Kysymys 5. Sain hoitopolulta apua hoitopolun tapahtumiin valmistautumisessa? Valtaosa vastaajista oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä, eli he olivat saaneet apua hoitopolun tapahtumiin valmistautumisessa. Muutama vastaaja oli valinnut jokseenkin samaa mieltä. He olivat saaneet jonkin verran apua hoitopolun tapahtumiin valmistautumisessa. Yhden vastaajan mielestä hän ei ollut saanut riittävästi apua hoitopolun tapahtumiin valmistautumisessa. Hän oli valinnut vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä.

Avoin kysymys 6. Mitä muuta haluaisit kertoa hoitopolusta? Tähän avoimeen kysymykseen olivat lähes kaikki vastanneet. Vastaukset ryhmittelin kolmeen aiheeseen, jotka nousivat selkeästi vastauksista. Vastauksista muodostuneet aihealueet ovat: *käytettävyys, tietomäärä ja ehdotukset/omakohtaiset kokemukset.* Käytettävydestä tuli ainoastaan positiivista palautetta: hoitopolku on selkeä ja siinä on loogisesti etenevä selkeä rakenne, ohjeita on helppo lukea ja kuvat ovat havainnollisia sekä ”hieno juttu!”.

Tietomäärästä avoimissa vastauksissa nousi esille seuraavia asioita: laaja-alainen ja kattava paketti, tarpeellista tietoa tekonivelleikkaukseen tulevalle ihmiselle. Hoitopolun ohjeet ja tietomäärä ovat hyvät mutta perehtymiseen pitää varata aikaa. Yhdessä vastauksessa nousi huoli, että ”*jaksaako tämän kaiken lukea!!??*”.

”Erittäin selkeä ja yksityiskohtainen. Kaikki oleellinen helposti löydettävissä. Voit etsiä sinua juuri sillä hetkellä kiinnostavan/askarruttavan asian tarvitsematta selata koko polkua läpi.”

Ehdotukset ja omakohtaiset kokemukset – kohdan alle tuli toiveita, että olisi tarkkoja ohjeita lääkityksestä, vitamiineista tai fysioterapiasta. Mielialasta kertova kohta sai positiivista palautetta verraten vanhoihin ohjeisiin. Mutta vastaaja toivoi vielä tarkempaa kuvausta leikkauksen jälkeisestä mielialan vaihtelusta. Vastaajan mielestä, erityisesti leikatun lähipiirin tulisi olla tietoinen mahdollisista mielialan vaihteluista. Käytännön järjestelyistä tuli omakohtaisia kokemuksia, kuinka asiat eivät aina onnistu suunnitellulla tavalla. Tupakoinnin lopetuksesta ennen leikkausta yksi vastaaja kommentoi.

Kysymys 7. Minun oli helppo seurata tapahtumien etenemistä hoitopolulta? Valtaosa vastaajista oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä. Heidän mielestään oli ollut helppo seurata tapahtumien etenemistä hoitopolulla. Muutama vastaajista oli valinnut jokseenkin samaa mieltä. Heillä oli ollut jonkin verran hankaluuksia seurata tapahtumien etenemistä hoitopolulla. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä.

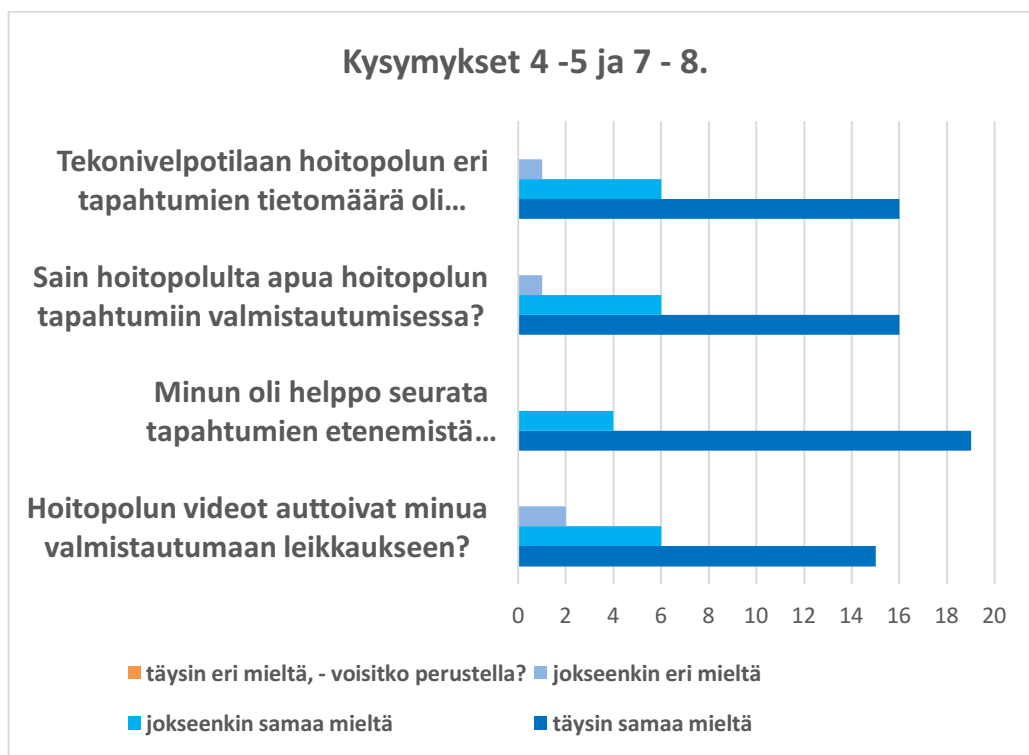
Kysymys 8. Hoitopolun videot auttoivat minua valmistautumisessa leikkaukseen? Suurin osa vastaajista oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä. Heidän mielestään hoitopolun videot olivat auttaneet heitä leikkaukseen valmistautumisessa. Muutama vastaajista oli valinnut jokseenkin samaa mieltä eli hoitopolun videot olivat jonkin verran auttaneet heitä leikkaukseen valmistautumisessa. Kahden vastaajan mielestä he eivät olleet saaneet hoitopolun videoista riittävästi apua hoitopolun leikkaukseen valmistautumisessa. He olivat valinneet vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä.

Avoim kysymys 9. Mitä muuta haluaisit kertoa hoitopolun videoista? Tähän avoimeen kysymykseen olivat lähes kaikki vastanneet. Vastaukset ryhmiteltiin kahteen aiheeseen, jotka nousivat selkeästi vastauksista. Vastauksista muodostuneet aiheet olivat: *positiivista videoissa ja kehitettävää videoissa*. Avoimissa vastauksissa enemmistö vastaajista oli antanut positiivista palautetta videoista ja vain muutamissa vastauksissa oli kehitysehdotuksia. Täysin negatiivisia vastauksia ei ollut. *Positiivisissa vastauksissa* nousi esille seuraavia asioita: videot ovat selkeitä ja sopivan pituisina sekä elämänläheisinä. Videot olivat helpottaneet teorian ja tekstin ymmärtämistä käytännössä. Lisäksi vastauksissa oli useampi maininta, kuinka video jää paremmin mieleen kuin kuva tai teksti ja sen vuoksi videot olisivat hyvä apu omaehtoiseen harjoitteluun. Hoitopolulla olevia videoita vastaajat luonnehtivat elämänläheisiksi, ihmisläheisiksi ja mukavasti seurattaviksi.

”Selkeitä”, informatiivisia, hyvin tekstiä täydentäviä”

”Ymmärsi, mitä teoria käytännössä tarkoittaa, mm. sauvoilla käveleminen ensimmäistä kertaa ei ole helppoa”.

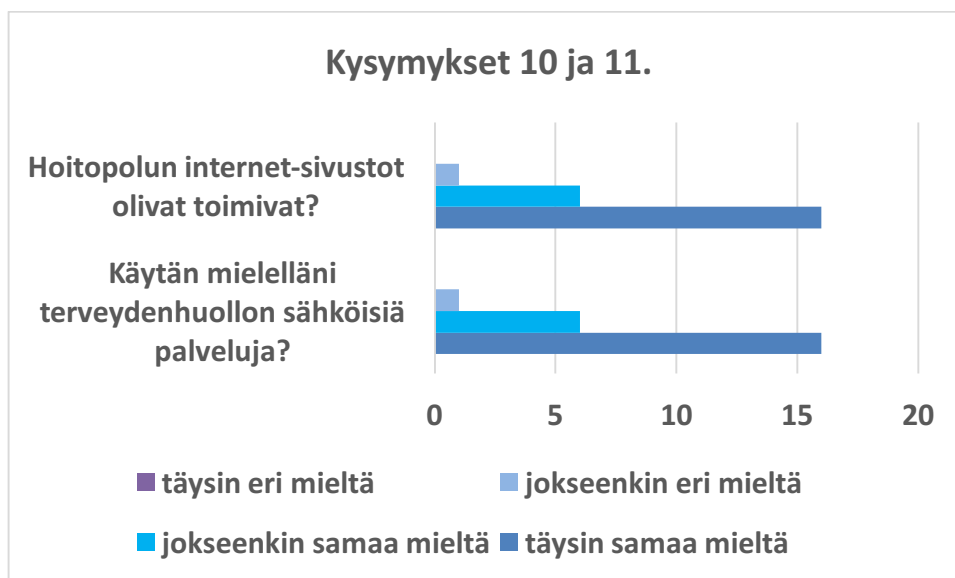
Kehitettävää vastauksissa muutaman vastaajan mielestä videot olivat ”hiukan monotonisia”, ”turhan lyhyitä ja pintapuolisia” ja ”liian lyhyitä”. Yhdessä vastauksessa toivottiin, että ennen leikkausta olevalla fysioterapiakäynnillä arvioitaisiin ja tehtäisiin tarkempi leikkauksen jälkeinen kuntoutumisohjelma.



KUVIO 8. Hoitopolun tietomäärä, valmistautuminen leikkaukseen, eteneminen ja videot (n=23)

Kysymys 10. Hoitopolun internet -sivustot olivat toimivat? Enemmistö vastaajista oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä. Heidän mielestään internet -sivustot olivat toimivat. Muutama vastaajista oli valinnut jokseenkin samaa mieltä. Heidän mielestään internet -sivustojen toiminnassa olisi kehitettävää. Yhden vastaajan mielestä internet -sivustot voisivat toimia paremmin. Hän oli valinnut vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä.

Kysymys 11. Käytän mielelläni terveydenhuollon sähköisiä palveluja? Enemmistö vastaajista oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä, eli vastaajat käyttävät mielellään terveydenhuollon sähköisiä palveluja. Muutama vastaajista oli valinnut jokseenkin samaa mieltä. Nämä vastaajat haluavat käyttää jonkin verran terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Yksi vastaajista ei juurikaan halua käyttää terveydenhuollon sähköisiä palveluita, sillä hän oli valinnut vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä.



KUVIO 9. Hoitopolun internet-sivustojen toimivuus ja terveydenhuollon sähköisten palveluiden käyttö (n=23)

Kysymys 12. Mitä muuta haluaisit kertoa sähköisestä asioinnista? Tähän avoimeen kysymykseen olivat lähes kaikki vastanneet. Vastaukset ryhmitelin kahteen aiheeseen, jotka nousivat selkeästi vastauksista. Vastauksista muodostuneet aiheet olivat: *sähköisen asioinnin hyviä puolia ja sähköisen asioinnin haasteita*. Avomissa vastauksissa tuli hieman enemmän sähköisen asioinnin hyviä puolia kuin haasteita. *Sähköisen asioinnin hyviä puolia* – vastauksissa nousi esille seuraavia asioita: tieto helposti saatavilla, täydentää muita asioimistapoja, näppäriä käyttää ja ”se on tulevaisuutta”.

”Sähköinen asiointi täydentää hyvin muita asioimistapoja, voit perehtyä asioihin silloin, kun sinulle sopii rauhallisessa ilmapiirissä”

Sähköisen asioinnin haasteissa vastauksissa nousi esille seuraavia asioita: huoli iäkkäistä ja henkilöistä, jotka eivät kykene käyttämään sähköisiä palveluja. Hoitopolun graafinen muotoilu ja koko esitys oli yhden vastaajan mielestä vanhanaikainen ja perinteinen sekä edustaa tässä mielessä terveydenhuollon esitystapaa.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen arviointi

Kehittämishankkeen arviointi on kokonaisuuden arviointia ja tärkeä osa oppimisprosessia. Arvioinnissa tarkastelun kohteena ovat kehittämishankkeen lähtökohdat, toteutus, tavoitteiden saavuttaminen ja hyödyllisyys sekä oman ammatillisen kasvun arvioiminen. (Hirsjärvi ym. 2014, 263–265; Vilka & Airaksinen 2003, 154–161; Virtanen 2007, 67–68.) Virtanen (2007) korostaa arvioinnin eri näkökulmia eli erilaisia intressejä, joita arviointiin liittyy. Arvioinnissa tulee huomioida tarkasti eri intressiryhmien tarpeet ja toiveet. Tärkeät arvioinnin kohdat ovat seuraavat: milloin ja missä arviointi tehdään, kenelle arviointi tehdään, mitä arvioidaan ja minkälaisia motiiveja arviointiin liittyy (Virtanen 2007, 22–23, 39–41.)

Arviointi on kannattavaa, kun arvioinnista saadaan hyötyä omassa työssä kehittämiseen tai toiminnan kehittämiseen. Arviointi tulisi sisällyttää alusta asti kehittämishankkeeseen, koska arvioinnin avulla voidaan antaa kehittämisideoita koko kehittämishankkeesta ja siihen liittyvästä toiminnasta. Kehittämishankkeen epäonnistumisia ja niihin johtaneita syitä on tärkeää arvioida. Epäonnistumisten syiden löytäminen osoittaa arvioinnin onnistumista ja tukee toiminnan kehittämisistä. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 9–10.)

Tämän kehittämishankkeen yksi arvioinnin motiivi oli minun oppimisprosessini ja kehittyminen projektien johtamisessa. Toinen tärkeä motiivi oli tuottaa arviointitietoa kehittämishankkeen toimeksiantajalle, joka voi hyödyntää arviointia seuraavien hoitopolkujen tuottamisessa. Olen tehnyt arviointia systemaattisesti kehittämishankkeen alusta asti. Arviointimenetelmäni olivat tekemäni muistiinpanot kehittämishankkeen aikana, proteesiryhmien osallistujien antama kirjallinen ja suullinen palaute. Lisäksi kahden ulkopuolisen havainnoijan antama suullinen ja kirjallinen arviointi proteesiryhmien tapaamisista. Kehittämishankkeen tuotoksen arviointi perustui hoitopolulla olevan kyselyn vastauksiin ja proteesiryhmän ammattilaisten arviointeihin.

Kehittämishankkeen lähtökohta oli yhtenevä kansallisiin ja alueellisiin tavoitteisiin, eli tukea kansalaisten sähköistä asiointia ja osallistumista omaan hoitoonsa. Lähtökohtaa voidaan pitää ajankohtaisena terveydenhuollossa, mutta myös haasteellisena julkisen terveydenhuollon sähköisen asiointin käytön vähäisyyden vuoksi. Holopaisen (2015, 1285–1290) mukaan markkinoilla on entistä enemmän erilaista mobiiliteknologiaa ja terveyssovelluksia, joita tulisi testata ja hyödyntää kansallisella tasolla. Holopainen (2015, 1285–1290) näkee erilaiset terveydenhuollon mobiilisovellukset yhtenä ratkaisuna uudenaikaisiin terveydenhuollon palveluihin. Mobiilisovellusten kehittäminen vaatii kansallista tukea rohkeaan kokeilemiseen ja avaa Suomelle jopa mahdollisia vientituotteita. Organisaatiossani sähköisellä asiointilla ei ollut vielä vakiintunutta roolia ja hoitopolun kaltaisesta sähköisestä toteutuksesta ei ollut kokemusta.

Kokemuksen puute vaati kehittämiseen ja toteuttamiseen osallistuvilta kykyä visualisoida ja kuvitella tulevaa sähköistä hoitopolkua tekemäni design-pelin avulla. Proteesiryhmäläisiltä sain tukea kehittämistyön eteenpäin viemisessä tavoitteiden suuntaisesti. Hoitopolun kehittämisessä olisi ollut todella tarpeen kokeellinen ympäristö, jossa olisimme voineet yhdessä kokeilla ja kehittää erilaisia sähköisiä toteutuksia. Toikko ja Rantanen (2009, 101–102; kts. myös Tuulaniemi 2011, 194–196; Vaahtojärvi 2011, 131–141.) esittävät Living lab-toimintaa yhtenä keinona lisätä osallistumista. Living lab tarkoittaa, että kehitettävä tuote tuodaan aitoon ympäristöön testattavaksi ja käyttäjiltä kerätään sekä havainnoidaan käyttökokemuksia. Tämän kehittämishankkeen aikataulu, resurssit ja budjetti olisivat vaatineet uuden suunnitelman, jos olisimme voineet käyttää Living lab-toimintaa.

Hyvän toiminnallisen opinnäytetyön yhtenä tavoitteena Vilkka ja Airaksinen (2003, 16–17) korostavat opiskelijan mahdollisuutta osoittaa omaa osaamistaan toimeksiantajalle sekä opiskelijan kehittymistä projektinhallinnassa. Olen ollut onnekas, koska kehittämishankkeen aihealue on edustanut minun syvintä asiantuntijuuttani sairaanhoitajana. Tämä kehittämissanke on tarjonnut minulle hyvän mahdollisuuden osoittaa omaa kyvykkyyttäni uuden luomisessa ja usean eri toimijan kehittämishankkeen ohjaa-

misessa. Olen kokenut, että tämä kehittämishanke on kehittänyt minua askeleen eteenpäin projekti- ja kehittämistyössä. Yksi iso kehittymisen kohta on ollut dokumentointi ja projektinhallinnan työvälineet, joihin olen saanut hyviä työvälineitä opiskeluni muista opinnoista. Opinnot ja kehittämishanke ovat edesauttaneet minua työmarkkinoilla niin, että olen omaehtoisesti vaihtanut kahdesti työpaikkaa opintojeni aikana. Molemmilla kerroilla kehittämishanke ja opinnot esiintyivät positiivisina asioina rekrytoinnissa.

Ylemmän ammattikorkeakoulun suosituksen mukaisesti valitsin menetelmäksi toiminnallisen opinnäytetyön, mutta yhdistin siihen palvelumuotoilun menetelmiä. Palvelumuotoilu ja sen korostama asiakasymmärrys sopivat hyvin toimeksiantajan toivomaan asiakaslähtöiseen näkökulmaan. Palvelumuotoilun ja toiminnallisen opinnäytetyön yhdistäminen tapahtui kehittämishankkeen edetessä. Molemmissa korostuvat työelämän tai palvelun kehittäminen, kokemuksen ja tiedon yhdistäminen sekä jatkuvan kehittämisen idea. (Tuulaniemi 2011, 26–27; Vilkkä & Airaksinen 2003, 51–55.) Palvelun kehittäminen täysin uudelle alueelle toi kehittämishankkeeseen haasteita, joihin ei löytynyt ratkaisuja kokemuksesta tai menneisyydestä, vaan piti luoda ja kehittää uudenlaisia ratkaisuja.

Erilaisten ratkaisujen etsiminen ja kokeileminen tuntuivat luontevilta, koska olin valinnut menetelmiksi palvelumuotoilun ja toiminnallisen opinnäytetyön. Molemmissa menetelmissä korostuvat kehittämisen syklimäinen liike eli kehittämistä ja arviointia jatketaan, kunnes saavutetaan toivottu kehittämisen tulos (Tuulaniemi 2011, 112; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Menetelmien mukaisesti olisi tullut jatkaa valmiin hoitopolun kehittämistä ja arviointia, jotta olisi saavutettu toivottu lopputulos. Tämän kehittämishankkeen puitteissa saimme uudenlaisen tuotoksen valmiiksi ja alustavan lopputuloksen. Opintoihin liittyvä kehittämishanke oli ajallisesti lyhyt jatkokehittämiseen. Palvelumuotoilun asiakasymmärryksen jatkosyventäminen olisi vaatinut lisätutkimusta ja arviointia, erityisesti hoitopolun sähköisen toteutuksen osalta, mutta siihen olen ottanut kantaa jatkokehityksaiheissa.

Kehittämishankkeen toimintasuunnitelman ja palvelumuotoilussa määritellyvaiheen tarkoituksena on ohjata prosessia tarkoituksenmukaisesti kohti asetettuja tavoitteita. Arvioinnissa tulee tarkastella asetettuja tavoitteita ja valittuja menetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi. (Tuulaniemi 2011, 132–133; Vilkkä & Airaksinen 2003, 26, 154–155.) Tässä kehittämishankkeessa koin toimintasuunnitelman erittäin tarpeelliseksi, koska erilaisia toimijoita, yksiköitä ja organisaatioita oli useita.

Tämän kehittämishankkeen toimintasuunnitelmassa oli tavoitteena tuottaa lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku osana Hyvis.fi -sähköistä asiointia. Tavoitteen mukainen hoitopolku on julkaistu loppuvuodesta 2015 Hyvis.fi sivuilla sekä linkitetty Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän sivuille. Toissijaisena tavoitteena oli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten yhteistyön lisääminen. Yhteistyö on ollut aktiivista ja tuottoisaa hoitopolun kehittämisen yhteydessä. Yhteistyöstä ja hoitopolun kehittämisestä on tehty jatkosuunnitelma proteesiryhmien viimeisen tapaamisen yhteydessä.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Päijät-Hämeen julkisen terveydenhuollon sähköistä asiointia ja lisätä potilaiden osallistumista hoitoprosessiin sekä sähköiseen asiointiin. Tarkoituksen mukaista sähköisen asioinnin kehitystä on tapahtunut, koska potilaille luotiin mahdollisuus sähköisen hoitopolun avulla osallistua omaan hoitoonsa. Potilaat saavat tietoa liittyen tekonivelleikkaukseen ja voivat asioida sähköisesti hoitopolun linkkien välityksellä. Huangin ym. (2012; kts. myös Hermann 2002; Chen, Chen & Lin, 2013) mukaan sähköiset terveyspalvelut osallistavat potilaita omahoitoon ja lisäävät heidän ymmärrystään omahoidon merkityksestä. Lisäksi sähköiset terveyspalvelut tarjoavat nopean ja helpon tavan saada tietoa sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta.

Kehittämishankkeen tarkoituksen toteutumisen laajuus nähdään vasta tulevaisuudessa, mutta hoitopolku mahdollistaa sähköisen asioinnin lisääntymisen. Kyselyyn vastanneiden kansalaisten kommentit tukevat käsitystä, että hoitopolku lisää potilaiden osallistumista hoitoprosessiin. Kansalaisten

kommenteissa nousi esille visio tulevaisuudesta, että heidän jälkeensä tulevat tekonivelpotilaat varmasti käyttävät sähköisiä palveluita.

Tavoitteista, tarkoituksesta ja ammatillisesta merkityksellisyydestä on hyvä pyytää palautetta ryhmältä, joka osallistuu kehittämishankkeeseen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 156–157). Pyysin proteesiryhmiltä suullista ja kirjallista palautetta, jotka käsittelimme yhdessä tapaamisissa. Palautteiden perusteella hoitopolun toteuttaminen oli ammatillisesti mielekästä ja toivottua kehittämistä sekä nykyaikaista. Proteesiryhmien palautteet valmiista hoitopolusta tukivat omaa näkemystäni tavoitteiden saavuttamisesta ja ammatillisesti merkityksellisen tuotoksen luomisesta.

Toikon ja Rantasen (2009, 98–99) mukaan toimijoiden osallistumista kehittämishankkeeseen tukee, jos he voivat osallistua tasavertaisina ryhmän jäseninä tai heillä on henkilökohtainen intressi aiheeseen. Tämän kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamista edesauttoivat aktiiviset ja innovatiiviset proteesiryhmien ammattilaiset sekä toimeksiantajan tuki. Oikeiden henkilöiden löytäminen useasta organisaatiosta ja yksiköstä oli haasteellista, mutta suurena apuna olivat proteesiryhmien toimijat.

Kehittämishankkeen haasteena oli yksiköiden mahdollisuus antaa resursseja kehittämiseen. Esimiesten hyväksynnällä jokainen toimija teki arvokasta kehittämistä ja tiedonkeruuta oman työnsä ohessa. Tekniseen toteutukseen viestintäyksikkö kykeni antamaan erittäin suuren työpanoksen ja on tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta merkittävä resurssi. Teknisen toteutuksen tekijän poistuminen organisaatiosta tietystä määräajassa saneli kehittämishankkeelle napakan aikataulun. Oma osallistumiseni asiantuntijana proteesiryhmien toimintaan ei aiheuttanut ristiriitalanteita, koska meillä oli vahva yhteinen innostus asiasta ja kunnioitimme toinen toistemme asiantuntijuutta.

Aikataulu on yksi yleisistä haasteellisista osioista kehittämishankkeen toteuttamisessa (Vilkkä 2003, 160). Tämä kehittämishanke pysyi muuten aikataulussa, paitsi julkaisun osalta. Hoitopolun julkaisu viivästyi organisaation uusien sivustojen valmistumisen siirtymisestä johtuen. Jouduimme

hankkimaan ja neuvottelemaan uuden julkaisijan hoitopolulle. Kaikki tapaamiset sujuivat suunnitelluissa aikatauluissa ja tapaamisissa pysyimme sovituissa aikatauluissa. Toimijat noudattivat erittäin hyvin sovittuja aikatauluja ja kykenimme etenemään toimintasuunnitelman mukaisesti. Palvelumuotoilun määrittelyvaiheeseen kuuluu yhteisen ymmärryksen luominen tulevasta kehittämishankkeesta (Tuulaniemi, 2011, 126–129). Näkemykseni mukaan tämän kehittämishankkeen toimijat kykenivät luomaan selkeän yhteisen näkemyksen tavoitteestamme ja toimintatavoistamme.

Kehittämishankkeen tutkimusmenetelmäksi valitsin laadullisen täsmäryhmäkeskustelun hoitopolun tietosisällön keräämiseen. Hoitopolun asiakasymmärryksen laajentamiseen käytin hoitopolulla olevaa määrällistä kyselyä, jossa oli avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli täydentää määrällisistä kysymyksistä saatuja vastauksia. Täsmäryhmäkeskustelun valinta hoitopolun tietosisällön keräämiseen menetelmäksi tuntui luontevalle tavalle, koska halusin herättää keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa proteesiryhmien ammattilaisten välille. Jos olisin tehnyt kyselyn, olisin saanut vastauksia asetettuihin kysymyksiin. Kyselyllä en olisi saanut todellista vuorovaikutusta proteesiryhmien toimijoiden välille. Täsmäryhmäkeskustelu on hyvä menetelmä, kun halutaan kehittää jotakin ja halutaan saada nopeasti tietoa usealta ihmiseltä (Breitenfelder ym. 2004; Hirsjärvi & Hurme 2006, 62–63;).

Täsmäryhmäkeskustelussa on mahdollisia haittapuolia, kuten ryhmään osallistuvan dominoiva käytös, osallistuja ei saavu paikalle, haastattelijan kyvyttömyys ohjata keskustelua, rauhaton haastattelutila ja keskustelun sisällön tallentaminen. Haastattelija voi vaikuttaa tilanteen kulkuun valmistautumalla etukäteen täsmäryhmäkeskusteluun. Valmistautumisen tärkeitä alueita ovat huolellinen haastatteluteemojen valinta, rauhallisen tilan varaminen ja haastattelutilanteen suunnittelu. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 61–67.)

Tämän kehittämishankkeen täsmäryhmäkeskustelut suunnittelin hoitopolusta tehdyn design -pelin teemojen ympärille. Toimijoiden suuren luku-

määrän vuoksi olin jakanut toimijat kolmeen ryhmään, jolloin käsiteltävä aiheema oli suunniteltu ryhmän kokoonpanon mukaisesti. Ryhmäkoko oli suuri ainoastaan kahdella viimeisellä kerralla, joissa paikalla olivat toimijat kaikista hoitopolun kehittämiseen osallistuneista organisaatioista. Jokaisella kehittämistapaamisella ryhmässä syntyi vilkasta vuorovaikutusta toimijoiden välille, mutta yhdelläkään kertaa ei syntynyt dominoivaa tilannetta. Itselläni haastattelijana oli hyvin mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä ja motivoida kaikkia toimijoita osallistumaan keskusteluun. Toikko ja Rantanen (2009, 80, 166) muistuttavat, että ryhmän jäsenten roolit saattavat vaihtua kehittämisen aikana ja hyvä vuorovaikutus vaatii tasavertaisuutta jäsenten välillä.

Kaikissa kehittämistapaamisissa vallitsi vapautunut ja innostunut ilmapiiri, havaittavissa oli selkeästi kehittämisen riemua. Innostuksesta huolimatta minun oli helppo ohjata ja kohdentaa keskustelua suunnittelemaani aiheeseen. Olin varannut aikatauluun tilaa toimijoiden keskinäiseen vapaaseen keskusteluun. Jokaisen kehittämistapaamisen lopuksi kävimme palautekeskustelun hoitopolusta ja kehittämishankkeen etenemisestä. Toimijat antoivat pienissä ryhmissä suullista palautetta ja kahdella viimeisellä kerralla kirjallista sekä suullista palautetta. Toikon ja Rantasen (2009, 165–166) mukaisesti kehittäminen on reflektiivinen prosessi ja he korostavat vuorovaikutuksen kautta tapahtuvaa kehittämistä. Ryhmässä haetaan yhdessä ratkaisuja haasteisiin ja analysoidaan ratkaisukeinoja peilaten teoreettiseen viitekehykseen.

Lisäksi olen saanut palautetta oman organisaationi useilta toimijoilta, jotka tiesivät kehittämishankkeesta. Saamani palaute on ollut positiivista ja kannustavaa, jota oli ilo välittää hoitopolun kehittämiseen osallistuneille toimijoille. Toikon ja Rantasen (2009, 144) mukaan havainnointia voidaan hyödyntää dokumentoimalla tapahtumasta tehdyt havainnoijan huomiot, joita voivat olla puheenvuorot, roolit ja omat tulkinnat. Hyödynsin erityisesti itsearviointissa kahden toimeksiantajan antamaa palautetta, jotka perustuvat heidän havainnoiteihinsa proteesiryhmien tapaamisissa. Vilkan ja Airaksisen (2003, 158–159) mukaan, toteutustavan, tiedon keräämisen ja

yhteistyön arviointi palautteiden avulla on tärkeä osa oppimista kehittämishankkeen tekijälle ja kehittämiseen osallistuville henkilöille.

Hoitopolun tekninen toteuttaminen ja videoiden tuottaminen vaativat siihen osallistuneilta toimijoilta suuria ponnisteluja. Yhteisten aikataulujen löytäminen oli ajoittain kovin haasteellista, mutta toimijoiden määrätietoinen sitoutuminen kehittämishankkeeseen auttoi aikataulujen sovittelussa. Toimijoiden itsenäisyys ja vastuullisuus nousivat merkittävään rooliin videoiden ja niiden ääninauhoitusten tekemisessä. Viimeisessä proteesiryhmien tapauksissa oli ilo kertoa videoiden tuottajille hoitopolun kyselystä saadut erinomaiset palautteet.

Lisäksi edellä mainitut videotuottajat saivat proteesiryhmien viimeisessä tapauksissa kollegoilta erittäin hyvää palautetta videoiden toimivuudesta ja hyödyllisyydestä käytännön ohjaustyössä. Tuulaniemen (2011, 239) mukaan olisi tärkeää mitata kehitettyä tulosta määrällisellä mittarilla, jos se on mahdollista. Palvelumuotoilun laadun varmistamiseen voidaan vaikuttaa, että palvelu tuotetaan parhailla mahdollisilla resursseilla ja osaamisella. Laadun tärkeänä tekijänä on selkeä suunnitelma ja tavoitteet sekä toimijoiden ymmärrys mitä ollaan tekemässä. Asiakasymmärrys on yksi tärkeimmistä tekijöistä. (Tuulaniemi 2011, 239–240.)

Tuotoksen, eli hoitopolun arviointia olen kerännyt hoitopolulla olevalla määrällisellä kyselyllä. Kyselyn tarkoituksena oli syventää asiakasymmärrystä ja testata, kuinka ammattilaisten luoma sisältö hoitopolulla vastasi kansalaisten toiveisiin sisällöstä. Lisäksi kyselyn avulla haluttiin tietoa internet -sivustojen toiminnasta ja tarvittavista kehityskohteista. Vilkan ja Airaksisen (2003, 58–62) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä määrällisellä aineistolla ei haeta yleistettävää tietoa, vaan lisätietoa liittyen kehittämishankkeeseen. Kyselyn laadinnassa on tärkeää sisäistää, mitä tietoa ja keneltä kyselyllä haluaa, sekä hyödyntää teoretietoa kysymysten laadinnassa. Kysymysten tulee olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä sekä niiden tulee tukea tuotoksen sisältöä. Kyselylomake kannattaa testata ja pyytää testaajilta kommentteja ennen todellista kyselyä. (Vilka & Airaksinen 2003, 58–62.)

Palvelumuotoilun näkökulmasta on tärkeää testata, kuinka palvelu vastaa asiakkaan odotuksiin, ja mitä kehitettävää palvelussa on. Palvelun arvioinnille tulee luoda mittarit, joiden avulla arvioidaan palvelua. Reaaliaikaisella arvioinnilla voidaan nopeasti muuttaa palvelu vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. (Tuulaniemi 2011, 243–247.) Kysymykset laadin teorian tietoa hyödyntäen ja sain apua oman organisaationi Webropol-kouluttajaa. Ennen julkaisua testasin kyselyn ja pyysin testajilta kommentteja kyselystä, mutta kysely ei vaatinut muutoksia. Visuaalisen esimerkin ja kokeellisen ympäristön puuttuminen oli yksi merkittävin syy, miksi kartoitin potilailta asiakasymmärrystä hoitopolusta sen valmistumisen jälkeen. Palvelumuotoilun mukaisesti asiakasymmärrystä tulisi kerätä jo alkuvaiheessa, mutta voidaan hyödyntää myös organisaatiossa olemassa olevaa tietoa (Tuulaniemi 2011, 142–147).

Motivoin tekonivelleikkaukseen tulevia potilaita vastaamaan kyselyyn hoitopolku -mainoksella (liite 4), jonka hoidonvaraaja liitti potilaiden kutsukirjeisiin. Tekonivelpotilailla hoitopolun läpi kulkeminen vie noin puoli vuotta, jolloin kyselyyn ei voinut odottaa nopeasti vastauksia. Lisäksi tekonivelpotilaat ovat Päijät-Hämeen alueella ja Suomessa yleisemmin yli 60 -vuotiaita ja heidän internetin käyttönsä on vähäisempää kuin nuoremmilla ihmisillä (Tilastokeskus 2016; Rainio, Perälä & Pelanterä 2014, 2; Naboulsi & Teitto 2012, 33–34). Hoitopolun kyselyyn vastanneet edustivat samankaltaista profiilia kuin on tilastokeskuksen (2016) selvityksessä internetiä käyttävien kansalaisten profiili. Kyselyyn vastasi eniten alle 60 -vuotiaita ja korkeakoulutuksen omaavia kansalaisia, mutta sukupuolen suhteen ei juurikaan ollut eroa.

Hoitopolun kyselyyn vastanneiden määrä oli pieni eli tulokset ovat vain suuntaa antavia ja asiakasymmärrystä lisääviä, kuten olin asettanut kyselyn tavoitteeksi. Kyselyn vastaukset osoittivat, että hoitopolun kehittämiseen osallistuneilla ammattilaisilla oli ollut hyvä asiakasymmärrys. Hoitopolun kehittämisen eri vaiheissa kysyin tapaamisiin osallistuvilta ammattilaisilta palautetta hoitopolku ideasta. Ammattilaisilta sain seuraavia kommentteja: ”tukee kotona toipilasta auttavaa omaista”, ”tästä saa hyvin ko-

konaiskuvaa lonkkapotilaan hoitopolusta”, ”korvaa ensitietopäivän” ja ”nykypäivää”. Edellä mainitut kommentit olivat yhteneviä kansalaisten antamiin palautteisiin.

Ammattilaisten asiakasymmärrys, liittyen hoitopolun tietomäärään ja videoihin, sai tukea kansalaisten palautteissa. Yksi kommentti ammattilaisilta ja kansalaisilta oli täysin sama, ”videosta ymmärtää paljon paremmin kuin kuvasta”. Kyselyyn vastanneista kansalaisista suurin osa totesi tietomäärän olevan riittävä ja videot tukivat heidän kuntoutumistaan. Avoimien kysymysten vastauksista ei noussut mitään uutta esille, joten kysymykset olivat näin tarkasteltuna onnistuneita. Kyselyn tulokset vahvistivat oikeaksi tekemäni valinnan luottaa kokeneiden ammattilaisten asiakasymmärrykseen hoitopolun kehittämisessä. Kyselyn on annettu olla edelleen avoimena hoitopolulla, jotta hoitopolun kehittämistyö voi jatkua.

Yhtenä toissijaisena tarkoituksena oli hoitopolulle, että potilaiden lisäksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää omassa työssään hoitopolulla olevaa tietoa. Toisena oli, että potilaille ja heidän läheisilleen tulee mahdolliseksi seurata hoitopolun eri vaiheiden tapahtumia ja valmistautua tapahtumiin. Tämä toissijainen tarkoitus on näyttäytynyt toteen, koska kävin esittelemässä hoitopolkua erikoissairaanhoidon erikoistuville sairaanhoitajille ja perusterveydenhuollon sairaanhoitajille. Heiltä saamani palautteen mukaan hoitopolku oli informatiivinen ja havainnollistava yhtä lailla terveydenhuollon ammattilaisille kuin potilaille. Erityisesti se oli hyödyllinen tekonivelpotilaiden kokonaishoitoa tuntemattomille ammattilaisille ja tekonivelpotilaan lähellä oleville tukijoukoille.

7.2 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus/vakuuttavuus

Ylemmässä ammattikorkeakoulussa tehtyjä opinnäytetöitä sitovat Tutkimuseettisen lautakunnan (2012) antamat ohjeet hyvistä tieteellisistä käytänteistä. Kehittämishankkeen tai tutkimuksen toteuttajan tulee valita eettisesti kestäviä valintoja ja menetelmiä liittyen tutkimukseen. Keskeisiä asioita ovat rehellisyys ja huolellisuus sekä tarkkuus tulosten käsittelyssä ja kirjallisen työn laadinnassa. Tutkimuksessa käytettävien menetelmien ja

raportoinnin tulee noudattaa tieteellisiä kriteerejä ja avoimuutta. Raportoinnissa tutkijan tulee kunnioittaa toisten tuottamaa tietoa ja viitata heidän töihinsä sääntöjen mukaisesti. Tutkijan tulee suorittaa tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja tallennus tieteellisten käytänteiden mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–6, kts. myös Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 21–27.)

Olen noudattanut tässä kehittämishankkeessa tieteellisesti hyviä käytänteitä ja pyrkinyt tarkkuuteen sekä huolellisuuteen. Kehittämishankkeen aiheen valinta on eettisesti hyväksyttävä, sillä hoitopolun kehittämisellä pyrin kehittämään ja parantamaan potilaille tarjottavia palveluita. Eettistä kritiikkiä voi aiheen valinnalle kuitenkin antaa, sillä kaikki potilaat eivät kykene tai halua käyttää sähköisiä palveluita. Sähköinen hoitopolku on lisäarvoa tuottava palvelu ja tarjolla on muita perinteisiä palveluvaihtoehtoja.

Tiedon hankinnassa organisaatiosta ja muista lähteistä olen noudattanut rehellisyyttä ja parasta kykyäni, jotta tietoperusta on eettisesti luotettava. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä on niukka tieteellinen lähdeaineisto aihepiiristä, mutta olen pyrkinyt löytämään saatavilla olevaa uutta lähdeaineistoa. Lisäksi olen yrittänyt osoittaa tilastojen valossa sähköisen asioinnin vähäisyyden julkisella sektorilla, mikä osaltaan selittää niukan lähdeaineiston saatavuuden. Lähdeaineiston niukkuudesta huolimatta halusin toteuttaa tämän uudenlaisen innovaation, vaikka se heikentäisi kirjallista raporttiani. (Kts. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–6; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 21–27.)

Kehittämishankkeen menetelmät vaativat itseltäni eettistä tarkastelua ja huolellisuutta. Täsmäryhmäkeskustelut kehittämistapaamisissa ja kokemusasiiantuntijoiden käyttö vaaransivat henkilöiden anonyymiutta raportissa. Lisäksi täsmäryhmäkeskusteluissa pyrin johtamaan tilannetta ketään loukkaamatta tai huomioimatta. Väärinymmärrysten ehkäisemiseksi kirjasin hoitopolkuun tehtävät muutokset yhdessä kunkin proteesiryhmän kanssa kehittämistapaamisissa. Lisäksi lähetin korjaamani paperisen version aina tapaamisten jälkeen kaikille kehittämishankkeeseen osallistuville toimijoille tarkastettavaksi.

Osallistujien palautteen mukaan kehittämistapaamisissa vallitsi vapautunut ja lämmin ilmapiiri, jonka voisi tulkita ketään loukkaamattomaksi. Kehittämishankkeeseen osallistujat lähestyivät minua kehittämishankkeen aikana muutenkin kuin tapaamisten yhteydessä. Vapaaehtoisen yhteydenoton voisi ajatella kuvaavan avointa ja rehellistä ilmapiiriä. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen hoitopolun testaamiseen oli heille täysin vapaaehtoista ja korostin kyselyn vastausten tulevan minulle anonymisti. Hirsjärvi ja Hurme (2006, 19–20) korostavat keskustelutilanteen eettisiä näkökulmia. Haastattelijan tulee kysyä osallistuvien suostumus keskusteluun, käsitellä esille tulleita asioita luottamuksellisesti ja raportoinnissa huomioida julkaisun aiheuttamat seuraamukset haastateltaville. Vastausten analysoinnissa haastattelijan on oltava varma, että on ymmärtänyt oikein vastaajan sanoman. Hoitopolun kehittämishankkeeseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja sovimme kehittämistapaamisten luottamuspelisäännöt.

Tuloksia olen käsitellyt rehellisesti ja olen esittänyt kaikki määrälliset tulokset kuvioissa muuttamattomina. Vapamuotoisista vastauksista valitsin sekä positiivisia että negatiivisia kommentteja mutta varmistin kaikkien kommenttien kohdalla, ettei vastaaja ollut tunnistettavissa. Tunnistettavuuden vuoksi yhdistin kokemusasiantuntijoiden ja julkisen hoitopolun vastaukset, koska pieni vastausmäärä olisi voinut lisätä vastaajien tunnistettavuutta. Pienen vastausmäärän vuoksi olen kirjallisessa raportissa rehellisesti ilmoittanut, että tulokset eivät ole yleistettäviä, vaan suuntaa antavia. Kirjallisen raportin olen kirjoittanut noudattaen tieteellisiä käytänteitä ja kunnioittanut toisten aineistoja. (Kts. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–6; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 21–27.)

Hoitopolulla oli määrällinen kysely ja sen vuoksi tuon esille tutkimuksen reliabiliteetin ja validiteetin. Reliabiliteetti tarkoittaa kyselytutkimuksen kohdalla tulosten toistettavuutta samalla menetelmällä tai samojen tulosten saamista eri menetelmällä. Validiteetti käsite tarkoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä ja onko tutkimuksen mittareilla mitattu oikeita asioita. Reliabiliteetti ja validiteetti käsitteet tulevat määrällisen tutkimuksen käytänteistä

ja sopivat huonosti laadulliseen tutkimukseen tai toiminnalliseen opinnäytetyöhön. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 185–187; Toikko & Rantanen 2009, 122.) Kehittämistoiminnassa tutkimuksellisesti kerätty aineisto voi olla suppeampi mutta sitä voidaan hyödyntää kehittämistoimintaa ohjaavana materiaalina (Toikko & Rantanen 2009, 121). Tämän kehittämishankkeen kyselyn vastaajajoukko oli pieni, joten vastaukset tuskin ovat toistettavissa. Kysely mittasi tavoitteisiin nähden riittävän hyvin hoitopolun tietosisältöä, teknistä toimivuutta ja sähköistä asiointia. Jos vastaajajoukko olisi ollut suurempi, niin mahdollisesti tulokset olisivat jollakin tavalla toistettavissa ja yleistettävissä.

Kehittämistoiminnassa reliabiliteettia ja validiteettia käsitellään yleisesti termein vakuuttavuus ja käyttökelpoisuus. Kehittämistoiminnassa on tärkeää, että kehittäjä kykenee argumentoimaan ja perustelemaan tekemänsä valinnat. Lisäksi kehittäminen tulee kuvata avoimesti, jotta tiedeyhteisön on mahdollista arvioida tehtyä kehittämishanketta. Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi ja osallistujien aktiivisuus on merkittävä osa kehittämishankkeen luotettavuutta. Luotettavuuden näkökulmasta kehittäjän tulee kuvata mahdollisimman tarkasti osallistujien aktiivisuus kehittämishankkeeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 188–189; Toikko & Rantanen 2009, 122–124.)

Kehittämishankkeen raportoinnissa ja arvioinnissa olen yrittänyt kuvata kehittämishankkeen kulkua mahdollisimman tarkasti sekä perustella tekemiäni valintoja. Olen pyrkinyt valitsemaan parhaiksi katsomiani menetelmiä ja keinoja kehittämishankkeen toteutumisen näkökulmasta. Kuitenkin tulee muistaa, että kokemukseni kehittämishankkeista on vähäistä. Uskon, että kokemuksen kautta lisääntyy ymmärrys erilaisten menetelmien ja keinojen käyttämisestä kehittämishankkeissa. Menetelmien valinta on ollut kuitenkin oletettavasti suhteellisen onnistunut, koska saavutimme kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet.

Mielestäni olen pystynyt luomaan yhteistyöhön tasavertaisen ja positiivisen ilmapiirin. Kehittämishankkeeseen osallistuvat toimijat ovat olleet aktiivisia ja osallistuvia. Seuraavassa kehittämishankkeessa aktivoisin esimiehiä

enemmän kuin nyt, jotta toimijat saadaan sitoutumaan ja osallistumaan kehittämishankkeeseen. Osa tämän kehittämishankkeen osallistujista oli toiminut jo aikaisemmin yhdessä ja heille itsenäinen toiminta oli luontevaa. Kaikissa kehittämishankkeissa ei välttämättä löydä tämänkaltaista itsenäisesti toimivaa ja aktiivista ryhmää.

Oma haasteensa oli runsas osallistujien joukko ja vielä paremman lopputuloksen näkökulmasta, olisi pitänyt olla aikaa ja tapaamisia enemmän. Tapaamiskertojen lisäyksen avulla olisimme voineet testata sähköistä hoitopolkua yhdessä ennen julkaisua ja analysoida sisältöä tarkemmin. Hoitopolun jatkokehittäminen on sovittu syysksi 2016.

Omien muistiinpanojen ja havainnoitsijoiden arvioinnit olivat ehdoton edellytys tämän raportin kirjoittamiselle. Erityisesti, koska kehittämishankkeen eteneminen vauhdikkaasti ja raportin kirjoittaminen tapahtui myöhemmin. Muistiinpanot helpottivat myös pohtimaan ja analysoimaan tekemiäni valintoja, koska olin kirjannut valintojen taustatekijöitä omiin muistiinpanoihini. Kehittämishankkeen ohjaamisessa ja menetelmien valinnassa koin suurena tukena opinnäytetyön ohjaajan kanssa käydyt keskustelut. Ilman ohjaajan tukea ja ohjausta raportin kirjoittaminen olisi ollut huomattavasti työläämpi prosessi sekä lopputulos nykyistä hatarampi.

Tuotoksen käyttökelpoisuus ja siirrettävyys ovat kehittämistoiminnassa tärkeitä arvioinnin näkökulmia. Kehittämistoiminta ja palvelumuotoilu ovat usein ympäristölleen sidonnaisia ja ainutkertaisia, joten tulosten/tuotoksen hyödynnettävyys toisessa ympäristössä voi olla haasteellista. Kehittämisprosessin näkökulmasta käyttökelpoisuus ja siirrettävyys tarkoittavat prosessin aikaisen arvioinnin hyödyntämistä kehittämishankkeessa. (Toikko & Rantanen 2009, 125–126; Wetter Edman 2011, 103–105.) Tämän kehittämishankkeen yhtenä suurena saavutuksena yleisestä poiketen on käyttökelpoisuus ja siirrettävyys, koska tavoite on tuottaa jatkossa muita hoitopolkuja samalla periaatteella. Mutta ainutkertaisuus tulee esiin seuraavien hoitopolkujen kehittämisessä, sillä kohderyhmä ja osallistajat ovat uudet. Tämä ensimmäinen hoitopolku voi kuitenkin toimia esimerkkinä ja siitä

saatavaa palautetta voi konkreettisesti hyödyntää uuden hoitopolun kehittämisessä. Yksi merkittävä parannus seuraaviin hoitopolkuihin olisi saada paremmat taloudelliset resurssit markkinointiin ja mainostamiseen.

Kehittämishankkeiden raportoinnissa on havaittu liiallista onnistumisten raportointia eli menestystarinoiden kertomista (Toikko & Rantanen 2009, 128). Olen pyrkinyt kertomaan tämän kehittämishankkeen haasteista ja puutteista ja toivon, ettei lukijalle muodostu käsitystä ”menestystarinasta”. Vaikka tämän kehittämishankkeen tuotos onkin tietyllä tapaa urauurtava, silti lopullinen arviointi voidaan tehdä vasta ehkä vuoden tai kahden kulu-
tua. Arvioitavaksi jää, kuinka kansalaiset ja ammattilaiset todellisuudessa löytävät sekä hyödyntävät hoitopolkua.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämä kehittämishanke ja siinä tuotettu hoitopolku ovat avanneet tietä toisille vastaaville hoitopoluille. Seuraavien hoitopolkujen tekijät voivat oppia tässä kehittämishankkeessa olleista haasteista ja tehdä uusista hoitopoluista tätä ensimmäistä kehittyneempiä. Useiden henkilöiden mielikuvituskyky joutui ääri rajoille tai ei riittänyt, kun kerroin tästä kehittämishankkeesta. Onneksi löytyi riittävä joukko asiaan vihkiytyneitä ja innostuneita ihmisiä, jotka olivat monella eri tavalla mahdollistamassa tämän kehittämishankkeen etenemistä.

Uudenlaisen palvelun luomisessa huomaa ihmisten suhtautumisen muutokseen ja uudenlaiseen toimintaan. Tuulaniemen (2012, 55) mukaan palveluosaaminen on osa organisaation tekemisen kulttuuria ja osoittaa henkisten sekä aineellisten aikaansaannosten kokonaisuutta. Kokonaisuus voidaan ajatella saavutuksena, joka on jokaisen organisaation luotava itse. Toikon ja Rantasen (2009, 58–59) näkemys kehittämishankkeen onnistumisen ratkaisevia edellytyksiä ovat organisointi ja resursointi. Tämän kehittämishankkeen perusteella voin suositella, että osallistujille myönnettäisiin osa työajasta kehittämishankkeeseen. Uskon vahvasti, että selkeä resursointi parantaisi kehittämishankkeiden toteuttamista ja levittämistä käytän-

töön. Kurosen (2015, 73) näkemyksen mukaan vaikuttavassa kehittämisessä ja uusien toimintamallien käyttöönotossa vaaditaan vahva organisaation sitoutuminen toimintaan.

Tämän kehittämishankkeen tuotoksella pyritään tarjoamaan julkiselle sektorille asiakaslähtöistä sähköistä palvelua ja tukemaan asiakkaiden omahoitoa. Korpelan (2013) tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden motivoitumista ja sitoutumista omahoitoon voidaan parantaa sähköisten palveluiden avulla. Tulevaisuudessa terveydenhuollon palveluiden kustannustehokkuuteen positiivisesti vaikuttavana tekijänä ovat sähköiset palvelut. (Korpela 2013, 100–102.) Euroopan komissio on teettänyt julkisten palveluiden digitalisoinnin benchmarkkauksen eli vertaisarvioinnin. Vertaisarvioinnin tuloksissa nostetaan vahvasti esille, että sähköiset palvelut ovat julkisen sektorin ekonominen ratkaisu tulevaisuudessa. Lisäksi painotetaan palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja sen korostuvaa merkitystä tulevaisuudessa myös julkisen sektorin palveluissa. (Lörincz, Tinholt, van der Linden, Colclough, Cave, Schindler, Cattaneo, Lifonti, Jacquet & Millard 2010, 5–20.)

Toivon, että tulevaisuudessa tehdään enemmän tutkimuksia sähköisestä potilasohjauksesta ja asiakkaiden toiveista sähköisestä asioinnista. Aalto-Kallio ym. (2009, 105–108) tuovat esille vaikutuksien ja vaikuttavuuden mittaamisen haasteet. Vertaileva kokeellinen asetelma on yksi arviointimalli, jolla pyritään testaamaan kahden erilaisen toiminnan paremmuutta. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista verrata sähköisen hoitopolun ja kirjallisen materiaalin vaikutuksia potilaiden omahoidossa. Terveystieteiden kokeellisen asetelman luominen ja toteuttaminen sekä kokeen eettisyys vaatisivat runsaita ponnisteluja.

Tässä kehittämishankkeessa saadut suuntaa antavat tulokset hoitopolun hyödyllisyydestä, tukevat ajatusta kehittää muihin sairauksiin vastaavia hoitopolkuja. Tulevaisuuden tavoitteeksi tässä kehittämishankkeessa oli asetettu sähköisen vuorovaikutuksen kehittäminen kansalaisten ja ammattilaisten välille osaksi hoitopolkua. Korpela (2013, 101) toi esille tutkimuk-

sessaan tärkeän lisätutkimusaiheen liittyen terveydenhuollon ammattilaisiin. Hänen mielestään olisi mielenkiintoista tutkia terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja pelkoja kansalaislähtöisistä palveluista ja niiden hyödyntämisestä.

Olen antanut jatkotutkimusaiheeksi seuraavaan hoitopolkuun tutkia ammattilaisten näkemyksiä hyödyntää sähköisiä hoitopolkuja. Ammattilaisten asenne ja sitoutuminen palveluun ovat merkittäviä tekijöitä palveluiden käytön lisääntymisessä. Toinen merkittävä seikka on, kuinka ammattilaiset markkinoivat organisaation palveluja kansalaisille (Tuulaniemi 2011, 53–54). Tämän kehittämishankkeen hoitopolusta ja seuraavista hoitopoluista organisaatiolla on halutessaan mahdollisuus luoda oma konsepti. Konseptissa kuvataan, kuinka jokin palvelu antaa lisäarvoa yritykselle ja miten palvelu vastaa asiakkaiden tarpeisiin (Miettinen ym. 2011, 107–108). Julkisen sektorin tiukentuvilla resursseilla tuotettavien asiakaspalveluiden kehittämisessä voitaisiin hyödyntää palvelumuotoilua (Tuulaniemi 2011, 279).

Julkisen sektorin ekonomisen paineen alla olevat työntekijät tulevat tarvitsemaan uudenlaisia kykyjä tulevaisuudessa. Heidän tulee innovoida kustannustehokkaita ja asiakaslähtöisiä palveluja sekä toimia osana moniammatillisia kehitystiimejä. Työnantajien tärkeä osuus on mahdollistaa kehittämishankkeita ja tukea työntekijöiden jatkuvaa oppimista. (Hautamäki & Leveälähti 2013, 94–97.) Tässä kehittämishankkeessa tuotettu hoitopolku on ollut vahva osoitus organisaatioissa piilevistä voimavaroista, yhteistyön voimasta ja halusta auttaa kollegaa. Kiitos kuuluu meille kaikille.

LÄHTEET

- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arviinnin kartalla. Matka teoriasta käytäntöön. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 7. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Breitenfelder, U., Hofinger, C., Kaupa, I. & Picker, R. 2004. Fokusgruppen im politischen Forschungs- und Beratungsprozess. Forum: Qualitative sozialforschung Social research FQS Vol. 5, Iss. 2 [viitattu 11.5.2016]. Saatavissa: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
- Chen, S-R., Chen, C-S. & Lin, P-C. 2013. The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. Journal of Clinical Nursing Vol. 23, Iss. 1-2, p. 279–286 [viitattu 3.3.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313941>
- Digibarometri. 2015 [viitattu 7.3.2016] Saatavissa: <http://www.digibarometri.fi>
- Hautamäki, J. & Leveälähti, S. 2013. A perspective on employee competences and educational challenges in the future. Teoksessa J. Hautamäki & M. Vesasto (Eds.) Proactive Approach to Structural Change. A publication of Lahti University of Applied Sciences, Series C Articles, reports and other current publications, part 134. Lahti, 94–03.
- Heffeman, K, J., Chang, S., Maclean, S, T., Callegari, E, T., Garland, S, M., Reavlet, N., Varigos, G & Wark, J, D. 2014. The potential of eHealth Apps to Support Targeted Complex Health Messages. General Practice Vol. 182, Iss. 2, p. 1 - 7 [viitattu 3.3.2015]. Saatavissa: <http://www.eschencecentral.org/journals/the-potential-of-ehealth-apps-to-support-targeted-complex-health-messages-2329-9126.1000182.php?aid=31529>
- Hermann, M. 2002. 3-dimensional computer animation - a new medium for supporting patient education before surgery. Acceptance and assessment of patients based on a prospective randomized study -picture versus text.

Der Chirurg Vol. 73, Iss. 5, p. 500–7 [viitattu 3.3.2015]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12089836>

Holopainen, A. 2015. Mobiiliteknologia ja terveyssovellukset, mitä ne ovat?

Duodecim Vol.131, Iss. 13, p. 1285–1290 [viitattu 3.3.2015]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo12334

Huang, E., Chang, C-C, A. & Khurana, P. 2012. Users' preferred interactive e-health tools on hospital web sites. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing Vol. 6, Iss. 3, p. 215–229 [viitattu 25.10.2015]. Saatavissa:

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=RbadWTsAAAAJ&citation_for_view=RbadWTsAAAAJ:5nxA0vEk-isC

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajajärvi, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon laitos. Raportti 33/2014.

Hyvis.fi. Terveyttä ja hyvinvointia- Päijät-Hämeen sähköinen asiointipalvelu [viitattu 13.11.2014] Saatavissa:

<http://www.hyvis.fi/paijathame/fi/Sivut/default.aspx>

Hämäläinen, K., Vilkkä, H. & Miettinen, S. 2011. Asiakasymmärryksen ja käyttäjätiedon hankkiminen. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 12–16.

Ilmarinen. 2016. Tuoreet eläkeläiset verkossa. Ilmarinen [viitattu 7.3.2016]
Saatavissa: <https://www.ilmarinen.fi/siteassets/uutishuone/2016/ia-reena2016-tuoreet-elakelaiset-verkossa.pdf>

Inkinen, S. 2012. Designing Services: Challenges of Creativity, Serendipity, and Open Innovation. Teoksessa T. Kuosa & L. Westerlund (Eds.) Service Design. On the Evolution of Design Expertise. Lahti: Dynamic Futures. Lahti University of Applied Sciences Series A, Research reports, part 16, 83–99.

Jauhiainen, A., Sihvo, P., Ikonen, H. & Rytönen, P. 2014. Kansalaisilla hyvät valmiudet sähköisiin terveyspalveluihin. Finnish Journal of eHealth and eWell-fare. FinJeHeW 2014 Vol. 6, Iss. 2 – 3, p. 70–78 [viitattu 13.11.2014]. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/268358141_Kansalaisilla_hyvät_valmiudet_sähköisiin_terveyspalveluihin

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. & Salanterä, S. 2005. Pre-operative education for orthopaedic patients: systematic review. Integrative literature review and meta-analyses. Journal of Advanced Nursing Vol. 50, Iss. 2, p. 212–223 [viitattu 3.3.2015] Saatavissa: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03381.x/abstract>

Kaivo-Oja, J. 2012. Service Science, Service Architectures, Service Designs, and Dynamic Service Business Development. Teoksessa T. Kuosa & L. Westerlund (Eds.) Service Design. On the Evolution of Design Expertise. Lahti: Dynamic Futures. Lahti University of Applied Sciences Series A, Research reports, part 16, 69–82.

Keinonen, K.J. 2010. Microsoft Word 2010. Edistynyt käyttö. Ornanet Koulutuksen e – kirjat. Turku: DatumPoint.

Koivisto, M. 2011. Palvelumuotoilun peruskäsitteet. Teoksessa S. Miittinen (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologainfo Teknova Oy, 12–16.

Korpela, A. 2013. Kansalaisen sähköiset terveystalvet: hyväksyntä, käytettävyys ja motivoituminen oman sairauden hallintaan. Global IT Management (GITM). Work Informatics. Turun kauppakorkeakoulu. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Koutras, C., Bitsaki, M., Koutras, G, D & Heep, H. 2015. Socioeconomic impact of e-Health services in major joint replacement: A scoping review. Technology and health care: official journal of the European Society for Engineering and Medicine, september 2015 [viitattu 3.1.2016]. Koutras, C. 2016 [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Naboulsi, H. Lähetetty 20.12.2015. Research gate <https://www.researchgate.net/home>

Kuronen, R. 2015. Valtimotautiriskiin liittyvät Käypä hoito –suositukset. Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisille. Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. Akateeminen väitöskirja.

LAMK. 2011. Reppu: Opinnäytetyön ohje [viitattu 12.05.2016]. Lahden Ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://reppu.lamk.fi/mod/book/view.php?id=116250>

Liu, Y, S., Krakow, M. 2015. Health e-mavens: identifying active online health information users. An international journal of public participation in health care and health policy. Wiley Online Library, p. 1–13 [viitattu 2.3.2016]. Saatavissa: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/hex.12398/full>

Luukkonen, E. 2012. Koettu arvo sähköisessä asiointiympäristössä – Haastattelututkimus nuorten kuluttajien kokemuksista. Helsinki: Aalto-yliopisto. Kauppakorkeakoulu. Markkinoinnin laitos [viitattu 7.3.2016]. Maisterin tutkinnon tutkielma. Saatavissa: http://epub.lib.aalto.fi/fi/ethesis/pdf/12892/hse_ethesis_12892.pdf

Lörincz, B., Tinholt, D., van der Linden, N., Colclough, G., Cave, J., Schindler, R., Cattaneo, G., Lifonti, R., Jacquet, L & Millard, J. 2010. Digitizing Public Services in Europe: Putting ambition into action. 9th

Benchmark Measurement. December 2010. Prepared by Capgemini, IDC, Rand Europe, Sogeti and DTi for European Commission, Directorate General for Information Society and Media. European Commission [viitattu 9.4.2016]. Saatavissa: https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/eGovernment_Benchmarking_Method_paper_2010.pdf&ie=UTF-8&oe=UTF-8

Medi-IT. 2016. Yhteinen päämäärä yhdistää [viitattu 9.4.2016]. Saatavissa: <http://www.medi-it.fi/index.php>

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Helsinki: International Methelp Ky.

Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu – yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologainfo Teknova Oy, 20 - 38.

Miettinen, S., Raulo, M. & Ruuska, J. 2011. Johdanto. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologainfo Teknova Oy, 12 - 16.

Naboulsi, H. & Teitto, T. 2013. Asiantuntijasairaanhoidajan vastaanotto-toiminnan taloudellinen merkitys kirurgian poliklinikalla. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu [viitattu 27.4.2016]. AMK-opinnäytetyö. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/10/browse?value=Naboulsi%2C+Helena&type=author>

Partanen, H. 2011. Vuorovaikutteinen sähköinen asiointi terveydenhuollossa. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu-tutkielma.

Parviainen, S. 2013. Hyvis-portaalikonaisuuden sisällöntuotanto- ja ylläpito-suunnitelma. Kotka.

PHSOTEY strategia 2014 - 2018. 2015. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä [viitattu 6.12.2015]. Saatavissa: PHSOTEY intranet -sivuilla.

Päijät-Hämeen Hyvis-projekti. 2014. Erikoissairaanhoidon käyttöönottosuunnitelma. Operatiivisen tulotietolomakkeen käyttöönottosuunnitelma. Lahti.

Rainio, J., Perälä, A., Pelanteri, S. 2014. Lonkka- ja polviproteesit 2000 – 2013. Tilastoraportti 29/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki [viitattu 27.4.2016]. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120409/Lonkka-%20ja%20polviproteesit_suomi_ruotsi.pdf?sequence=4

Reponen, J, Kangas, M, Hämäläinen, P & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 12. Oulu [viitattu 27.2.2016]. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN ISBN 978-952-302-486-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN_ISBN_978-952-302-486-1.pdf?sequence=1)

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto verkkojulkaisu. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere [viitattu 03.01.2016]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Seppälä, A. & Nykänen, P. 2014. Suomalaisten omahoito- ja terveystalioratkaisujen tarkastelua kansallisen kehityksen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Informaatitieteiden yksikkö. Informaatitieteiden yksikön raportteja 32 [viitattu 13.11.2014]. Saatavissa: http://www.uta.fi/sis/reports/index/R32_2014.pdf

Sillence, E., Briggs, P., Harris, P., R. & Fishwick, L. 2007. How do patients evaluate and make use of online health information? Social Science & Medicine. Vol. 64, Iss. 9, p. 1853–1862 [viitattu 12.5.2016]. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/6477584_How_Do_Patients_Evaluate_and_Make_Use_of_Online_Health_Information

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia [viitattu 23.11.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012 – 2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20 [viitattu 23.11.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-23137.pdf

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13 [viitattu 24.11.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-31918.pdf

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit - asiakas keskiöön [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa: <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus/uudistetaan-sote-prosessit>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetään uusia sähköisiä palveluja. Tiedote 11 [viitattu 7.3.2016]. Saatavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuoltoon-kehitetaan-uus-sahkoisia-palveluja

Suomen Artroplasti yhdistys. 2010. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa: <https://www.lukusali.fi/#/reader/618e4340-4214-11e4-be28-00155d64030a>

Suomen Nivelyhdistys ry. 2015 [viitattu 1.3.2015]. Saatavissa: <http://www.niveltieto.net/nivel/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=256&cntnt01returnid=63>

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2013 [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/lonkka-ja-polviproteesit>

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Strategia [viitattu 7.3.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/thl/strategia>

Tilastokeskus. 2016. Tilastot. Asiointi viranomaisten kanssa internetissä [viitattu 13.11.2014]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2011/sutivi_2011_2011-11-02_kat_004_fi.html

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012 [viitattu 27.4.2016]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum.

Vaahtojärvi, K. 2011. Palvelukonseptien arviointi. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 131 - 141.

Vaajakallio, K. & Mattelmäki, T. 2011. Yhteissuunnittelu ja palveluiden ideointi. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 77 - 83.

Vesänen, R. 2014. Sähköisen asiointin haasteet. Case OP-Pohjolan korvauspalvelu. Lahden ammattikorkeakoulu, Liiketalouden ala, Yrittäjyys- ja liiketoimin-taosaaminen [viitattu 13.11.2014]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80367/Vesanen_Riikka.pdf?sequence=1

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

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

Vilkka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö [viitattu 14.10.2014]. Saatavissa: http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf.

Virtanen, P. 2007. Arviointi: arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

VNK 2011. Valtioneuvoston kanslia. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Helsinki [tulostettu 17.2.2015].

Wetter Edman, K. 2011. Service Design - a conceptualization of an emerging practice. University of Gothenburg. Faculty of Fine, Applied and Performing Arts, University of Gothenburg. Thesis for the degree of Licentiate of Philosophy in Design (with the specialization Design Management).

LIITTEET

Liite 1 Design peli

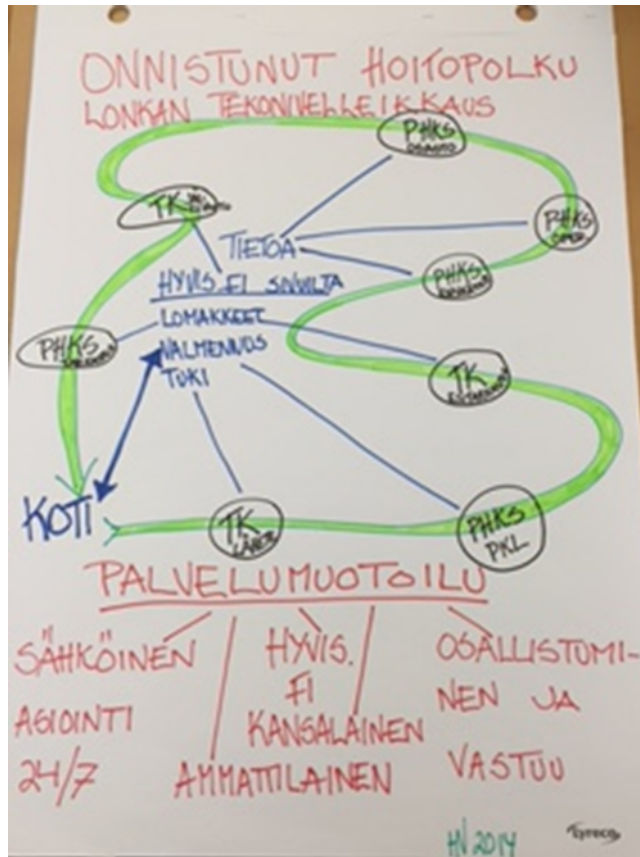
Liite 2 Palautekyselylomakkeen työstöä, operationalisointi

Liite 3 Kyselylomake

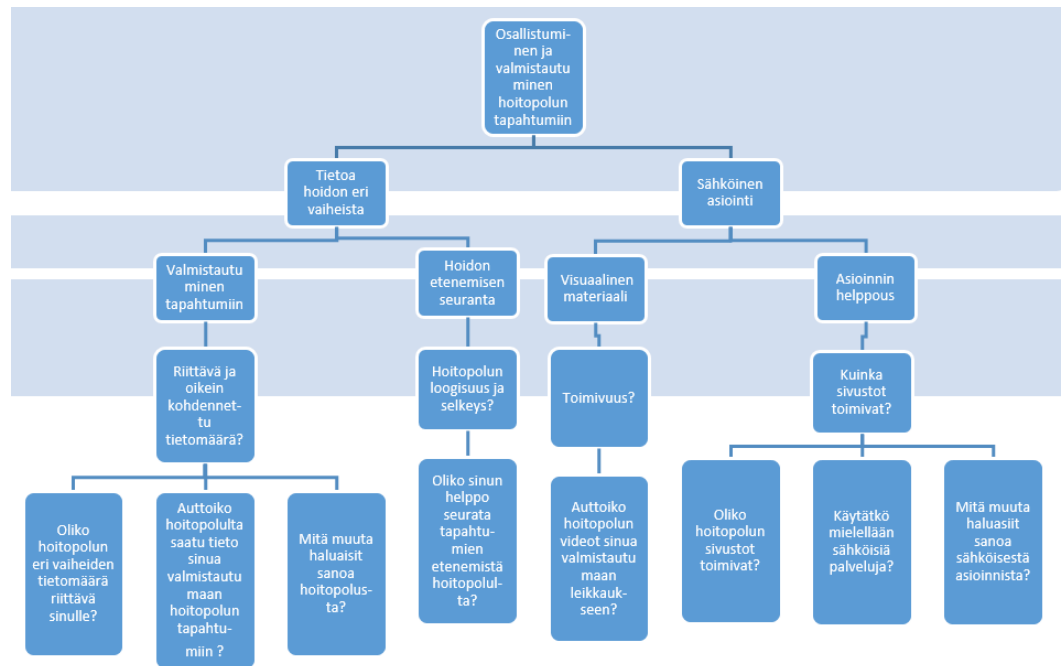
Liite 4 Hoitopolku mainos

Liite 5 Kokemusasiantuntijoiden saatekirje

Liite 6 Proteesiryhmien palautekysymykset



Liite 2





Tekonivelpotilaan hoitopolku

Pyydän ystävällisesti antamaan palautetta lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolusta. Toivon, että tästä lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolusta oli sinulle hyötyä leikkaukseen valmistautumisessa ja kuntoutumisessa.

Sinun antama palaute on erittäin arvokasta tämän Hoitopolun kehittämisessä. Hoitopolku on tehty osana YAMK koulutuksen opinnäytetyötä ja vastauksia tullaan käsittelemään opinnäytetyössä. Sinua vastaajana ei voida tunnistaa vastauksista. Opinnäytetyöntekijä on asiantuntijasairaanhoitaja Helena Naboulsi, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä. Kiitos antamastasi palautteesta, sitä hyödynnetään tämän hoitopolun kehitystyössä. Kyselyssä tapahtumilla tarkoitetaan Hoitopolun eri vaiheita, joissa on kerrottu tai kuvattu asioita liittyen tekonivelleikkaukseen.

1. Mikä on sukupuolesi? *

- nainen
 mies

2. Minkä ikäinen olet? *

- 18-25
 26-35
 36-45
 46-55
 56-65
 66-75
 76-85
 yli 85

3. Millainen ammattikoulutus sinulla on? *

- Ei ammatillista koulutusta
- Ammattikurssi, muu lyhyt ammattikoulutus
- Ammattikoulu, kauppakoulu tai vastaava
- Opistotasoinen ammattikoulutus
- Yliopisto- tai korkeakoulututkinto

4. Tekonivelpotilaan hoitopolun eri tapahtumien tietomäärä oli minulle riittävä? *

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- jokseenkin eri mieltä
- täysin eri mieltä, - voitko perustella?

5. Sain hoitopolulta apua hoitopolun tapahtumiin valmistautumisessa? *

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- jokseenkin eri mieltä
- täysin eri mieltä, - voitko perustella?

6. Mitä muuta haluaisit kertoa hoitopolusta? *

Kirjoita alla olevaan kenttään

7. Minun oli helppo seurata tapahtumien etenemistä hoitopolulta? *

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- jokseenkin eri mieltä
- täysin eri mieltä, - voitko perustella?

8. Hoitopolun videot auttoivat minua valmistautumaan leikkaukseen? *

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- jokseenkin eri mieltä

- täysin eri mieltä, - voisitko perustella?

9. Mitä muuta haluaisit kertoa hoitopolun videoista? *

Kirjoita alla olevaan kenttään

10. Hoitopolun sivustot olivat toimivat? *

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- jokseenkin eri mieltä

- täysin eri mieltä, - voisitko perustella?

11. Käytän mielelläni terveydenhuollon sähköisiä palveluja? *

- täysin samaa mieltä
- jokseenkin samaa mieltä
- jokseenkin eri mieltä

- täysin eri mieltä, - voisitko perustella?

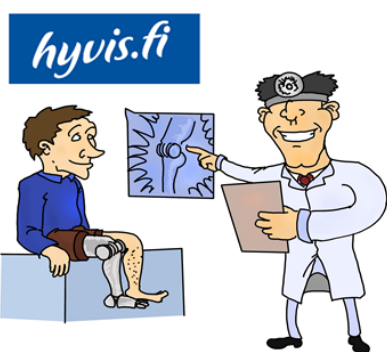
12. Mitä muuta haluaisit kertoa sähköisestä asioinnista? *

Kirjoita alla olevaan kenttään



LONKAN JA POLVEN TEKONIVELPOTILAAN SÄHKÖINEN HOITOPOLKU

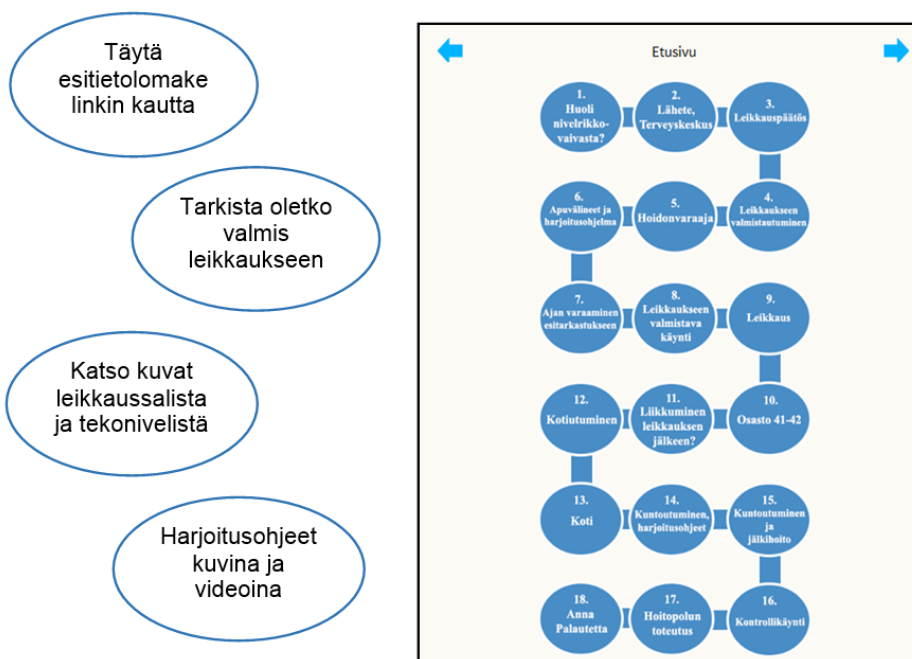
Potilaille ja heidän läheisilleen.



Löydät **Hyvis.fi** Päijät-Häme etusivulta kohdasta Hoitopolut

www.hyvis.fi/paijathame/fi

Anna palautetta.



Liite 5

Hei,

Tarvitsisin sinua apuasi. Tekonivelpotilaille julkaistaan hoitopolku, mikä on tehty alueellisena yhteistyönä tekonivelasiantuntijoiden kanssa.

Uudet tuotteet olisi hyvä testata ja sinulla on hyvää kokemustietoa, jota tarvitaan testaukseen. Toivottavasti jaksat perehtyä hoitopolkuun ja vastata Webropol kyselyyn. Hoitopolun linkki toimii vain meidän PHSOTEY verkossa tällä hetkellä. Tulevaisuudessa hoitopolku julkaistaan www.phsotey ja www.hyvis.fi sivuilla.

Vastaukset tulevat minulle anonyyminä. Lisä palautetta voit antaa myös sähköpostin välityksellä, helena.naboulsi@phsotey.fi

Kiitos avustasi.

Ystävällisin terveisin Helena Naboulsi

Liite 6

1. Kuinka hoitopolun toteuttamisprosessi sujui?
2. Miten onnistuimme hoitopolussa?
3. Mitä muuta haluaisit sanoa?