

KÄYTTÄJÄLÄHTÖINEN AVOHOITOPALVELUPROSESSI

Sari Mäki

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Sari Mäki	Vuosi	2016
Ohjaaja	Raija Seppänen		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiiri kehittämissyksikkö		
Työn nimi	Käyttäjälähtöinen avohoitopalveluprosessi		
Sivu- ja liitemäärä	78 + 7		

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on kustannusten hallinta sekä palveluketjujen toimiva ja saumaton kokonaisuus. Yhtenä keinona saavuttaa säästötavoite on laitoshoidon korvaaminen kevyemmällä palveluilla. Lapin sairaanhoitopiirissä on siirretty soveltuvia potilasprosesseja vuodeosastoilta Hoidolliseen potilashotellin avohoitopalveluun.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Lapin sairaanhoitopiirin avohoitopalveluprosessi, jonka uutena osana on Hoidollinen potilashotelli. Tavoitteena on saada avohoitopalveluprosessista käyttäjälähtöinen ja näkyvä. Opinnäytetyön käsitteellinen viitekehys muodostuu terveydenhuollon palveluprosessien kehittämiseen liittyvästä teorian tiedosta.

Toteutin opinnäytetyön kehittämistutkimuksena palvelumuotoilun menetelmin. Havainnoimme henkilöstön edustajan kanssa neljän asiakkaan avohoitopalveluprosessia sairaalaan saapumisesta kotiutukseen. Ennen ja jälkeen prosessin keskustelimme siihen kohdistuvista toiveista ja tarpeista. Saadun aineiston analysoin induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Avohoitopalveluprosessiin kohdistuvien toiveiden ja tarpeiden yläkategorioiksi muodostuivat tiedon ja tuen saanti, yksilöllisyys ja yksityisyys, ammatillisuus ja osaaminen sekä sujuvuus. Lisäksi asiakkaat ja henkilöstön edustajat tuottivat prosessiin useita kehittämiskohteita ja -ideoita. Tulosten perusteella kuvasin yhteiskehitetyn, käyttäjälähtöisen avohoitopalveluprosessin. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirin avohoitopalveluprosessin kehittämisen ja Lapin keskussairaalan tilasuunnittelun lisäksi muidenkin terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa tai kehittämisessä.

Asiasanat terveydenhuollon palveluprosessi, käyttäjälähtöisyys, palvelumuotoilu

School of Social Services, Health and
Sports
Master's Degree Programme in Develop-
ment of Working Life and Leadership

Author	Sari Mäki	Year	2016
Supervisor	Raija Seppänen		
Commissioned by	Development Unit of the Lapland Healthcare District		
Subject of thesis	User-oriented Service process for Non-institutional Care		
Number of pages	78 + 7		

This thesis aimed to describe the hospital district's non-institutional care process which patient hotel is a part of. The aim was also to make the process more user-oriented. The visualization was executed through cooperation with both the staff and the customers themselves.

The conceptual framework of the thesis consists of theoretical knowledge in the field of service process development for health care. The study was carried out as a design research by using the methods of service design. The non-institutional service chain of four customers was analysed with another representative of the personnel all the way from their arrival until their discharge. Their hopes and needs were discussed within the process both before and after it. The material was analysed by the terms of inductive material analysis.

Major categories in the customers' hopes and needs were individuality, privacy, professionalism, know-how, the receiving of personal support and legitimate information and the general fluency of the process. In addition to this both customers and staff members brought up several subjects of development and new ideas. A new, co-created design was described with the help of a step-by-step chart. This chart represents the user-oriented service process for non-institutional care. The results achieved during the study can be utilized to develop Lapland Hospital District's non-institutional care process and to plan the space usage in Lapland Central Hospital. The results can be applied to plan and develop other healthcare services as well.

Keywords: healthcare service process, user-oriented, service design

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	3
3	TERVEYDENHUOLLON PALVELUPROSESSIT	4
3.1	TERVEYDENHUOLLON PALVELUT	4
3.2	TERVEYDENHUOLLON PALVELUPROSESSIEN KEHITTÄMINEN	5
3.3	PALVELUPROSESSIEN YHTEISKEHITTELY	8
3.3.1	<i>Asiakkaat mukaan palveluprosessien kehittämiseen.....</i>	<i>8</i>
3.3.2	<i>Henkilöstön osallistaminen palveluprosessien kehittämiseen ..</i>	<i>11</i>
3.4	PALVELUMUOTOILU TERVEYDENHUOLLOSSA.....	13
3.4.1	<i>Palvelumuotoilu kehittämisen keinona terveydenhuollossa.....</i>	<i>13</i>
3.4.2	<i>Palvelumuotoilun hyödyntäminen Suomessa</i>	<i>16</i>
3.4.3	<i>Palvelumuotoilun hyödyntäminen kansainvälisesti.....</i>	<i>18</i>
4	LAPIN SAIRAAHOITOPPIIRIN HOIDOLLINEN POTILASHOTELLI.....	21
4.1	HOIDOLLISEEN POTILASHOTELLIIN LIITTYVÄ KEHITTÄMISTOIMINTA	21
4.2	AVOHOITOPALVELUIDEN LIITTÄMINEN POTILASHOTELLITOIMINTAAN	22
4.2.1	<i>Hoidollisen potilashotellin avohoitopalveluprosessi</i>	<i>22</i>
4.2.2	<i>Hoidollisen potilashotellin toiminnan tavoitteet</i>	<i>28</i>
4.2.3	<i>Hoidollinen potilashotelli talousnäkökulmasta</i>	<i>29</i>
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	33
5.1	TUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA	33
5.2	KEHITTÄMISMENETELMÄT	34
5.3	KEHITTÄMISPROSESSI.....	37
5.4	AINEISTON ANALYSOINTI	39
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
6.1	AVOHOITOPALVELUPROSESSIIN KOHDISTUVAT TOIVEET JA TARPEET.....	42
6.2	AVOHOITOPALVELUPROSESSIN KEHITTÄMISKOHTEET JA -IDEAT	47
6.3	YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA	53
7	POHDINTA	57
7.1	TULOSTEN TARKASTELUA.....	57
7.1.1	<i>Avohoitopalveluprosessiin kohdistuvat toiveet ja tarpeet.....</i>	<i>57</i>
7.1.2	<i>Avohoitopalveluprosessin kehittämiskohteet ja ideat</i>	<i>58</i>
7.2	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	61
7.3	OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN.....	65
7.4	OPINNÄYTETYÖPROSESSISTA OPITTUA.....	67
7.5	KEHITTÄMISEHDOTUKSET TYÖELÄMÄLLE.....	68
	LÄHTEET	69
	LIITTEET.....	79

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIO 1. PALVELUMUOTOILUPROSESSI	14
KUVIO 2. ESIMERKKINÄ KUVATUISTA HOITOPROSESSEISTA BIOPSIAPOTILAAN HOITOPROSESSI HOIDOLLISSA POTILASHOTELLISSA	26
KUVIO 3. KUSTANNUSVERTAILUA ERIKOISALOITTAIN KOKEILUJAKSON AJALTA	32
KUVIO 4. ESIMERKKI AVOHOITOPALVELUPROSESSISTA.....	38
KUVIO 5. ESIMERKKILAUSEIN TEHTY AINEISTON ABSTRAHOINTI TUTKITTAVIEN TOIVEISTA JA TARPEISTA.....	41
KUVIO 6. YHTEENVETO AVOHOITOPALVELUPROSESSIN KEHITTÄMISKOHTEISTA.....	47
KUVIO 7. TOTEUTUNUT AVOHOITOPALVELUPROSESSI	55
KUVIO 8. KÄYTTÄJÄLÄHTÖINEN AVOHOITOPALVELUPROSESSI	56
KUVIO 9. ALHAALTA YLÖSPÄIN ETENEVÄ KEHITTÄMISPROSESSI.....	66
TAULUKKO 1. HOIDOLLISEN POTILASHOTELLIN KUSTANNUSVERTAILUA ERI POTILASRYHMISTÄ.	31
TAULUKKO 2. AINEISTOMATRIISI.....	36
KUVA 1. NIELURISALEIKKAUS -POTILAAN HOITOPROSESSIN MUUTOS VUODEOSASTOLTA POTILASHOTELLIN AVOHOITOPALVELUUN	25

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on kustannusten hallinta sekä palveluketjujen toimiva ja saumaton kokonaisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Kustannuksissa on tarkoitus saavuttaa vuositasolla kolmen miljardin euron säästöt vuoteen 2029 mennessä. Yksi keino saavuttaa kustannussäästöjä on laitoshoidon korvaaminen kevyemmällä palveluilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö 2016, 9.) Palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisiksi on hallitusohjelmamme kärkihankkeita. Tavoitteena on parantaa hyvinvointia ja pärjäämistä sekä lisätä kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksia ja mahdollisuuksia tehdä itseään koskevia valintoja. (Valtioneuvosto 2016a.)

Lapin sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelman 2016–2018 painopistealueena on mm. avohoidon osuuden kasvattaminen ja laitoshoidon vähentäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutokseen valmistautuminen, työhyvinvoinnin ja työn mielekkyyden kasvattaminen, tuloksellisuuden parantaminen sekä potilaslähtöisten hoitoprosessien ja toimitilojen kehittäminen. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016e, 13.)

Strategisten linjausten mukaisesti Lapin sairaanhoitopiirissä on siirretty soveltuvia potilasryhmiä vuodeosastoilta Hoidolliseen potilashotellin avohoitopalveluun. Hoidollinen potilashotelli on toimintamalli, jonka tarkoituksena on tarjota itsenäisesti tai pienen avun turvin selviytyville asiakkaille tukea tutkimuksiin ja hoitoihin valmistautumisessa ja lyhyttä jatkohoitoa. Uuden toiminnan tavoitteena on tarjota asiakkaalle itseohjautuvuutta tukevaa, tarkoituksenmukaista ja laadukasta hoitoa, vapauttaa vuodeosastojen potilaspaikat niitä tarvitseville ja tuottaa kustannussäästöjä. Avohoitopalveluiden liittäminen potilashotellitoimintaan -projekti oli osa Inhimillisesti Tehokas Sairaala -hanketta. Toiminta alkoi kokeiluluonteisena elokuussa 2015 ja sitä on toistaiseksi jatkettu.

Toimin projektissa suunnittelijana ja jo kokeilun alkuvaiheessa havaitsimme, etteivät asiakkaat aina ohjautu avohoitopalveluun, vaikka se olisikin

tarkoituksenmukaisempi hoitopaikka kuin erikoissairaanhoidon vuodeosastolla tapahtuva laitoshoido. Myös asiakkaiden ohjaaminen ja hoito-ohjeet ennen Hoidolliseen potilashotelliin tuloa saattoivat olla puutteellisia. Ongelmana voi olla se, että mahdollisuutta asiakkaan hoitoon Hoidollisessa potilashotellissa ei muisteta tai se, että jatkohoidon järjestely sinne voi tuntua työläämmältä. Tämänhetkisen prosessin rajapinnoilla tapahtuva toiminta on laadultaan epätasaista, toimijakohtaista. Tarvitaan muutos ajattelu- ja toimintatapoihin. Hoidollinen potilashotelli on osa palveluprosessia, joten toiminnan kehittämisen täytyy kohdistua koko palveluprosessiin. Kehittämällä palveluprosessia käyttäjien toiveiden ja tarpeiden mukaisesti voimme saavuttaa Hoidollisen potilashotellin toiminnalle asetetut tavoitteet.

Palvelumuotoilua käytetään eri osaamisalueilla palveluiden kehittämisessä. Kehittämisen keskiössä on ihminen tarpeineen. Palvelumuotoilu on yhteisesti jaettu ajattelu- ja toimintatapa, prosessi ja työkaluvalikoima. Sen keskeiset elementit ovat asiakas ja asiakaspalvelija, jotka yhdessä muodostavat palvelukokemuksen. Palvelukokemus rakentuu asiakkaan ja henkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa ja olennaista on ymmärtää näiden osapuolten tarpeet, odotukset, motivaatiotekijät ja arvot. Uudet ideat ja palvelukonseptit kehitetään tutkimalla ihmisen arkea ja toimintaa. Palvelumuotoilu edistää palvelun käyttäjän tarpeiden ymmärrystä, kaikkien osapuolten sitoutumista sekä asiakas- ja työntekijätyytyväisyyttä. (Tuulaniemi 2011, 58, 67, 73, 117.)

Opinnäytetyöni on tehty asiakkaan ja henkilöstön näkökulmasta ja käytän heistä yhteiskäsitettä *käyttäjät* tai suunnittelun näkökulmasta termiä *käyttäjälähtöisyys*. Potilaasta käytän käsitettä *asiakas*, sillä jo asiakassanan käyttäminen potilassanan sijasta tukee palveluiden muutosta asiakaskeskeisempään suuntaan (Koivuniemi & Simonen 2011, 93).

Kehittämistehtävän toimeksiantajana on Lapin sairaanhoitopiirin kehittämissyksikkö ja työelämän mentorina toimivat vt. hallintoylihoitaja Tarja Kainulainen-Liiti ja projektijohtaja Miia Palo.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Lapin sairaanhoitopiirin avohoitopalveluprosessi, jonka uusimpana osana on Hoidollinen potilashotelli. Tavoitteena on saada avohoitopalveluprosessista käyttäjälähtöinen ja näkyvä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaisia avohoitopalveluprosessiin liittyviä toiveita ja tarpeita käyttäjillä on?
2. Mitä kehittämiskohteita käyttäjät havaitsevat avohoitopalveluprosessissa?
3. Minkälaisia kehittämisideoita käyttäjät tuottavat avohoitopalveluprosessiin?

3 TERVEYDENHUOLLON PALVELUPROSESSIT

3.1 Terveydenhuollon palvelut

Terveydenhuoltoon katsotaan sisältyvän terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 1:1 §). Suomen kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto tuotetaan valtion tuella ja se on koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat ja erikoissairaanhoidon alueellaan järjestävät kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että se muodostaa perusterveydenhuollon kanssa toimivan palvelukokonaisuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Palveluiden järjestämisvastuu on siirtymässä 1.1.2019 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (sote) myötä kunnilta ja kuntayhtymiltä suuremmille maakunnille, jotka koordinoivat ja rahoittavat palveluita. Palvelut yhdistetään kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi ja niitä tuottavat julkinen, yksityinen ja kolmas sektori tasapuolisilla toimintaedellytyksillä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016a.)

Terveydenhuoltoa säädelään useilla lailla ja asetuksilla. Palvelurakenteita koskevat säädökset ovat kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolaissa, toimintaa ohjaa puolestaan terveydenhuoltolaki (1326/2010 1: 2 §; 47 §; 48 §.) Lain tarkoituksena on mm. toteuttaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa palveluiden asiakaskeskeisyyttä sekä edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Terveydenhuoltolaissa säädetään myös kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta. Asiakkaalla on oikeus valita terveysasema ja lääkärin kanssa yhteisymmärryksessä erikoissairaanhoidon hoitopaikka Suomessa. Sote-uudistuksen myötä valinnan vapaus tulee lisääntymään koskien myös yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamia palveluita (Valtioneuvosto 2016). Hallituksen lakiluonnos sote- ja maakuntauudistuksesta on parhaillaan lausuntokierroksella kunnissa ja kuntayhtymissä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtionvarainministeriö 2016).

Terveydenhuoltolain mukaan (1326/2010 1: 8 §;10 §) terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa ja sen on oltava laadukasta ja turvallista. Palveluiden sisältö ja laajuus tulee olla sellainen kuin asukkaiden hyvinvoinnin, turvallisuuden ja terveydentilan tieteellisesti arvioitu tarve edellyttävät. Palvelut tulee järjestää niin, että ne ovat saavutettavissa yhdenvertaisesti koko vastuualueella. Toimivien palveluiden sisältöalueet ovat kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen, palveluiden saatavuus ja laadukas palvelukokemus (Stenvall & Virtanen 2012, 57–66).

3.2 Terveydenhuollon palveluprosessien kehittäminen

Terveydenhuollon palveluprosessien kehittämisessä on tärkeää, että käytettävät käsitteet ja termit on määritelty, jolloin kaikki puhuvat samasta asiasta ja ajattelu ulottuu arkipäivän työhön. *Hoitoketju* on toistuva ja dynaaminen prosessi, jonka tarkoitus on tuoda toimijat yhteen. Hoitoketju sisältää rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot. Prosessi alkaa asiakkaan palveluntarpeesta ja toiminnot päättyvät, kun palvelun tarve loppuu. *Palveluketju* on hoitoketjua laajempi määritelmä. Se kohdistuu saman asiakkaan ongelmakokonaisuuteen ja organisaatorajat ylittävään palveluprosessiin. Palveluketjulla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, palvelua, tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoa, jota asiakkaan sairaus vaatii. Palveluketju muodostuu palvelu- ja hoitoprosesseista. Palveluketjun jollakin toimintayksiköllä on vastuu palvelujen ohjauksesta ja seurannasta. (Tanttu 2007, 81; Nordback ym. 2010, 1549–1551.)

Opinnäytetyössäni käytän tarkasteltavasta palvelukokonaisuudesta termiä *palveluprosessi*, joka tarkoittaa asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen tai ongelmaan liittyvien palvelutapahtumien ja näihin liittyvien toimintojen muodostamaa suunnitelmallista sarjaa. Palveluprosessi muodostuu lääketieteellisistä hoitomääräyksistä, mitä moniammatillisesti toteutetaan. Se päättyy asiakkaan palvelun lopettamiseen tai palveluketjun jatkumiseen toisessa hoitoyksikössä. *Hoitoprosessi* on yksi palveluprosessin aliprosesseista. Se on ajattelumalli, jota käytetään hoidon eri vaiheissa. (Tanttu 2007, 81;

Nordback ym. 2010, 1549 – 1550; Aaltonen, Kalliokuusi, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 36.)

Tantun (2007, 18, 75–76, 123, 172–174) mukaan palveluprosessin sujuvuus ja jatkuvuus edellyttävät palveluprosessien vastuuhenkilöitä ja heidän välistään yhteistyötä rajapintojen prosesseista. Yhteistyö edistää tiedon kulkua ja hoidon jatkuvuutta. Osaamisen jakamisen ja oikean kohdentamisen avulla vältetään päällekkäisyyksiä ja viiveitä hoidossa. Palveluprosessit tulee määritellä, kuvata, seurata ja arvioida. Palveluprosessien hallinta on toiminnan johtamisen ja prosessilähtöisen toiminnan yhteensovittamista. Prosessilähtöisen toiminnan osa-alueita ovat palvelu- ja hoitoprosessi, osaamisen johtaminen ja tiedon hallinta.

Suomen terveydenhuollossa eletään suurten muutosten aikaa. Toiminnan kehittämistarve on valtava. Tiukka taloustilanne pakottaa virtaviivaistamaan palveluprosessit laatua unohtamatta ilman lisäresurssointia. Toimintatapoja kehittämällä voidaan saada aikaan merkittäviä muutoksia potilaan palveluprosessiin. Innovatiivisessa kehittämisessä ja uudistamisessa korostuu asiakkaan rooli, verkostojen merkitys, avoimuus ja työntekijöiden mukaan ottaminen kehittämiseen. Kehittämis- ja uudistamistyötä täytyy tehdä kokonaisvaltaisesti, huomioiden asiakas-, työntekijä- ja järjestelmänäkökulmat. (Stenvall & Virtanen 2012, 21, 23–24, 238.)

Alun perin japanilaiseen autoteollisuuteen kehitetty Leanin johtamisfilosofian avulla on jo kehitetty useita terveydenhuollon prosesseja ympäri maailman (esim. Ross ym. 2010, S88–S89; Clark, Silvester & Knowles 2013, 638–643; Rossum, Aij, Simons, Eng & Have 2016, 475–493) ja saavutettu merkittäviä laadullisia ja taloudellisia hyötyjä. Lean-filosofian ydinajatus on keskittyä arvoa tuottavaan toimintaan hukkaa vähentämällä. Ajattelumalli tarjoaa useita yksinkertaisia työkaluja prosessien jatkuvan kehittämisen tueksi. Lean-ajattelussa korostuu moniammatillinen yhteistyö yli rajapintojen, toimintojen virtaviivaistaminen ja työn rationalisointi niin, että vähemmällä saadaan enemmän. Siten se sopiikin tämän hetkisen taloustilanteen vaatimaan toiminnan tehostamiseen erinomaisesti. (Leppikangas, Puolakka, Korpi & Laine

2015, 1947–1950; Manneroos 2013, 25, 27.) Toisaalta Deanin (2014, 26-32) mukaan Lean-ajattelun soveltamisessa terveydenhuoltoon tulee huomioida, että se usein jättää potilaan näkökulman puutteelliseksi. Dean suosittaakin käyttämään Leania täydentämään muita kehittämismetodeja. Tukholmassa on kehitetty kirurgisen potilaan palveluprosessia Leanin ja palvelumuotoilun yhdistelmällä. Yhdistelmä osoittautui toimivaksi kehittämismenetelmäksi. (Brandter & Torbjörn 2016, 53.)

Suomessa Lean-ajattelumallin käyttö terveydenhuollossa on vielä melko uutta. Jorma, Tiirinki, Bloigu & Turkki (2016, 9–36) ovat arvioineet, miten Leania käytetään johtamisen ja kehittämisen apuvälineenä Suomessa ja minkälaisia tuloksia sillä on saavutettu. Tutkimuksen mukaan Leania käytetään Suomessa pääasiassa kehittämisvälineenä etsittäessä taloudellisia säästöjä ja prosessien tehokkuutta. Kokemukset Leanista ovat olleet myönteisiä ja jatkossa Suomessa ollaankin valmiita syventämään Leania edelleen.

Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (TAYS) on kehitetty lonkkamurtumapotilaiden hoitoa Lean-ajattelumallin mukaisesti. Hoidon ongelmakohdat paikannettiin ja hukat minimoitiin eri hoitoprosessin vaiheisiin kohdennettujen kehittämismenetelmien avulla. Tuloksena leikkaustoiminnan tehokkuuden mittari, kirurginen vaihtoaika supistui, mikä mahdollisti leikkausten määrän kasvun ja potilaiden jatkohoitoon siirtymisen aikaistumisen. Näin myös päivystyskapasiteettia vapautui muuhun toimintaan. (Leppikangas ym. 2015, 1949–1950.) Simons ym. (2015, 587–596) toteavat, että erilaiset teknologiset ratkaisut koetaan usein houkuttelevammaksi keinoksi kehittää hoitoa, vaikka prosessien uudelleen muotoilu Lean-menetelmien avulla on hyödyllisempi ja kustannustehokkaampi vaihtoehto.

Leikkauspotilaan hoito on aina osa laajempaa hoitoketjua ja muutokset toiminnassa vaikuttavat koko hoitoketjuun. Uusia toimintatapoja etsittäessä täytyy kuitenkin tarkastella ja kehittää hoitoketjuja kokonaisuudessaan, ei vain jonkun yksikön omaa toimintaa. (Leppikangas ym. (2015, 1950.) Toisaalta osaprosesseja voidaan kehittää erillään, mutta tuolloin täytyy varmistaa niiden saumaton sopiminen kokonaisprosessiin (Manneroos 2013, 82).

Lean-menetelmiä hyödyntäen on kehitetty myös Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) sydänpotilaiden potilasprosesseja henkilöstön näkökulmasta. Hoitoprosessin nykytilan tarkastelussa löytyi kaksi kehittämiskohdetta, joihin tehtiin kehittämisehdotukset, jotka koskivat resurssien allokointia ja kiireellisyyden parempaa huomiointia toiminnan suunnittelussa. (Manneroos 2013, 7, 74.)

3.3 Palveluprosessien yhteiskehittely

3.3.1 Asiakkaat mukaan palveluprosessien kehittämiseen

Yhteiskehittely (co-creation) tarkoittaa kaikkien sidosryhmien välistä vuoropuhelua, jonka tavoitteena on sekä lisätä demokratiaa päätöksenteossa että kehittää palvelua yhteistyönä (Ramaswamyn & Ozcan 2014, 24). Se ei ole pelkkää asiakaslähtöisyyttä eikä hyvää asiakaspalvelua vaan sillä tarkoitetaan palvelun kehittämistä yhdessä, asiakkaan kokemuksen selvittämistä ja hyödyntämistä sekä yhteisen arvon luomista (Pralhad & Ramaswamyn 2004, 8).

Yhteiskehittelyn ajatuksena on, että asiakkaat, henkilöstö ja kehittäjät työstävät yhdessä kokemusten ja tarpeiden pohjalta uusia, konkreettisia parannusehdotuksia. Henkilöstön osallistuminen kehittämiseen on tärkeää, koska osallistuminen lisää työmotivaatiota ja vähentää muutoksen pelkoa. Yhteiskehittelyn hyötyjä ovat mm. palveluiden laadun paraneminen sekä taloudellisuuden, tarpeenmukaisuuden, luottamuksen ja työtyytyväisyyden lisääntyminen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 196; Tuulaniemi 2011, 116–117; Jäppinen & Sallinen 2012, 13–14.) Tehokkuuden lisääminen ja palveluiden yhteiskehittely kuulostavat mahdottomalta yhtälöltä. Asiakkaiden osallistumisen ja valinnanmahdollisuuksien lisääntymisen myötä ajatellaan kustannusten nousevan. Tutkimusten mukaan asiakkaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen on kuitenkin erittäin kustannustehokasta. (Olsson, Hansson, Ekman & Karlsson 2009, 1626–1635).

Ranniston (2014, 39) mukaan Suomessa ollaan melko asiakas*keskeisiä*, mutta asiakas*lähtöisyys* on vielä lähinnä kehityshankkeita. Näiden kahden ero on

siinä, että asiakaslähtöisessä kehittämisessä asiakas osallistuu kehittämiseen, kun asiakaskeskeisessä toiminnassa palvelu organisoidaan ammattilaisten näkemysten mukaisesti asiakasta varten (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011,18). Asiakaslähtöisyys julkisella sektorilla tarkoittaa asiakkaiden tarpeista lähtevää palveluiden kehittämistä ja kehittämisen näkökulman siirtämistä tuottajakeskeisyydestä asiakaslähtöisyyteen. Palvelut vastaavat tuolloin asiakkaan tarpeisiin, asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa oman palveluprosessinsa kaikkiin vaiheisiin ja palvelun kokonaisuus toimii tarkoituksenmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 40; Jäppinen & Sallinen 2012, 6–8.) Julkisella sektorilla palveluiden asiakaslähtöinen kehittäminen on edelleen harvinaista (Stenvall & Virtanen 2012, 30, 34–35), vaikka suurimman osan terveydenhuollon johtajista (N=203) näkemys on, että asiakaslähtöisyys säästää palvelutuotannon kustannuksia ja lisää palvelun vaikuttavuutta (Virtanen ym. 2011, 9).

Kansainvälisen muotoilu yrityksen (IDEO) toimitusjohtaja Tim Brownin (2009, 43) mukaan palveluiden kehittäminen on muuttunut, palveluita ei tehdä enää asiakasta varten vaan asiakkaan kanssa. On ymmärretty, että asiakkailla on palveluiden suunnittelijalle kaikkein arvokkainta tietoa ja pohdittu keinoja tämän tiedon keräämiseen ja hyödyntämiseen. Miettinen (2013, 136) toteaa yhteiskehittelyn olevan tulevaisuuden toimintatapa, jonka tuominen osaksi toimintaa hyödyntää kehittäjiä, mahdollistajia ja erityisesti käyttäjiä.

Lapin sairaanhoitopiirin palveluketjujen kehittämisen lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja toimijoiden osaaminen. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015a, 9). Asiakaslähtöisyys on huomioitu mm. kehittämällä asiakaspalautekäytäntöjä ja perustamalla asiakasraati. Asiakasraadin tarkoituksena on lisätä potilaiden ja omaisten näkemysten huomioimista hoidon ja palvelujen järjestämisessä (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a). Lapin sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden palveluprosessit on määritelty sote-uudistusta valmistelevien asiakasprosessiryhmien toimesta. Työskentelyn tavoitteena oli innovoida Lapin sairaanhoitopiirin alueelle asiakaslähtöiset, yhdenvertaiset, kustannustehokkaat ja integroidut sosiaali- ja terveydenhuollon

palveluprosessit. Työryhmissä kartoitettiin palvelujärjestelmän nykytila, epäkohdat ja hyvät käytänteet. Asiakkaiden mielipiteitä kerättiin otakantaa.fi -kyselyn, kehittäjäasiakasryhmien ja järjestötoimijoiden kautta. (Niskala & Räsänen 2016, 3, 103.)

Hennalan (2011, 83, 90, 112–113) väitöskirjan yhdessä osatutkimuksessa selvitettiin, millaisia haasteita sisältyy kuntalaisia osallistavan palveluinnovoinnin lähestymistapaan. Tutkimus tehtiin palvelun käyttäjien ja palvelun tarjoajien näkökulmista avohoitopalveluiden kehittämisen yhteydessä. Palvelun käyttäjiksi käsitettiin henkilöstö ja asiakkaat. Palvelun käyttäjien näkökulmasta selvitettiin, miten he suhtautuvat mahdollisuuteen osallistua palveluiden kehittämiseen. Osallistavan palveluinnovoinnin toteuttamisen haasteeksi nousi subjektiivisuuden käyttö, käyttäjien tunnistaminen voimavarana, sitoutuminen yhteistoiminnallisuuteen, laajojen kehittämisenäkökulmien oivaltaminen sekä luottamuksen synnyttäminen käyttäjien ja kehittäjien välille. Viranomaisnäkökulmaa lähestyttiin selvittämällä, millaisena asiakaslähtöinen palveluiden kehittämisen lähestymistapa näyttäytyy kehittäjäviranomaistaholla. Viranomaistahon näkökulmasta löydettiin mm. seuraavia haastetta: asiakaslähtöisyyttä tukevien osallistumismahdollisuuksien luominen, kuntalaisten luottamuksen lisääminen osallistumisen vaikuttavuuteen, palveluiden käyttäjien subjektiivuuteen perustuvien palveluiden kehittämismallien vahvistaminen sekä käyttäjän asiantuntijuuden tunnistaminen ja kuuleminen oman ja muiden ammattialojen professioiden asiantuntijuuden rinnalla.

Kalliokoski (2014) on tutkinut sosiaali- ja terveystalveluiden asiakaslähtöisyyttä asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan palvelun laatu muodostui asiakkaalle palveluun pääsemisestä, palveluiden teknisestä laadusta ja palveluprosessista. Tutkituissa palvelukokemuksissa yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus eivät toteutuneet ja vain kiireelliset asiat hoidettiin. Henkilöstön käytös voitiin kokea epäasiallisena, loukkaavana, välinpitämättömänä ja kiireisenä. Asiakkaat odottivat henkilöstöltä ammatillisuutta, pysyvyyttä ja selkokieleisyyttä. Asiakaspalautteista oli ollut vaikea erottaa toisistaan odotukset, mielikuvat ja tarpeet. Tutkimuksessa todettiin, että asiakaspalautteet antavat vihjeitä palveluongelmista ja

asiakkaalle merkityksellisistä asioista, mutta kehittämistoimintaa ei voi suunnata pelkästään niiden varaan.

3.3.2 Henkilöstön osallistaminen palveluprosessien kehittämiseen

Henkilöstö on palvelun käyttäjä samoin kuin asiakkaat ja myös he hyötyvät kehittämistoiminnasta. Henkilöstöllä on arvokasta tietoa palvelusta ja toimintaympäristöstä sekä niihin liittyvistä kehittämistarpeista. Tutkimustiedon mukaan onnistuneimmat uudistukset ja kehittämistoiminnan tulokset ovat työntekijälähtöisiä. Henkilöstö on avainasemassa palveluiden uudistamisessa ja kehittämisessä, koska he saavat jatkuvaa tietoa ja ymmärrystä asiakkaan tarpeista. Henkilöstöllä on näkemyksiä, ajatuksia ja kehittämisideoita siitä, kuinka organisaation toimintaa tulisi kehittää. (Heikkilä ym. 2015, 260.)

Työntekijälähtöinen kehittäminen edellyttää ammattitaitoista johtamista. Kehittämistyö edellyttää johdon lupaa toimia totutusta poikkeavasti, lupaa kyseenalaistaa vanhaa ja kehittää uutta. Johtajan tärkeimpänä tehtävänä kehittämistyössä onkin motivoida ja innostaa henkilöstöä, auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia ja tavoitteita. Osallistamalla henkilöstö palveluiden kehittämiseen mahdollistetaan organisaation uudistuminen. Henkilöstön näkökulman huomioiminen kehittämistyössä on tärkeää, sillä työtehtävien selkeydellä ja mielekkyydellä on suora yhteys organisaation tuloksiin. (Stenvall & Virtanen 2012, 191, 199–201, 240.)

Osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtamista edistävät tekijät (Osuva) - tutkimushankkeessa on selvitetty osallistuvan innovaatiotoiminnan toteutumista, johtamista ja sen edistämistä sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Työntekijän innovatiivisuutta tuki samat tekijät kuin työhyvinvointia. Työn imu, mahdollisuus vaikuttaa työhön, hyvä työilmapiiri sekä kokemus osallistumisesta ja työn hallinnasta mahdollistivat innovatiivisen toiminnan. Kiire ja stressi puolestaan estävät innovaatioita. Tutkimuksen mukaan yksilön innovatiivisuus ei yksin riitä siihen, että syntyy todellisia, käytäntöön saakka yltäviä uudistuksia, vaan tarvitaan koko työyhteisön innovatiivisuutta. Työyhteisön innovatiivisuutta edistää ja edellytykset luo esimies ja organisaation ylin johto, mutta myös työyhteisön vahvat yksilöt voivat edistää tai estää innovaatioita.

Tutkimushankkeessa todettiin, että työntekijät eivät välttämättä tunnista omaa innovatiivisuuttaan ja kykyjään, mutta osallistuttuaan palveluiden kehittämiseen he kokevat sen hyödyllisenä. Työntekijät kokevat työnsä uudistamisen ja kehittämiseen osallistumisen lisäävän vaikutusmahdollisuuksia ja vastuuta. Esimiehet kokivat oman käytöksensä muuttuneen välittävämmäksi ja työyhteisön ymmärryksen johtamisen merkityksestä lisääntyneen vuorovaikutuksen parantumisen myötä. (Heikkilä ym. 2015, 260–264.)

Palveluiden käyttäjien mukaan ottaminen palveluiden suunnitteluun on näyttöön perustuvaa toimintaa ja yleistyy kansainvälisestikin koko ajan sen kiistattoman hyödyn vuoksi. Englannissa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden tuottajat ovat sitoutuneet sisällyttämään potilaat ja palveluiden käyttäjät palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. PPI (patient and public involvement) eli potilaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen on usein palvelun rahoituksen saamisen edellytyksenä. (Pearson ym. 2013, 86–89.) Ruotsissa on kehitetty laatutyön, toiminta- ja johtamistapojen uudistamisen sekä potilaiden ja henkilöstön välisen yhteistyön avulla maailman kärkitasolla oleva terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Järjestelmän ja toiminnan keskiössä on asiakas. Työn onnistuminen näkyy kustannustehokkuudessa, potilasturvallisuudessa ja -lähtöisyydessä sekä tasa-arvon toteutumisessa. Myös henkilökunnan vaihtuvuus ja poissaolot ovat poikkeuksellisen matalia. (Tienhaara 2014, 21.)

Ohrankämmen (2015, 1–3, 71–74) on selvittänyt, mitä asiakaslähtöisyys, palveluiden kehittäminen ja asiakkaiden osallistaminen tarkoittavat sosiaali- ja terveydenhuollossa työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimustulosten mukaan asiakaslähtöisyydessä on tärkeää asiakkaan ja ammattilaisen kumppanuus sekä asiakkaan tukeminen. Asiakaslähtöisyydessä korostetaan asiakkaan aktiivisuutta ja yksilöllisyyttä. Sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisessä asiakaslähtöisyys on keskiössä, jonka vuoksi niitä tulee kehittää yhteistyössä asiakkaiden ja yhteisöjen kanssa.

3.4 Palvelumuotoilu terveydenhuollossa

3.4.1 Palvelumuotoilu kehittämisen keinona terveydenhuollossa

Niin kuin yrityksen, myös julkisyhteisön tehtävänä on tuottaa arvoa asiakkailleen. Julkisen sektorin asiakkaiden arvo rakentuu toimivista, laadukkaista ja helposti saatavissa olevista palveluista. Väestön ikääntyminen, taloudellisen huoltosuhteen heikentyminen ja kaupungistuminen asettavat isoja haasteita palveluiden rahoittamiseen ja tuottamiseen. Palvelumuotoilu on yksi keino vastata näihin haasteisiin. Palvelumuotoilun menetelmien avulla toiminnan tuottavuutta ja kilpailukykyä saadaan parannettua. (Vähälä, Kontio, Kouri & Leinonen 2012, 21; Vuontisjärvi 2013, 30.)

Palvelumuotoilun peruskäsitteet

Koiviston (2011, 49–51) mukaan palvelumuotoilun (service design) peruskäsitteet ovat palvelutuokiot, palvelupolku (service journey) ja kontaktipisteet (touchpoints). Palvelutuokiot koostuvat päävaiheista, keskeisistä kohtaamisista, joissa tapahtuu palvelun tuotanto sekä asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus. Palvelupolku muodostuu toisiaan seuraavista palvelutuokioista. Palvelupolku muodostaa ihmiselle arvoa tuottavan palvelukokonaisuuden ja kokemuksen. Jokainen palvelutuokio koostuu useista kontaktipisteistä, joiden kautta ihminen kokee palvelun. Kontaktipisteet ovat havaittavissa kaikilla aisteilla ja ne voidaan ryhmitellä kanaviin, esineisiin, toimintamalleihin ja ihmisiin.

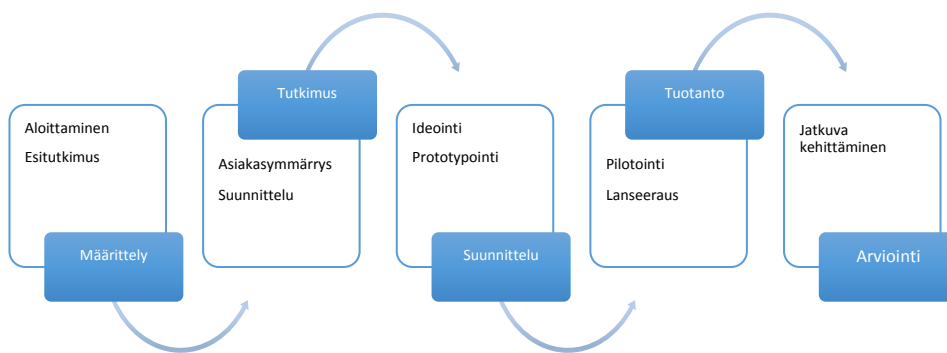
Käyttäjälähtöisyys ja asiakasymmärrys

Palvelumuotoilussa käyttäjälähtöisyys on suunnittelun ja kehittämisen keskeisin asia (Vähälä ym. 2012, 20). Palveluiden kehittäminen käyttäjälähtöisiksi edellyttää perusteellista tietoa palvelua käyttävien ihmisten tarpeista ja toimintaympäristöstä eli asiakasymmärrystä. Asiakasymmärrystä kasvatetaan tutkimalla minkälaisia odotuksia, tarpeita ja tavoitteita ihmisillä on. Syvällinen yhteisymmärrys voidaan saavuttaa ainoastaan vuoropuheluna ihmisten kanssa. Asiakasymmärryksen jatkumona on palveluymmärrys eli ihmisten tieto ja syvällinen ymmärrys palvelusta, minkä hän on saavuttanut kokemuksen ja

vuoropuhelun kautta. (Miettinen 2011, 31; Tuulaniemi 2011, 142; Virtanen ym. 2011, 18.)

Palvelumuotoiluprosessi

Palvelumuotoilun prosessi ja työkalut vaativat sosiaalisia taitoja, empatiakykyä, luovuutta ja visuaalista ajattelua. Palvelumuotoiluprosessissa muotoilija toimii koordinaattorina sidosryhmien välillä. (Miettinen 2011, 31–32.) Tuulaniemi (2011, 130) on kuvannut palvelumuotoiluprosessin kuviossa 1. esitetyllä tavalla.



Kuvio 1. Palvelumuotoiluprosessi (mukailen Tuulaniemi 2011, 130).

Palvelumuotoiluprosessi alkaa projektin tavoitteiden määrittelyllä. Tavoitteiden määrittelyn jälkeen tehdään esitutkimusta eli kootaan mahdollisimman paljon tietoa palvelua tuottavasta organisaatiosta ja palveluun liittyvistä tekijöistä, kuten lainsäädännöstä ja toimintaympäristöstä. Tavoitteiden määrittelyssä ja esitutkimuksessa voidaan käyttää apuna sen hetkisen palvelupolun kuvaamista. (Tuulaniemi 2011, 115,130–132.)

Tutkimusvaiheeseen kuuluu asiakasymmärryksen kasvattaminen ja strateginen suunnittelu. Kaikki valmiit, jo olemassa olevat tiedot käyttäjistä hyödynnetään ja ymmärrystä kasvatetaan heidän tarpeidensa ja toiveidensa kartoittamisella. Asiakasymmärryksen kasvattamisen menetelmiä voivat olla osallistaminen, haastattelu, havainnointi, valokuvat, päiväkirjat jne. Strategisessa suunnittelussa toimeksianto tarkennetaan esitutkimuksessa esiin tulleilla seikoilla strategian suuntaan. Strategian valinnan tavoitteena on ohjata suunnittelua oikeaan suuntaan. (Tuulaniemi 2011, 172.)

Suunnittelun vaiheita ovat ideointi ja konseptointi. Ideoinnissa kehitetään mahdollisimman paljon ratkaisuvaihtoehtoja kyseiseen ongelmaan ilman rajoituksia. Konseptointi tarkoittaa palvelun kuvaamista. (Tuulaniemi 2011, 180, 189.) Palvelukonseptissa tulee kuvata, miten palvelu tuottaa palvelun tuottajalle lisäarvoa ja miten se vastaa käyttäjien tarpeisiin. Palvelumuotoilussa palvelupolku kuvataan kuvakäsikirjoituksen avulla. Palvelu kuvataan aikajärjestyksessä asiakkaan näkökulmasta. Prosessi kuvataan visuaalisesti niin, että kaikki osapuolet ymmärtävät samalla tavalla, millainen palvelukokonaisuus on. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 158–159; Miettinen ym. 2011, 112.)

Prototyypointi eli palvelun ensimmäinen testaus kuuluu Tuulaniemen (2011, 194) mukaan palvelumuotoiluprosessin suunnitteluvaiheeseen. Palvelun prototyypoinnilla testataan, onko palvelu toimiva, onko se käyttäjän näkökulmasta kiinnostava ja helppokäyttöinen, sopiiko palvelu yrityksen strategiaan ja onko palvelu palvelun tarjoajan näkökulmasta elinkelpoinen. Suunnitteluvaiheessa myös valitaan mittarit, joilla palvelua arvioidaan.

Palvelumuotoiluprosessin tuotantovaiheeseen kuuluu palvelun pilotointi ja lanseeraaminen. Pilotoinnin tavoitteena on selvittää, miten palvelu toimii käytännössä ja osoittaa sen toteuttamiskelpoisuus asiakkaille, työntekijöille ja johdolle. (Tuulaniemi 2011, 230; Vaahtojärvi 2011, 134, 138.) Lanseerauksessa on olennaista, että palvelu tehdään tiettäväksi kohderyhmälle oikeassa ympäristössä ja heille sopivalla tavalla. Aikaisemmin kerättyä asiakasymmärrystä käytetään hyödyksi lanseerausta suunniteltaessa. (Tuulaniemi 2011, 237–238.)

Lanseerauksen jälkeen arvioidaan kehittämisprosessia ja sen tuloksia palvelun keskeisillä suorituskyvyn mittareilla. Yleisimmin käytettyjä mittareita ovat asiakas- ja työtyytyväisyysmittarit sekä erilaiset toimintaa kuvaavat mittarit. Palvelun arvioinnilla varmistetaan palvelun jatkuva kehittyminen ja kilpailukyky. Palvelu vaatii jatkuvaa kehittämistä, jotta se olisi kannattavaa ja vastaisi asiakastarpeisiin. (Tuulaniemi 2011, 239, 243.)

3.4.2 Palvelumuotoilun hyödyntäminen Suomessa

Kansainvälisesti muotoilua pidetään menestyksellisen innovaatiotoiminnan osana ja muotoilu on tärkeä osa kansallisia strategioita. Suomessa muotoilun hyödyntäminen julkisella sektorilla on alkuvaiheessa, joskin kehitys on viime vuosina vauhdittunut. Haasteiksi muotoilun yleistymiselle on osoittautunut se, että sitä ei tunneta strategisella tasolla, muotoilua hyödyntävät projektit jäävät pienimuotoiseksi eikä niitä osata hyödyntää organisaatitasolla ja se, että muotoilun asiantuntijoilta puuttuu osaamista toimia julkisen sektorin kanssa. (Työ- ja elinkeinoministeriö & Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 78, 82–87.)

Tuonoson (2013, 13, 108, 183) mukaan muotoilun ja terveydenhuollon yhteistyö merkitsee erilaisten toimintatapojen ja kulttuurin sulauttamista toisiinsa. Muotoilijoiden ja terveydenhuollon henkilöstön yhteistyötä kartoitettiin Aaltoyliopiston ATLAS-hankkeen kolmessa yhteistyöprojektissa. Yhteistyön todettiin olevan täynnä mahdollisuuksia ja yhteiskehittelyn joustava ja tehokas työkalu. Palvelumuotoilun avulla terveydenhuollon ja julkisten palveluiden organisaatio- ja asiantuntijakeskeinen toimintakulttuuri voi muuttua asiakaslähtöisemmäksi.

Muotoile Suomi -ohjelman tavoitteena on muotoiluosaamisen hyödyntämisen kautta parantaa kansallista kilpailukykyämme. Ohjelmassa tarkastellaan Suomen kilpailukykyä ja pyritään parantamaan sitä lisääviä tekijöitä, kuten yritysten toimintakykyä, julkisia palveluita ja puhdasta ympäristöä. Ohjelman tavoitteisiin pyritään 29 toimenpiteen avulla vuoteen 2020 mennessä, väliarviointi tapahtuu tänä vuonna. Julkisen sektorin osalta ohjelman strategisena tavoitteena on perustaa muotoiluosaamista vahvistava ohjelma sekä muotoiluosaamisen edistäminen ja hyödyntäminen. Kansallinen muotoiluohjelma on tehty Työ- ja elinkeinoministeriön sekä Opetus- ja kulttuuriministeriön johdolla kattavan asiantuntijatahojen edustuksen kanssa. (Työ- ja elinkeinoministeriö & Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 8, 11–12, 27, 50.)

Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (TAYS) kehitettiin Aaltoyliopiston kanssa yhteistyössä sarkoomapotilaan hoitoa. Potilailta puuttui usein kokonaiskuva hoidostaan ja kehittämisen tavoitteeksi otettiin prosessin

avaaminen potilaan näkökulmasta. Henkilökunta ja potilaat osallistuivat kehittämiseen yhdessä, heidän kokemuksiaan kartoitettiin haastattelemalla, peleillä ja yhteisillä keskusteluilla. Syöpäpotilaan palvelupolku ja siihen liittyvät haasteet selvitettiin ja projektin tuotoksena tehtiin potilaan näkökulmaa kuvaavia potilasmateriaaleja ja hoitopolku, joka visualisoitiin pelilaudan muotoon. (Vierula 2012, 2990.) Pelinappulat laudalla edustivat erityisiä tapaamisia, mitä potilaat kokivat hoitopolkunsu varrella. Pelilauta toimi informaatiovälineenä ja rohkaisi potilaita kommunikoidaan henkilökunnan kanssa. Myös henkilökunta koki ymmärryksensä potilaan palvelukokonaisuudesta lisääntyneen pelilaudan myötä. (Kronqvist, Järvinen & Leinonen 2012.) Projektin ansiosta on palkattu sarkoomahoitaja, jonka työpaikkailmoituksen potilaat laativat. TAYS:ssa on hyödynnetty palvelumuotoilun menetelmiä myös kroonisesta selkäkivusta kärsivien hoitopolun ja sairaalarakennuksen suunnittelussa. Aalto-yliopistolle rakennettiin pahvisairaala, jota testattiin yhdessä potilaiden, henkilökunnan, tutkijoiden ja arkkitehtien kesken. (Vierula 2012, 2990.)

Parempia palveluja riskiryhmille -hankkeessa (PPPR) tavoitteena oli luoda parempia ja asiakaslähtöisempiä palveluita asiakkaille, jotka käyttävät paljon sosiaali- ja terveystalvueluita. Tavoitteena oli kehittää palveluprosesseista asiakaslähtöisiä ja sujuvia. Hankkeessa luotiin uusia oikea-aikaisia, joustavia toimintamalleja kohderyhmän todellisiin tarpeisiin yhteistyössä asiakkaiden ja henkilöstön kanssa. (Ahola & Vainio 2015, 8.)

PALMU -hankkeen tavoitteena oli osallistaa ikääntyvien palveluiden järjestäjiä yhteiskehittelyyn ja synnyttää näin uusia organisaatorajat ylittäviä palveluita. Tavoitteena oli myös ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevien palvelusovellusten ja -käytänteiden sekä tuotantomallien kehittäminen. Hankkeessa oli mukana palveluiden käyttäjät ja laaja organisaatorajat ylittävä yhteistyöryhmä. Hankkeen päärahoittaja oli Tekesin "Innovaatiot sosiaali- ja terveystalvueluissa" -ohjelma. Hanke sisälsi useita kehittämistalvueluksia ja tuloksena syntyi tavoitteiden mukaisia toimintamalleja. (Vähälä ym. 2012, 8–9, 11.)

Sähköisten terveyspalveluiden kehittämiseen ja käyttöönottoon on luotu malli, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa uusien sähköisten palveluiden kehittämistä, helpottaa palveluiden käyttöönottoa sekä auttaa seuraamaan toimintaa ja arvioimaan sen vaikuttavuutta. Mallintamista varten kerättiin kokemustietoa moniammatilliselta kehittäjäryhmältä, johon kuului terveydenhuollon ammattilaisia ja tietojärjestelmäasiantuntija. Sähköisten terveyspalveluiden kehittäminen eteni palvelumuotoilun menetelmin ja ketterän kehittämisen periaattein, kehittämisen tavoitteena oli ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Mallissa korostuu ammattilaisten ja asiakkaiden välinen yhteistyö, kouluttaminen ja ohjaaminen uusiin palveluihin. (Jauhiainen & Sihvo 2015, 210–220.)

Lapin yliopistossa on kehitetty palveluiden prototyyppiympäristö Sinco (Service Innovation Corner). Sinco -laboratoriossa testataan ja kehitetään asiakkaille uusia palvelumuotoja. Konsepti koostuu ympäristöllisestä ja palveluiden kehittämislle soveltuvista työkaluista. Sincossa voidaan suunnitella ja simuloida tiimityönä palveluympäristöjä ja -tapahtumia hyödyntäen erilaisia digitaalisia- ja dokumentaatiotyökaluja. Sincossa on mahdollista opiskella ja analysoida olemassa olevia palvelupolkuja, visualisoida ja kehittää ideoita nopeasti sekä arvioida konsepteja kokonaisuutena. Sincossa käytetty teknologia auttaa analysoimaan palvelutilanteita ja löytämään kokemuksen kautta palvelun heikkouksia, kehittämiskohteita ja -ideoita. (Rontti, Miettinen, Kuure & Lindström 2012.)

3.4.3 Palvelumuotoilun hyödyntäminen kansainvälisesti

Görn Henriks kertoi luennossaan Tampereen Palveluinnovaatio -keskuksen seminaarissa Ruotsin Jönköpingin kehittämistyöstä. Dialyysihoitoa piti laajentaa, mutta resurssit olivat vähäiset ja oltiin pakotettuja etsimään innovatiivisia ratkaisuja. Potilaiden ja henkilöstön yhteistyöllä, koulutuksella ja toimintatapojen muuttamisella saatiin luotua uusi toimintamalli, joka tuotti alun vastustuksesta huolimatta lopulta erinomaisia tuloksia. Toiminta on omatoimisuutta tukevaa ja suunnitellaan potilaan tarpeiden ja päivärytmin mukaisesti. Asiakasymmärryksen kautta saatiin esille potilaiden

tiedostamattomiakin tarpeita, potilaat ovat nyt hoitonsa subjekteja ja hoidon vaikuttavuus on omahoitokertojen myötä parantunut. Hoidon laatu ja tehokkuus, potilaiden tyytyväisyys, hyvinvointi ja elämänlaatu parantuivat. Henkilöstön rooli on muuttunut toiminnan tukijaksi ja ongelmat ratkaistaan yhteistyössä. Esimerkin mukainen toiminta kannustaa terveydenhuoltoa näkemään ihmisen potilaan takana; uudenlainen palveluajattelu ottaa henkilöstön ja asiakkaat mukaan kehittämiseen. (Tienhaara 2014, 22–23.) Ruotsissa kehitettiin myös kahden ylipainoisten lasten hoitoon erikoistuneen klinikan toimintamallia. Palvelumuotoilun ajattelumallin, työkalujen ja metodien avulla vanhemmille suunnattua tukimallia onnistuttiin parantamaan. Tämä kehittämistyö tehtiin palvelumuotoiluun erikoistuneen yrityksen avulla. (Dahlgren & Lycke 2015, 81.)

Britanniassa kartoitettiin palvelumuotoilun keinoin terveydenhuollon palveluiden uudelleen suunnittelua. Tutkimuksessa selvitettiin, miten yhteisön osallistumista voidaan hyödyntää terveydenhuoltopalveluiden suunnittelussa Skotlannin maaseudulla. Aineisto kerättiin eri maaseutuyhteisöjen työpajoista, joiden tarkoituksena oli kartoittaa tulevaisuuden palvelutarjontaa. Tulosten mukaan yhteisön osallistuminen palveluiden suunnitteluun oli hyödyllistä maaseudulla, missä yhteisöt ovat tiiviitä. Yhteisön jäsenet tunnistivat jatkuvat terveydenhuollon palvelutarpeet ja kehittivät priorisoidun palvelumallin. Yhteisöjen vastaanottavaisuudella innovatiiviselle palvelumuotoilulle oli eroja. Yhdessä työpajassa neljästä ei kehitetty palveluiden järjestämismallia lainkaan ja yhdessä päädyttiin entiseen toimintamalliin. Kehitettyjen ratkaisujen monimuotoisuus osoittaa, että palveluiden suunnittelussa kannattaa käyttää standardoituja malleja yhteisöjen kehittämien mallien ohella, koska kontekstin vaikutus yhteisöjen tuottamiin palveluiden järjestämisideoihin on suuri. (Farmer & Nimegeer 2014, 130.)

Tuononen (2013, 78–81) esittelee opinnäytteessään terveydenhuollossa tehtyjä projekteja Suomessa ja maailmalla, joissa on kokeiltu potilaan kokemuksiin keskittyviä suunnittelutapoja. Opinnäytetyössä esiteltyt englantilaiset kehittämisprosessit oli tehty erityisen terveydenhuoltoon kehitetyn menetelmän, ”Experience based desing” (EBD) mukaisesti. Menetelmä on kehitetty Englannin julkisessa terveydenhuollossa (NHS) ja sen avulla saatiin esille

syvälistä tietoa, jota tutkijat ja henkilökunta eivät olleet aikaisemmin ottaneet esille tai mitä he olivat pitäneet merkityksettöminä. Tieto saatiin potilailta ja henkilökunnalta tarinatyyppisen haastattelun, havainnoinnin ja työpajojen avulla.

Palvelumuotoilua käytetään myös IT-palvelujen käyttäjälähtöisessä kehittämisessä. Portugalilaisessa terveyskeskuksessa kehitettiin erilaisia teknologisia järjestelmiä käyttäjälähtöisesti. Tavoitteena oli potilaan hoidon laadun paraneminen ja tuottavuuden lisääminen. Tutkimusaineisto kerättiin havainnoimalla ja haastattelemalla työntekijöitä ja todellisia käyttäjiä. Tutkimuksessa todettiin, että muutosten läpivieminen ei ole helppoa, koska järjestelmien käyttäjien tarpeet ovat erilaisia, eikä käyttäjillä välttämättä ole ymmärrystä IT-palveluista. Tästä huolimatta saatiin aineistoa analysoimalla ongelmat tunnistettua ja luotiin teoria, jonka avulla tuotettiin kaikkien tarpeita tyydyttäviä IT-ratkaisuja. (Duarte & Guerra 2012, 189, 191, 197.)

Kaliforniassa on hyödynnetty palvelumuotoilua ensihoidon palveluprosessin kehittämisessä. Tutkimuksessa todettiin ensihoidon toimintaympäristönä muodostavan vaihtelevuuden vuoksi yhden haastavimmista osa-alueista palveluiden järjestämisessä. Tutkimus tehtiin kahdessa yliopistollisessa sairaalassa ja kehittämiseen sisältyi uutena palvelun tarjoajan yhteydenotto asiakkaaseen kotiutuksen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena oli saavuttaa ymmärrys, miten prosessin uudelleenmuotoilu vaikuttaa asiakastytyvyyteen. Asiakastytyvyyttä mitattiin ennen ja jälkeen prosessin uudelleenmuotoilun sekä kartoitettiin asiakastytyvyyteen vaikuttavat tekijät. Tutkimuksessa todettiin palvelun uudelleenmuotoilun parantaneen asiakastytyvyyttä koko palveluketjuun. (Krishnan, Maki, Castillo & Guss 2013, 315–330.)

4 LAPIN SAIRAANHOITOPIIIRIN HOIDOLLINEN POTILASHOTELLI

4.1 Hoidolliseen potilashotelliin liittyvä kehittämistoiminta

Lapin sairaanhoitopiiri vastaa alueensa väestön erikoissairaanhoidon palveluista yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Se on 15 Lapin kunnan omistama kuntayhtymä ja kuuluu Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen (ERVA). Sairaansijojä Lapin keskussairaala on 302 ja henkilökuntaa 1642. Lapin sairaanhoitopiirin erityispiirteitä ovat pitkät etäisyydet, esim. Utsjoelta Lapin keskussairaalaan on 450km. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016h.)

Pyrkimys yhdistää perusterveyden- ja sosiaalihuollon palvelut erikoissairaanhoidon palveluihin luo monenlaisia haasteita. Tulevaisuuden sairaala on osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja tilat suunnitellaan toiminnan mukaan, asiakkaan tarpeesta ja koko hoitoketju huomioiden. Asiakkaan valinnanvapaus tulee tulevaisuudessa lisääntymään, joten asiakastytyvyyteen ja hoidon vaikuttavuuteen on syytä panostaa. Trendinä tulevaisuuden sairaalasuunnittelussa on vuodeosastopaikkojen vähentäminen, jonka yhtenä keinona on potilashotellimalli. (Tekes 2014, 5, 8–9.) Lapin sairaanhoitopiirissä on meneillään laajennushanke, jonka vuoksi myös strategisena painopistealueena on tulevaisuuden tilaratkaisuihin valmistautuminen. Keskussairaalan laajennushankkeen suunnitelmassa on 40-paikkainen potilashotelli. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016f.)

Lapin sairaanhoitopiirin toimintaa kehitetään sekä omilla hankkeilla että osallistumalla ERVA-alueen ja kansallisiin hankkeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen valmistaudutaan kehittämällä johtamisjärjestelmää ja organisaation toimintamalleja. Yksiköitä yhdistetään, toimintamalleja yhtenäistetään asiakaslähtöisemmiksi ja potilaskuormitusta tasataan yksiköiden välillä. Lapin sairaanhoitopiiri osallistuu aktiivisesti myös Lapin liiton johtamaan SOTE-Savotta-hankeeseen. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016g.) Inhimillisesti tehokas uusi sairaala (ITU 2022) -projektissa valmistellaan tulevaa toiminnanmuutosta ja uudisrakennusta. Laajennushankkeessa huomioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos sekä perus-

ja erikoistason palveluiden integraatio. ITU 2022 -palvelumalli kuvaa tulevaisuuden palvelutarjontaa ja se valmistellaan laajassa yhteistyössä asiakkaiden, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, päättäjien, johdon ja kehittäjien kanssa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016b.)

Inhimillisesti Tehokas Sairaala -hanke on Lapin sairaanhoitopiirin ja Lapin yliopiston monivuotinen tutkimus- ja kehittämisohjelma. Hankkeen toteutusaika on v. 2008–2020 ja sen tavoitteena on inhimillisesti tehokas sairaala potilaiden ja henkilöstön kannalta. Tehokkuus ja tuottavuus saavutetaan henkilöstön osaamisen, näkemysten ja osallistumisen avulla. Kehittämisohjelma noudattaa Lapin sairaanhoitopiirin toimintasuunnitelman painopistealueita. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b.) Inhimillisesti Tehokas Sairaala -hanke koostuu useista erillisistä käytännön toimenpiteistä ja osahankkeista. Hukkahaavi on ohjelma, joka tähtää toiminnan jatkuvaan parantamiseen. Hukkahaavin on kehittänyt Britannian Derbyshire Community Health Service (DCHS) ja sen avulla kehitetään toimintaa koko Oulun ERVA-alueen sairaanhoitopiireissä. Ohjelma perustuu Lean-ajatteluun ja sen hyväksi havaittuihin metodeihin toimintaa parantavien uudistusten suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2012.)

4.2 Avohoitopalveluiden liittäminen potilashotellitoimintaan

4.2.1 Hoidollisen potilashotellin avohoitopalveluprosessi

Julkisen talouden kestävyys on kiinni paljolti kuntatasolla tehdyistä ratkaisuista. Kustannusvaikuttavuuden lisäämiseksi ja toimintojen tehostamiseksi tarvitaan uusia palveluiden järjestämismalleja. (Junnila ym. 2010, 11.) Valinnanvapauden lisääntyminen lisää osaltaan kilpailua ja sitä kautta painetta parantaa tuottavuutta (Kauhanen & Valkonen 2015, 8). Palveluiden järjestämismallien taustalla tulee olla tuotantokeskeisen ajattelumallin sijasta ihmiskeskeinen ajattelumalli, sillä asiakkaat tahtovat tulla kohdatuiksi kokonaisvaltaisina ihmisinä. Terveystieteiden prosessien perustana tulee olla ihmisen ja asiantuntijoiden vuorovaikutus ja tätä vuorovaikutusta ymmärtämällä voimme vaikuttaa tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. (Koivuniemi & Simonen 2011, 54–57).

Lapin sairaanhoitopiirin hoidollisen potilashotellin avohoitopalvelu on uusi toimintamalli, jonka tarkoituksena on tarjota itsenäisesti tai pienen avun turvin selviytyville potilaille tukea tutkimuksiin ja hoitoihin valmistautumisessa sekä lyhyttä jatkohoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista (1806/2009 1§: liite 1; 2) todetaan, että hoito on laitoshoitona silloin, kun se järjestetään terveyskeskuksen tai sairaalan vuodeosastolla tai vastaavissa sosiaalihuollon laitoksissa. Muissa toimintayksiköissä järjestetyt palvelut ovat avohoitona, ellei ole painavia perusteita pitää toimintaa laitoshoitona. Tämän asetuksen nojalla Lapin sairaanhoitopiirin hoidollisen potilashotellin tarjoama palvelu määritellään avohoidoksi. Olen toiminut Avohoitopalveluiden liittäminen potilashotellitoimintaan -projektin suunnittelijana ja tehnyt projektin loppuraportin, mitä olen käyttänyt lähteenä Hoidolliseen potilashotelliin liittyvässä tiedossa.

Tarve kehittää vuodeosastohoitoa kevyempi hoitomalli syntyi vuodeosastojen kovien kuormitusprosenttien myötä. Vuodeosastolla hoidettiin potilaita, jotka eivät tarvitse 24h laitoshoitona. Tulosalueille tehtiin v. 2014 kysely kevyemmällä palveluilla korvattavissa olevien vuodeosastohoitopäivien määrästä. Tilanteet, joissa potilaan hoidontarve ei edellytä ympärivuorokautista vuodeosastohoitoa, arvioitiin olevan n. 2000 hoitopäivää/vuosi. Usein syynä vuodeosastohoidolle on pitkät välimatkat. Pitkän pohdinnan tuloksena päädyttiin hoitomalliin, missä potilashotellin majoitustoimintaan liitettiin avohoitopalvelua, jolloin toiminta pysyy tarkoituksenmukaisena huomioiden tilojen ja resurssien rajallisuuden. Palvelu on osa hoitoketjua ja käyttö perustuu lääkärin tai hoitavan tiimin tekemään hoidon tarpeen arvioinnin mukaiseen hoitopäätökseen.

Lapin sairaanhoitopiirin potilashotelli on toiminut nykyisissä tiloissaan vuodesta 2006. Hallinnollisesti potilashotelli sijoittuu medisiiniselle tulosalueelle, mutta palvelee kaikkia erikoisaloja. Hoidollinen potilashotelli toimii potilashotellin tiloissa, missä on 13 vuodepaikkaa, seitsemässä huoneessa. Huoneista kolme on yhden hengen huoneita, kolme kahden hengen huonetta ja yksi kolmen hengen huone. Avohoitopalveluita potilashotellissa tarjotaan tällä hetkellä

arkisin, ma klo 07.00 – pe klo 19.00, jolloin työvuorossa on yksi lähihoitaja 24h/vrk. Majoituspalvelua tarjotaan resurssien mukaisesti omatoimisesti majoittuvien sairaalaan hoitoon/tutkimuksiin tulevien tai hoidossa olevien sekä saattajien väliaikaisena majoituspalveluna.

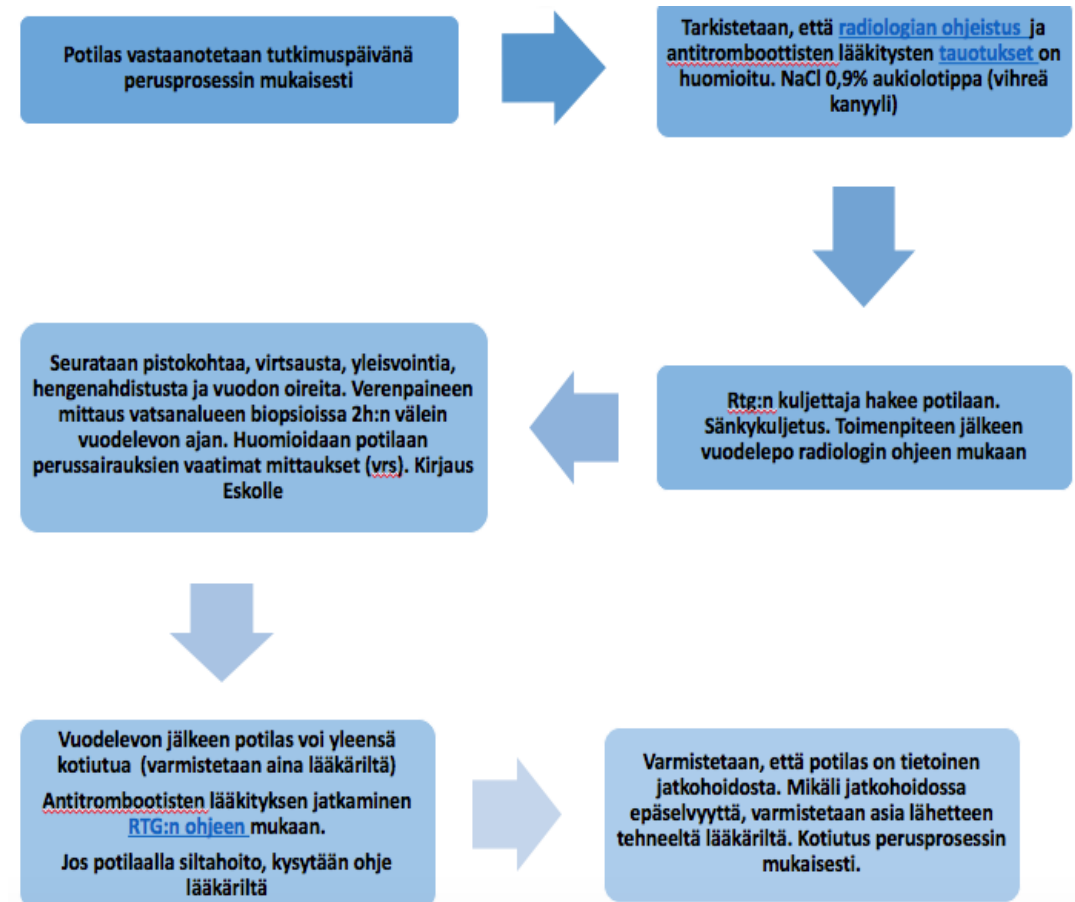
Avohoitopalveluiden liittäminen potilashotellitoimintaan -projekti oli osa Inhimillisesti Tehokas Sairaala -hanketta ja toiminta alkoi elokuussa 2015, aluksi puolen vuoden kokeiluna. Toimintaa on kehitetty ja laajennettu ja se jatkuu toistaiseksi. Suunnitelmavaiheen tavoitetta asiakasmäärissä ei kokeilujakson aikana saavutettu, koska toiminta on lähihoitajavetoista eikä potilashotellin tilat mahdollista suonensisäisen lääkehoidon toteutusta.

Toimintamallin tavoitteena on ollut jo suunnittelun alusta alkaen mahdollisimman asiakaslähtöinen, sujuva ja turvallinen hoitoprosessi. Asiakkaille tehdyn kyselyn mukaan palvelun sujuvuus on yksi tärkeimmistä sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteista. (Aalto ym. 2016, 4). Sujuvat prosessit ja hallinnan tunne ovat myös työhyvinvoinnin osatekijöitä (Sinisammal 2011, 64). Toimintamallin suunnitteluvaiheessa kokoonnuimme kuvaamaan eri hoitoprosessiin osallistuvien sidosryhmien kanssa sen hetkisen hoitoprosessin lähetteen saapumisesta potilaan kotiutukseen saakka Hukkahaavi -menetelmin. Perusprosessin kuvaamisen jälkeen sovimme erillisessä työryhmässä vastuukysymykset ja toimintaohjeet mahdollisissa ongelmatilanteissa. Seuraavaksi siirryimme vuodeosastoille, joissa yhteistyössä henkilökunnan kanssa valitsimme potilashotelliin soveltuvat potilasryhmät. Valinnan jälkeen kuvasimme potilasryhmien hoitoprosessit niin kuin ne vuodeosastoilla sillä hetkellä olivat. Kuvauksen jälkeen pohdimme, miten hoitoprosessi siirretään potilashotellin avohoitopalveluun. Erityisesti kiinnitimme huomiota hoitoprosessin kohtiin, missä asiakas siirtyy yksiköstä toiseen. Sovimme, kuka tekee, mitä tekee, milloin tekee ja poistimme hukan. Kuvassa 1. esimerkki hoitoprosessin muutoksesta nielurisaleikkaus -potilaalla. Vuodeosaston hoitoprosessi ei ole nielurisaleikkaus -potilaalle tarkoituksenmukainen, vaan kevyempi hoitoprosessi on riittävä.



Kuva 1. Nielurisaleikkaus -potilaan hoitoprosessin muutos vuodeosastolta potilashotellin avohoitopalveluun

Prosessien kuvaamisen jälkeen hoitoprosessit on muokattu sähköiseksi ja hyväksytetty prosessin omistavalla lääkärillä. Prosessikuvaukset toimivat potilashotellin avohoitopalvelun henkilöstön laatukäsikirjana. Esimerkkinä biopsiapotilaan hoitoprosessi kuviossa 2.



Kuvio 2. Esimerkkinä kuvatuista hoitoprosesseista biopsiapotilaan hoitoprosessi Hoidollisessa potilashotellissa

Lapin sairaanhoitopiirin hoidollista potilashotellia täysin vastaavaa toimintamallia ei Suomessa ole, mikä johtunee alueemme pitkien etäisyyksien aiheuttamasta erilaisesta palvelutarpeesta. Kelan yöpymiskorvauksia asukasmäärään suhteutettuna on eniten Lapissa (Turunen, Tillman & Maunula 2016, 17). Samankaltaista toimintaa sen sijaan on useissa yliopisto- ja keskussairaaloissa. Esim. Tampereella synnyttäneitä ja muita soveltuvia potilasryhmiä hoidetaan potilashotellissa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2015). Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirissä on aloitettu Medisiininen päiväsairaaloiminta, jossa hoidetaan oman tulosalueen samankaltaisia asiakasryhmiä kuin Lapin sairaanhoitopiirin hoidollisessa potilashotellissa (Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016b). Leikkauksen jälkeen yhden yön yli jatkohoitoa tarvitsevat asiakkaat hoidetaan Avohoitotalon heräämössä (Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016a).

Etelä-Savossa on tehty toimintasuunnitelma ja liiketoimintasuunnitelma potilashotellitoiminnasta, jossa selvitettiin toteutuksen vaihtoehtoja, kannattavuutta ja menestymisen mahdollisuuksia. Hankkeessa kuvattiin potilashotellin palvelumuodot ja mahdolliset asiakasryhmät. Hanke toteutettiin yhteistyössä useiden tahojen kanssa. Hankkeessa todettiin, että potilashotelli osana hoitoketjua antaa mahdollisuuden tuottaa kevyemmän tason terveydenhuollon palveluja osana muita palveluita. Hanke vastasi mm. KASTE -ohjelman mukaisiin tavoitteisiin sekä terveydenhuoltolain edellyttämiin toimenpiteisiin. Hankkeen aikana ei kuitenkaan saatu tehtyä lopullista päätöstä toiminnan aloittamisesta. Uuden palvelumuodon vieminen osaksi hoitoketjua vaatii koko hoitoketjun uudelleen tarkastelun ja määrittelyn. (Seppänen, Kaukonen & Luukkainen 2010, 4,13,15.)

Muissa Pohjoismaissa on toimintamalleja, joissa käytetään potilashotellia osana sairaalahoitoa vuodeosastohoitoa edullisempänä hoitopaikkana. Suurimpana käyttäjäryhmänä on vasta synnyttäneet äidit, mutta palvelua käytetään myös eri erikoisalojen asiakkaille. Potilashotellit voivat sijaita sairaalan osastolla ja niitä käytetään osana sairaalahoitoa. Suomessa iso osa potilashotelleista on kolmannen sektorin ylläpitämiä, sairaaloilla on omia potilashotelleja lähinnä Pohjois-Suomessa. (Turunen, Tillman & Maunula 2016, 28, 44–45.) Norjassa on määritetty, ketkä vuodeosastojen potilaista soveltuisivat hoidettavaksi potilashotellissa. Tutkimus tehtiin haastattelemalla ja kyselyin potilailta (N=951) sekä työntekijöiltä. Määriteltujen kriteerien lisäksi kartoitettiin erikoistarkkailun tarve, hoidon tarve ja työntekijän arvio potilaan soveltuvuudesta potilashotelliin. Aineiston pohjalta tehdyn arvion perusteella 18% vuodeosastoille otetuista potilaista voitaisiin hoitaa potilashotellissa. Tutkimuksessa todettiin, että tiettyjen potilasryhmien hoitaminen potilashotellissa on järkevää, koska se on kustannustehokasta, mutta ei huononna hoidon laatua. (Føreland 2009.)

Euroopassa potilashotelleissa on erilaisia toimintamalleja. Toimintaa on sekä yksityis- että julkisella sektorilla. Ranskassa on tehty rakenteellinen uudistus päiväkirurgiseen yksikköön. Yksikön yhteyteen liitettiin majoituspalvelua tarjoava potilashotelli ja vertailututkimuksen mukaan hoitojakso lyheni 3,8:sta

0,4 hoitopäivään. (Gaucher ym. 2013; 213–217.) Sveitsiin valmistuu tänä syksynä ensimmäinen kolmen tähden (114 hotellihuonetta) potilashotelli yliopistollisen sairaalan yhteyteen. Projekti toteutetaan yhteistyössä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa ja potilashotellissa tarjotaan terveydenhuoltopalveluita, majoitusta sekä ravintolapalveluita. Taustalla on uniikki hyödyntämiskonsepti ja innovaatio, joka vastaa tarpeeseen modernisoida palveluita ja uusia rakennuksia. Potilashotellin asiakkaiksi soveltuvat asiakkaat, jotka tarvitsevat sairaalahoidoa, mutta ovat riittävän hyväkuntoisia pärjätäkseen potilashotellissa. Projektin kustannukset saadaan hyvin nopeasti takaisin säästetyissä terveydenhuollon kustannuksissa. (Implemia 2015.)

Syöpöpotilaiden kemoterapiaa ja kantasolusiirtoja saavien potilaiden hoitoa on siirretty vuodeosastoilta polikliiniseksi Britanniassa. Hotelliperusteinen polikliinisen hoidon yksikkö (ACU) on perustettu v. 2005. Potilaat yöpyvät potilashotellissa ja käyvät poliklinikalla saamassa lääkkeensä. Toimintamallin avulla on saavutettu suuria taloudellisia ja laadullisia hyötyjä potilasmäärien kasvaessa koko ajan. Tutkimuksessa todettiin, että potilashotellin hyödyntäminen on potilasturvallista ja laajentaa sairaalan toimintakapasiteettia ja vapauttaa vuodeosastopaikkoja niiden todelliseen tarpeeseen. (Sive ym. 2012, 2397–2404.)

4.2.2 Hoidollisen potilashotellin toiminnan tavoitteet

Potilashotellin avohoitopalvelun tavoitteena asiakasnäkökulmasta on tarjota itsehoitoa vahvistavaa, tarpeenmukaista ja edullista palvelua hotellinomaisessa ympäristössä. Rieplun (2014, 50, 56–57) mukaan asiakastytyväisyyden perusta lähtee siitä, että hoito suunnitellaan yksilöllisesti, asiakkaan tarpeista lähtien ja näin vastataan asiakkaan odotuksiin. Asiakastytyväisyys muodostuu hoidon tavoitettavuudesta, miten asiakas otetaan vastaan, hoitoprosessin sujuvuudesta, henkilöstön käyttäytymisestä ja asiakkaan kohtaamisesta sekä oikeanlaisesta ympäristöstä. Henkilökunnan ammattitaito, ystävällisyys, asiakkaan huomiointi sekä tiedon antaminen ovat tärkeitä tyytyväisyyttä lisääviä tekijöitä. Myös se, ettei hoidosta ole aiheutunut komplikaatioita vaikuttaa tyytyväisyyteen. Asiakastytyväisyyttä on kysytty Hoidollisen potilashotellin

kokeilujakson aikana kaikilta asiakkailta. Asiakkaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä palveluun, asiakastyytyväisyys kokeilujakson aikana oli 3,6–3,9/4 kahdellatoista mitatulla osa-alueella. Ks. asiakaspalaute kokeilujakson ajalta liitteestä 5.

Organisaationäkökulmasta toiminnan tavoitteena on vuodeosastojen kuormitusten vähentäminen, tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen, palveluprosessien sujuvuus, työnjaon selkiyttäminen, yhteistyön kehittäminen ja kustannusten hallinta. Potilashotellin avohoitopalvelu vapauttaa vuodeosastopaikat tarkoituksenmukaiseen käyttöön ja niiden todelliseen tarpeeseen. Työntekijänäkökulmasta tavoitteena on tarjota osasto- ja poliklinikkatyölle vaihtoehto ja lisätä lähi- ja perushoitajien työnkiertomahdollisuuksia. Työn monipuolisuus, mahdollisuus itseohjautuvuuteen ja oman osaamisen kehittämiseen sekä työn ja oman elämän yhteensovittamista tukevat käytännöt ovat työn imua lisääviä tekijöitä potilashotellissa.

4.2.3 Hoidollinen potilashotelli talousnäkökulmasta

Palveluita kehitettäessä pelkkä laatu ei riitä, palveluiden täytyy myös olla kustannustehokkaita. Palveluiden kustannusvaikutukset täytyy tuoda päättäjien tietoon ja heidän velvollisuutensa on varmistaa, että yhteiset rahat käytetään järkevästi. (Järvinen & Roine 2015, 294–295). Toiminnan tehostaminen ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen vaativat uusia palveluiden järjestämismalleja (Junnila ym. 2010, 11). Päätöksenteossa tuleekin aina huomioida taloudellinen näkökulma, sillä resurssien kohdistaminen tiettyyn palveluun vähentää niitä muualta terveydenhuollosta (Malmivaara & Pohjalainen 2015). Kustannustehokkuudessa ei ole kyse ainoastaan siitä miten paljon tuotetaan ja kulutetaan, vaan miten tuotetaan ja kulutetaan. Terveydenhuollon toiminnan tavoitteena tulee olla tehokkuuden lisäksi myös sen hyvinvointia edistävä vaikutus. (Kauppila & Tuulonen 2016, 37.)

Kustannusvaikuttavuusanalyysit tuottavat tärkeää tietoa päättäjille. Hoitopolkujen kustannustehokkuutta täytyy arvioida samalla tavalla kuin muitakin terveydenhuollon osa-alueita. Kustannusvaikuttavuusanalyseissä tulee selkeästi ilmetä, mistä näkökulmasta ne on tehty, minkälaisesta

ajanjaksosta on kyse ja mikä tutkimuskysymys on asetettu. Kuluihin sisältyy välittömät ja mahdolliset kulut. Seurattaviin kuluihin sisältyy hankintahintojen ja hoitoketjuun liittyvät muutokset. Hoitoketjuja, jotka vähentävät kuluja ja parantavat tuloksia, pitäisi soveltaa yleisesti. Mikäli saavutetaan parempia tuloksia, mutta kustannukset lisääntyvät, tulee näiden hoitoketjujen käyttöä harkita. (Broughton 2011, 76–81.)

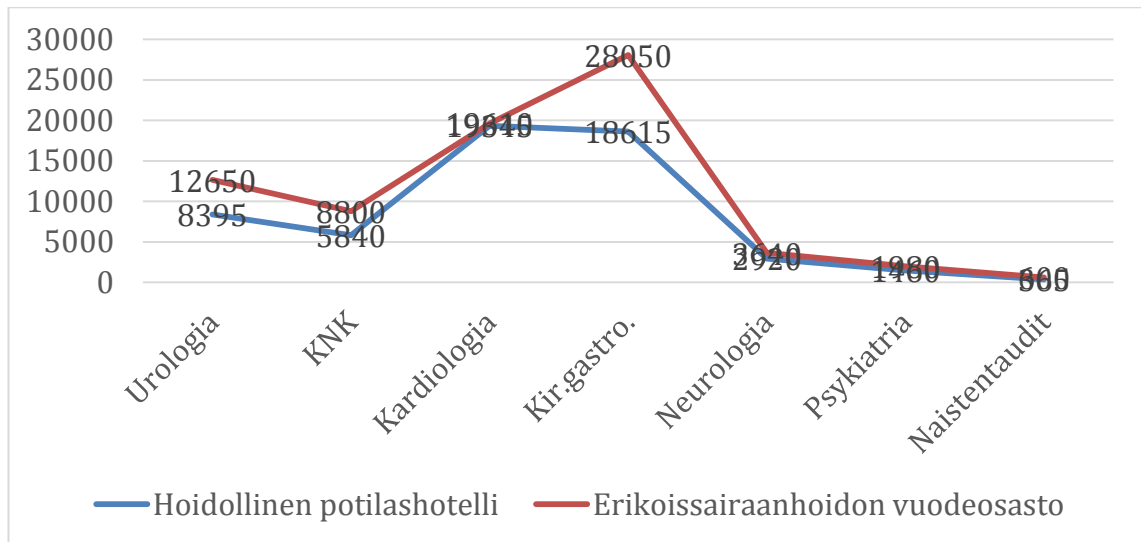
Terveystalouden taloudelliseen arviointiin käytettävät menetelmät ovat kustannusten minimointi-, kustannus-hyöty-, kustannus-vaikuttavuus- ja kustannus-utiliteettianalyysit. Kustannukset lasketaan kaikissa menetelmissä samalla tavalla, mutta ero on terveysvaikutusten mittauksessa ja arvotuksessa. Kustannusten minimointianalyysiä käytetään silloin, kun vertailtavat menetelmät tuottavat saman lopputuloksen. Analyysin avulla haetaan menetelmä, jolla lopputulokseen päästään vähäisimmin kustannuksin. Menetelmän avulla vastataan kysymykseen: Mikä on tehokkain tapa saavuttaa asetettu tavoite? (Räsänen & Sintonen 2013, 1255–1260.) Hoidollisen potilashotellin taloudellisen arvioinnin menetelmänä käytin kustannusten minimointianalyysiä, koska hoidon lopputulos on todennäköisesti sama, hoidetaanko asiakas Hoidollisessa potilashotellissa vai erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Tätä ajatusta tukee Tukholmassa tehty vertailututkimus, missä verrattiin sydänleikkauksesta toipumista fysiologisella tasolla normaalissa sairaalaympäristössä ja potilashotellissa hoidettujen välillä. Eroa toipumisessa ei havaittu. (Plüss, Karlsson, Wallen, Billing & Held 2008, 306–318.)

Taulukossa 1. on vertailtu eri asiakasryhmien hoidon kustannuksia hoitopaikan mukaan. Vertailu on tehty oletuksella, että asiakas on vuodeosastolla yhden yön yli. Hoitopäivämaksut sisältävät hoidon kokonaiskustannukset ko. hoitopaikassa. Asiakkaalle Hoidollisen potilashotellin avohoito palvelu maksaa 17,90€/käynti ja asuinkuntaa laskutetaan erillisten ajallisten hintaluokkien mukaan 148–335€/käynti. Vuodeosaston **hoitovuorokausi** maksaa 370–1100€ asuinkunnalle ja potilaalle 41,50€ (Lapin sairaanhoitopiiri 2016c, 20, 23, 77).

Taulukko 1. Hoidollisen potilashotellin kustannusvertailua eri asiakasryhmistä (Mäki Sari 2016)

Asiakasryhmä	Hoidollisen potilashotellin käyntimaksu	Vuodeosasto hoitopäivämaksu	Asiakasmaksu potilashotellissa	Asiakasmaksu vuodeosastolla	Asiakasmaksu poliklinikalla
Tonsillektomia, tyrä jne.	365€	550€	-	83€	115€
Sepelvaltimo angiografia	365€	370€	-	41,50€	35€
Ct-nesteytys alle 6h	148€	Kir. 128€ Sis. 330€	17,90€ tai 0€, jos poliklinikkakäynti	35€	35€
Biopsia yli 6h	305€	Kir. 550€ Sis. 330€	17,90€	41,50€	-

Kuviossa 3. on vertailtu kuntalaskun hintaa erikoisaloittain kokeilujakson aikana. Hintaero näkyy selkeämmin, mitä isompi määrä asiakkaita on ollut ja mitä kalliimpi vuodeosaston hoitopäivämaksu on.



Kuvio 3. Kustannusvertailua erikoisaloittain kokeilujakson ajalta (Mäki Sari 2016)

Yhteenvetona voidaan todeta, että hoidollinen potilashotelli on kunnalle ja asiakkaalle edullisempi hoitopaikkavaihtoehto kuin erikoissairaanhoidon vuodeosasto. Mitä suurempi määrä potilaita ohjautuu hoidolliseen potilashotelliin, sitä suurempi säästö saavutetaan. Johtopäätös on sama kuin Turusen, Tillmanin & Maunulan (2016, 53) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa: potilashotellin avulla voidaan vähentää kustannuksia ja sairaalassa vietettyä aikaa.

Ranskassa tehtiin teoreettinen vertailututkimus polikliinisesti leikattujen ja potilashotellissa jälkihoidettujen potilaiden ja vuodeosastolla hoidettujen potilaiden välillä. Tulosten mukaan säästöt olisivat merkittävät ja toimintamallin myötä polikliinisiä leikkauksia pystyttäisiin lisäämään ja perustamaan uusia potilashotelliyksiköitä esim. hoitokotien yhteyteen. (Bouam ym. 2014, 263–268.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Kehittämistoiminnan ja tieteellisen tutkimuksen erottaminen toisistaan voi olla käytännössä vaikea tehdä (Salonen 2013, 13). Eron katsotaan olevan toiminnan päämäärässä, halutaanko tuottaa uutta teoriaa vai saada aikaan myös muutoksia (Ojasalo ym. 2009, 19). Kehittämistutkimuksessa yhdistyy tutkimus ja kehittämistyö, sen avulla tuodaan julki kehittämistyön tulokset. Kehittämistutkimus ei ole erillinen tutkimusmenetelmä, vaan se on joukko tutkimusmenetelmiä, joita käytetään tilanteen mukaisesti. (Kananen 2015, 33.)

Opinnäytetyöni on kehittämistutkimus, jossa on tapaustutkimuksellinen (case-tutkimus) lähestymistapa. Tapaustutkimus valitaan lähestymistavaksi silloin, kun halutaan ymmärtää kohdetta syvällisesti ja tehtävänä on ratkaista siellä ilmennyt ongelma tai tuottaa tutkimuksen keinoin kehittämisehdotuksia. Tapaustutkimuksessa tutkitaan jotain kohdetta sen omassa ympäristössä ja tapauksen voi muodostaa esim. asiakasryhmä, henkilöstö tai prosessi. Tapauksen tutkimiseen voidaan käyttää useita tiedonhankintamenetelmiä. Yhdenkin tapauksen huolellinen tutkiminen voi antaa kohdettaan huomattavasti laajempaa tietoa, vaikka tuloksia ei voi yleistää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 44–45; Ojasalo ym. 2009, 37–38.) Kananen (2013, 54, 57, 74) mukaan case-tutkimuksen ja kehittämistutkimuksen ero on muutoksessa ja tutkijan roolissa. Kehittämistutkimus pyrkii muutokseen ja case-tutkimus puolestaan vastaa kysymykseen, miten tai kuinka. Kehittämistutkimuksessa tuodaan esille muutostarpeet ja ehdotukset, mutta tutkijan ei tarvitse olla mukana toteutuksessa.

Tapaustutkimuksellisessa lähestymistavassa käytetään tutkimusmenetelminä usein laadullisen tutkimustyön menetelmiä, kuten haastattelua ja havainnointia. Näillä menetelmillä saadaan esille asiakkaan tiedostamattomiakin tarpeita. Menetelmien valinta aloitetaan pohtimalla, mitä tietoa tarvitaan ja miten sitä aiotaan käyttää. Eri menetelmiä käyttämällä saadaan erilaista tietoa ja näkökulmia kehittämisen tueksi. (Brown 2009, 57; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 47; Ojasalo ym. 2009, 40, 42, 44; Kananen 2013, 28, 77.)

5.2 Kehittämismenetelmät

Palvelumuotoilu on palveluiden kehittämistä ja innovointia muotoilun menetelmin (Koivisto 2007, 78). Palvelumuotoilun menetelmät eivät sinällään ole uusia, mutta kehittäminen perustuu syvään asiakasymmärrykseen ja ihmisen mukaan ottamiseen kehittämiseen. Opinnäytetyössäni käytin palvelumuotoilun työkaluista palvelun konseptointia, ryhmäkeskustelua, toivelistatekniikkaa, varjostusta, havainnointia ja valokuvausta. Palvelumuotoilulle onkin ominaista, että käytetään useita erilaisia kehittämismenetelmiä. Palvelumuotoiluprosessin alkuvaiheissa käytetään menetelmiä, joilla pyritään asiakasymmärrykseen. Ideointivaiheessa käytetään yhteisöllisiä ideointimenetelmiä ja mallinnus- ja testausvaiheessa visualisointia ja prototyyppointia. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 76–78.)

Ryhmäkeskustelussa käytin toivelistatekniikkaa, mikä soveltuu hyvin juuri palveluiden kehittämiseen. Pyysin tutkittavia kertomaan toiveensa palveluprosessin eri vaiheisiin siten, että toiveilla ei ole mitään käytännön rajoituksia. Tavoitteena oli tuoda esille tutkittavien kokemukset, toiveet, tarpeet ja odotukset sekä lisätä ymmärrystä kokonaistilanteesta puolin ja toisin. (Vähälä ym. 2012, 31–33; Ojasalo ym. 2014, 172–173.)

Varjostukseksi (shadowing) kutsutaan palvelumuotoilussa ihmisen käyttäytymisen havainnointia palvelutilanteissa. Varjostamalla saadaan tietoa ihmisen käyttäytymisestä ja minkälaisia ongelmia palveluprosessissa on. (Ojasalo ym. 2014, 76.) Havainnointi on arvostettu ja tehokas, mutta melko vähän käytetty aineistonkeruumenetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Havainnointi soveltuu tutkimusmenetelmäksi silloin, kun halutaan tietoa ihmisen käyttäytymisestä ja mitä todellisessa toimintaympäristössä tapahtuu. Havainnointia voidaan käyttää itsenäisenä, täydentävänä tai tukevana tutkimusmenetelmänä. Havainnointi on hyvä menetelmä tutkittaessa muuttuvia ja vaikeasti ennakoitavia tilanteita. Havainnoimalla ja dokumentoimalla onnistutaan lisäämään käyttäjäymmärrystä ja muodostamaan kokonais käsitys palvelusta. Se sopii tutkimusmenetelmäksi myös silloin, kun halutaan tietoa,

mitä tutkittavat eivät välttämättä huomaa/halua tuoda esille. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 59–60; Ojasalo ym. 2009, 103; Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 291; Kananen 2015, 79.)

Tutkimuksellinen havainnointi on järjestelmällistä, systemaattista tarkkailua. Havainnointia tehdään kaikilla aisteilla ja se kohdistuu sekä verbaaliseen että nonverbaaliseen viestintään. Havainnot tallennetaan välittömästi kirjaamalla, videoimalla, äänittämällä tai valokuvaamalla. Havainnoitsijan rooli suunnitellaan etukäteen ja tärkeää on pohtia koko prosessin ajan tutkijan persoonan, tulkinnan, havainnointitaitojen ja läsnäolon vaikutusta aineistoon. Myös havainnoinnin eettisyys tulee huomioida koko prosessin ajan, koska hoitotyön ympäristössä tilanteet voivat muuttua nopeasti, eikä niitä aina voi ennakoida. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 59–60; Ojasalo ym. 2009, 104–105; Sinivuo ym. 2012, 291.) Kansainvälisen muotoiluyrityksen (IDEO) toimitusjohtaja Tim Brown (2009, 57) kehottaa havainnoinnissa katsomaan mitä ihmiset tekevät ja eivät tee ja kuuntelemaan sitäkin, mitä he eivät sano.

Havainnointitekniikka voi olla strukturoitua tai strukturoimatonta. Opinnäytetyössäni käytin strukturoimatonta havainnointitekniikkaa, koska tarkoituksena on saada tietoa mahdollisimman paljon ja monipuolisesti. Roolini oli sekä osallistuva että ei-osallistuva, sillä ajatuksena oli olla avoimesti läsnä tilanteissa ja tarvittaessa vastata tutkittavien kysymyksiin, mutta ei osallistua palveluprosessiin. Havainnoinnin tavoitteet oli määritelty ohjaamaan havainnointia kehittämistutkimuksen tavoitteiden suuntaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 60, 75; Ojasalo ym. 2009, 105; Sinivuo ym. 2012, 294; Kananen 2015, 79.)

Aineistomatriisissa (taulukko 2) on esitelty kussakin avohoitopalveluprosessin ja kehittämisprosessin vaiheessa käytetyt menetelmät ja mihin kysymykseen niillä haettiin vastausta.

Taulukko 2. Aineistomatriisi (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 120)

Avohoitopalveluprosessin vaihe	Kehittämisprosessin vaihe	Ajoitus ja aineiston keruutapa	Tutkimuskysymys
Sairaalaan kutsuminen ja saapuminen	Avohoitopalveluprosessin esittely ja toiveiden kartoitus	Tulopäivän aamuna, ennen toimenpidettä/tutkimusta : Varjostus/havainnointi, valokuvaus, toivelista, ryhmäkeskustelu	Minkälaisia toiveita ja tarpeita käyttäjillä on avohoitopalveluprosessiin ja minkälaisia kehittämisideoita he tuottavat sairaalaan kutsumiseen ja saapumiseen?
Toimenpide/tutkimus ja välitön jälkihoito	Asiakkaan varjostus palvelutapahtumasta toiseen	Toimenpiteen/tutkimuksen aikana: Varjostus/havainnointi, valokuvaus	Minkälaisia toiveita ja tarpeita käyttäjillä on ja minkälaisia kehittämisideoita he tuottavat toimenpide/tutkimus -vaiheeseen?
Hoito tutkimuksen/toimenpiteen jälkeen	Avohoitopalveluprosessin tapahtumien kuvaus, toiveiden ja kehittämisideoiden kartoitus	Toimenpiteen/tutkimuksen ja kotiutuksen jälkeen: havainnointi, valokuvaus, toivelista, ryhmäkeskustelu	Minkälaisia toiveita ja tarpeita käyttäjillä on ja minkälaisia kehittämisideoita he tuottavat hoito- ja kotiutusvaiheeseen?

Palvelun konseptoinnin avulla voidaan kuvata palvelun eri rakenteita, kuten palvelutuokio tai palvelupolku. Palveluprosessin analysoinnin avulla voidaan tutkia ja kehittää prosesseja, selvittää prosessin kriittisiä vaiheita ja ongelmia. Konseptisuunnittelu yhdistää käyttäjäkeskeisen suunnittelun, tutkimustiedon, luonnokset, kuvat ja mallit. Konsepti esittää palvelun keskeiset ominaisuudet, sen avulla kuvataan käyttäjien tarpeet ja tehdään niistä ymmärrettäviä tukemaan päätöksentekoa. (Miettinen, Kalliomäki & Ruuska 2011, 107–108.) Opinnäytetyössäni kuvasin avohoitopalveluprosessin ennen aineiston keruuta selventämään prosessia itselleni ja tutkittaville (kuvio 4, s. 37). Valokuvia käytin havainnollistajana toteutuneen avohoitopalveluprosessin visualisointiin (kuvio 7,

s. 55). Tutkimustulosten perusteella kuvasin käyttäjälähtöisen avohoitopalveluprosessin (kuvio 8, s. 56).

5.3 Kehittämisprosessi

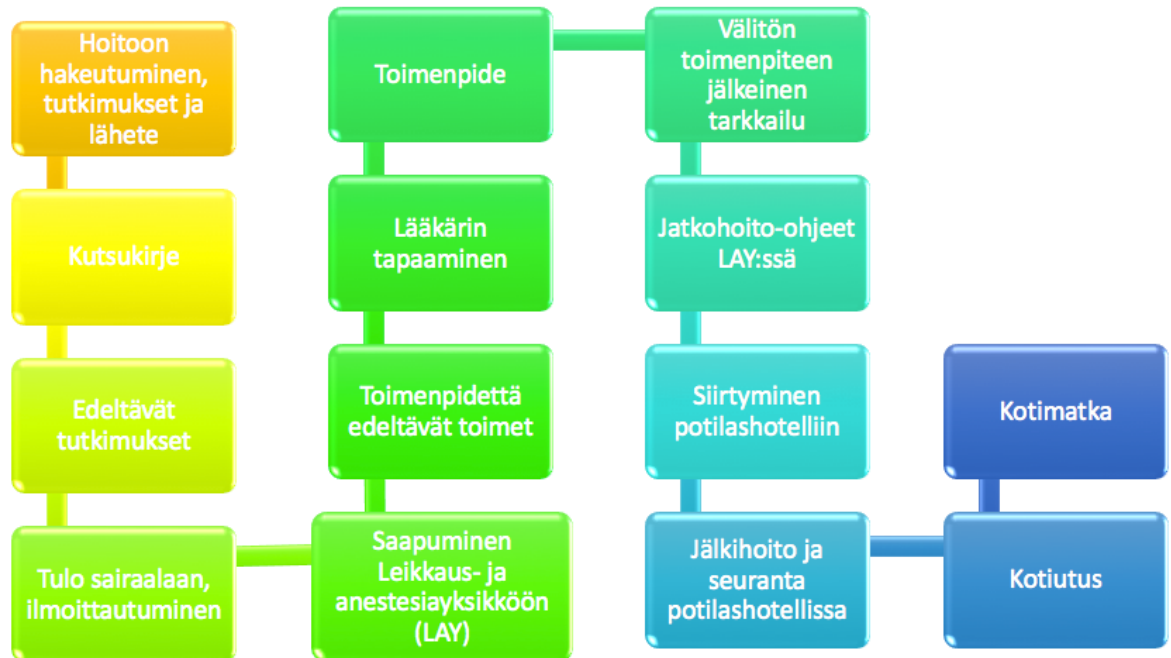
Kehittämisprosessin toteuttaminen noudatti palvelumuotoiluprosessia. Aluksi kehittämisprosessille määriteltiin tavoitteet ja mittarit. Tavoitteena oli saada tietoa, miten asiakas ja henkilöstö toivovat avohoitopalveluprosessin sujuvan sekä minkälaisia kehittämis ehdotuksia he siihen tuottavat. Tavoitteiden saavuttamisen mittarina voidaan pitää Hoidollisen potilashotellin avohoitokäyntien määrän lisääntymistä, asiakas- ja työtyytyväisyyttä sekä vuodeosastojen kuormitusprosenttien pienenemistä.

Tavoitteiden ja mittareiden asettamisen jälkeen tein tarvittavan esitutkimuksen. Toimintaympäristö ja avohoitopalveluprosessi olivat minulle entuudestaan tuttuja, joten niihin ei tarvinnut tutustua. Toimintasuunnitelman tekeminen sen sijaan vaati pohdintaa ja monenlaista päätöksentekoa. Toimeksiantositoumus (liite 1) tehtiin tammikuussa 2016 ja tutkimusluvan (liite 2) sain helmikuussa 2016.

Tutkittavien valinnan tein tavoitteiden mukaisesti. Asiakkaat valittiin yleisimpien eri toimenpiteiden tai tutkimusten vuoksi potilashotellin avohoitopalveluun tulevista asiakkaista ajankohdan mukaan ja heihin otti yhteyttä Lapin sairaanhoitopiirin opinnäytetöiden eettisen ohjeistuksen mukaisesti kyseisen yksikön hoidonvaraaja (Lapin sairaanhoitopiiri 2016d). Henkilöstön edustajat valittiin henkilöistä, jotka osallistuvat päätöksentekoon asiakkaan jatkohoitopaikasta yhteistyössä yksikön osastonhoitajan kanssa. Osastonhoitajiin otin yhteyttä sähköpostitse käytyäni ensin esimiesinfossa kertomassa opinnäytetyöstäni. Henkilöstön edustajiin otin myös ensin yhteyttä sähköpostilla.

Avohoitopalveluprosessia kävin läpi mielessäni lukuisia kertoja ja pohdin, miten prosessi etenee ja mitä mahdollisesti sen aikana voi tapahtua. Keskustelimme ja suunnittelimme toteutusta myös kehittämistehtävään osallistuvan henkilöstön

kanssa. Avohoitopalveluprosessit kuvasin aikajärjestyksessä asiakasnäkökulmasta niin kuin se minulle ennen havainnointia näyttäytyi. Esimerkki kuvatusta avohoitopalveluprosessista kuviossa 4.



Kuvio 4. Esimerkki avohoitopalveluprosessista (Mäki Sari 2016)

Havainnointiohjeistuksen (liite 4.) ja toivelistan kysymykset (liite 5.) laadin opinnäytetyön tavoitteiden ja tutkimuskysymysten mukaisesti. Testasin ohjeistuksen ja kysymysten ymmärrettävyyden kahdella henkilöllä.

Aineiston keruu tapahtui neljän avohoitopalveluprosessin aikana, asiakkaan sairaalaan saapumisesta kotiutukseen saakka touko-kesäkuussa 2016. Havainnointipäivinä olimme sopineet tapaavamme asiakkaan henkilöstön edustajan kanssa heti asiakkaan saavuttua ensimmäiseen hoitoyksikköön ryhmäkeskustelua varten. Aluksi kerroin tutkittaville kehittämistutkimuksesta ja he allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 3.). Avohoitopalveluprosessin esittelyn jälkeen pyysin asiakasta ja henkilökunnan edustajaa kuvaamaan prosessin mukaisesti vaihe vaiheelta, miten he toivovat sen sujuvan, mikäli mitään rajoitteita ei olisi ns. toivelistatekniikan avulla (Ojasalo ym. 2009, 156–157). Tämän jälkeen lyhyesti vielä kerrattiin mitä päivän aikana tapahtuu.

Henkilöstön edustaja havainnoi kanssani asiakkaan käyttäytymistä ja prosessin sujuvuutta ohjeistuksen mukaisesti koko avohoitopalveluprosessin ajan. Havainnot kirjattiin ennalta suunnitellulle lomakkeelle (liite 4). Asiakas eteni palvelutapahtumassa tavanomaisten vaiheiden mukaisesti ja hän sai kommentoida toimintoja vapaasti. Asiakas sai myös kysyä ohjeistusta, mikäli hän sitä tarvitsi. Aineistonkeräyspäivät pyrin tekemään lämminhenkiseksi luomalla mahdollisimman rauhallisen, kiireettömän ja avoimen ilmapiirin.

Kotiutusvaiheen jälkeen pohdimme vielä ryhmäkeskustelussa, sujuiko avohoitopalveluprosessi niin kuin tutkittavat olivat toivoneet. Lisäksi he esittivät toivelistatekniikan mukaisesti kehittämiskohteita ja -ideoita prosessiin liittyen. Ryhmäkeskustelut tapahtuivat yksiköiden tiloissa, mahdollisimman rauhallisessa paikassa. Kaikki ryhmäkeskustelut nauhoitettiin. Kahden iltapäivällä kotiutuneen ryhmäkeskusteluun henkilökunnan edustaja ei voinut osallistua työajan päättymisen vuoksi, mutta heidän kanssaan keskustelimme kahdestaan seuraavana päivänä. Muutoin tutkittavat avohoitopalveluprosessit sujuivat omasta näkökulmastani ilman suurempia yllätyksiä.

Asiakasymmärrystä kasvatettiin ja palveluprosessin arviointia tehtiin koko palvelumuotoiluprosessin ajan. Tarkistin saadun aineiston tiedon, oliko saatu se tieto mitä tarvittiin. Tarvittaessa aineistoa olisi voitu täydentää esim. lisähaastattelulla, mutta siihen ei ollut tarvetta. Saadun aineiston analysoin induktiivisen sisällön analyysin avulla.

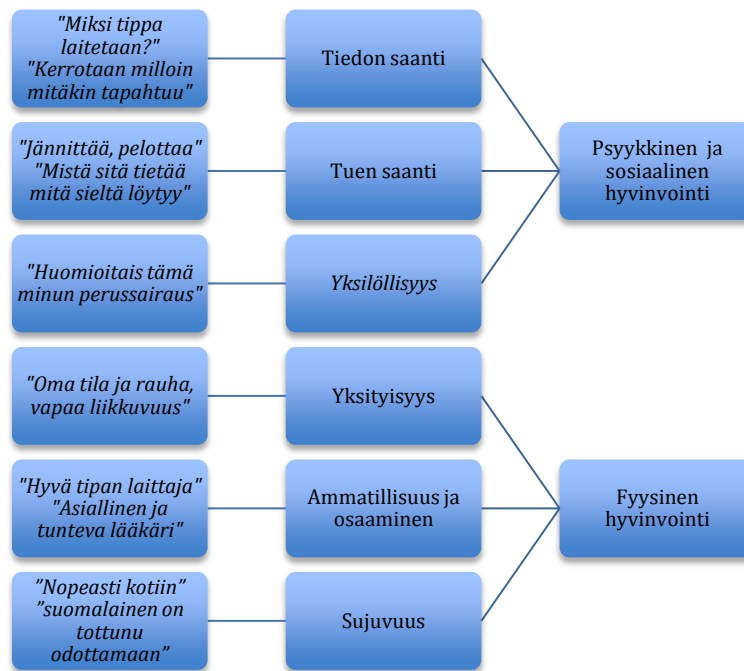
5.4 Aineiston analysointi

Sisällön analyysiä käytetään paljon analyysimenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: Se on menetelmä, minkä avulla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti ja jolla rakennetaan aineistosta tiivistettyjä malleja ja käsitteitä. Sisällön analyysi voidaan tehdä joko aikaisempaan teorian tietoon pohjautuen (deduktiivinen) tai aineistolähtöisesti (induktiivinen) tai näiden yhdistelmällä. Induktiivisessa sisällön analyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja käsitteellistetään. Saman sisältöiset käsitteet yhdistetään,

muodostetaan yläkäsitteitä ja edelleen niitä yhdistävä käsite. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3, 6–7; Kananen 2015, 88–91.)

Ensimmäiseksi kuuntelin ryhmäkeskustelut ja kävin läpi havainnointikaavakkeet huolellisesti saadakseni kokonaiskäsityksen aineistosta. Seuraavaksi litteroin lähes sana sanalta kaikki 10 nauhoitusta. Nauhoitusten kesto oli yhteensä 2h 30min ja niistä tuli tekstinkäsittelyohjelmalla pt 12 kirjoitettua tekstiä 21 sivua. Litterointiin käytin yhteensä neljä kahdeksan tunnin mittaista päivää. Sen jälkeen lisäsin aineistoon havainnointilomakkeille tehdyt huomiot. Seuraavaksi redusoin aineiston oleelliseen. Redusoitua aineistoa tuli 11,5 sivua. Tämän aineiston järjestin vielä jokaisen palveluprosessin erikseen, mutta myöhemmin laitoin ne kaikki yhteen eettisistä syistä.

Seuraavaksi koodasin aineiston eri väreillä. Korostin keltaisella kaikki toiveet ja odotukset, vihreällä tarpeet, vaaleanpunaisella kehittämiskohteet ja -ideat sekä ”muuta”, oranssilla. Tuossakin vaiheessa kävin aineiston läpi useaan kertaan löytääkseni varmasti kaikki tiedostamattomatkin tarpeet. Sen jälkeen järjestin aineiston värien mukaan avohoitopalvelun vaiheiden mukaisesti. Seuraavaksi ryhmittelin samankaltaiset lausumat ja samaan kehittämiskohteeseen liittyvät lausumat yhteen uudelleen ja uudelleen kunnes aineisto ei enää tiivistynyt ja olin saanut yläkategoriat ja yhdistävät kategoriat muodostettua (kuvio 5). Analysoidun aineiston pohjalta kartoitin tutkittavien palveluprosessiin kohdistuvat toiveet ja tarpeet sekä löytyneet kehittämiskohteet ja -ideat. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12; Ojasalo ym. 2009, 106–107, 123–126; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 221–222; Kananen 2015, 88–94.) Aineiston analyysi oli pitkälinen prosessi ja jouduin useaan kertaan palaamaan alkuperäiseen aineistoon.



Kuvio 5. Esimerkkilausein tehty aineiston abstrahointi tutkittavien toiveista ja tarpeista

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Avohoitopalveluprosessiin kohdistuvat toiveet ja tarpeet

Tulosten raportoinnissa käytän opinnäytetyöhön osallistuneista asiakkaista ja henkilöstön edustajista nimitystä *tutkittavat* tai *käyttäjät*, kun tarkoitan molempien esittäneen toiveen tai kehittämiskohteen. Samoin mikäli tekstissä ei mainita erikseen tekijää, tarkoitan sekä henkilöstön edustajia että asiakkaita. Muutoin käytän nimitystä *asiakas* tai *henkilöstön edustaja*. Mikäli tarkoitan havainnoinnin kohteena olleita työntekijöitä, käytän nimitystä hoitohenkilöstö tai lääkäri. Henkilöstö nimitystä käytän, kun tarkoitan kaikkien ammattiryhmien edustajia.

Tiedonsaanti

Tarve saada tietoa korostui avohoitopalveluprosessin kaikissa vaiheissa. Havainnoinnin mukaan asiakkaat saivat paljon tietoa ja he esittivät myös paljon kysymyksiä. Tutkittavat toivoivat toimenpide- ja hoito-ohjeiden lisäksi tietoa hoitoprosessin vaiheista ja perusteluita toiminnalle. Hoito-ohjeet toivottiin saatavan suullisesti ja kirjallisesti. Toisaalta tietoa myös saatiin ja pelättiin annettavan liikaa.

”Miksi tippa laitetaan?”

”Kerrotaan hyvissä ajoin milloin mitään tapahtuu”

”Mitä tietoa asiakas tarvitsee? Kuinka paljon tietoa voi antaa, omaksuuko asiakas?”

”Vain se kaikkein oleellisin tieto”

Tiedon antaminen ja saaminen koettiin tärkeäksi, mutta suullisesti annettusta tiedosta ei jäänyt paljoa mieleen. Jatkossa olisikin tärkeää tehdä kirjalliset ohjeet yhteistyössä asiakkaan kanssa, jotta tieto niissä olisi ajantasaista ja ymmärrettävää. Tiedon tarpeen tullessa asian voisi helposti tarkistaa kirjallisesta ohjeesta. Kaakinen, Ervasti ja Kääriäinen (2016) ovat tutkineet päiväkirurgisten artroskopia -potilaiden ohjauksen laatua. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat saaneensa hyvää ohjausta, vaikka todettavissa oli puutteita potilaskeskeisyydessä ja tavoitteellisuudessa. Tämä oli havaittavissa myös tässä tutkimuksessa.

Laadukas ohjaus on itsehoidon onnistumisen edellytys. Kääriäinen (2007, 133–134) toteaa, että potilasohjaukseen tulee olla riittävät resurssit, sen tulee olla potilaslähtöistä, vuorovaikutteista ja tavoitteellista. Alanen (2003, 2) on tutkinut potilaiden tiedontarpeita ja tiedonsaantia kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tulosten mukaan potilaat pitävät tiedon saantia erittäin tärkeänä. Tärkeimpänä tietona he pitävät tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Näistä osa-alueista potilaat myös saivat eniten tietoa. Potilaiden tiedonsaannissa ja tiedontarpeessa oli tutkimuksen mukaan melko suuria yksilöllisiä eroja. Eniten tietoa tarvitsivat keski-ikäiset sekä korkeasti koulutetut ja he myös tietoa eniten saivat.

Tuen saanti ja kuulluksi tuleminen

Henkisen tuen ja kuulluksi tulemisen tarve tuli myös esille prosessin kaikissa vaiheissa. Tuen ja huomion saaminen sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen lisäsivät turvallisuuden tunnetta. Havainnoinnin mukaan henkilökunnan ystävällisyys, rauhallisuus ja asiakkaan kuunteleminen rauhoittivat asiakasta. Erityisesti lääkärin tavalla kohdata asiakas näytti olevan suuri merkitys asiakkaan kokemaan pelkoon ja jännitykseen. Omaisten läsnäolon mahdollistaminen lisäsi myös turvallisuuden tunnetta. Tuen tarpeen tunnistaminen lisäsi tuen saantia.

”Jännittää, pelokas, esittää paljon kysymyksiä”

”Jännityksellä odotan kun ei ole aikaisempia kokemuksia”

”Mistä sitä tietää mitä sieltä löytyy”

”Tultais mahdollisimman pian katsomaan”

”Hoitaja kävi tunnin välein, hyvä asia”

”Kerrotaan että vierellä koko ajan ollaan”

Sairastuminen ja itsemääräämisen heikentyminen ovat yksilölle henkinen raskaus. Se herättää monenlaisia tunteita, jännitystä ja pelkoakin. Asiakkaan rauhallinen kohtaaminen ja kuuntelu ovat osa ammattitaitoa. Selkeästi

asiakkaan tuen tarpeen tunnistaminen johti myös siihen, että asiakas sai tukea. Tuen tarpeen tunnistaminen on tärkeää, koska se mahdollistaa riittävän tuen saamisen ja ahdistuksen alenemisen. Tunnistamiseen on kehitetty myös mittareita. (Yilmaz, Sezer, Gurler, Bekar 2011, 956–964.)

Tutkimusten mukaan potilaan saama tieto ja tuki vaikuttavat leikkauksesta toipumiseen. Berg, Arestedt ja Kjellren (2013, 1630–1638) ovat seuranneet potilaiden (N31) toipumista päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen kotiolosuhteissa 11–37 päivän ajan. Vaihdos sairaalaympäristön hoivasta kotiin sisältää monia haasteita ja potilaat tarvitsevat paljon tukea ja tietoa ennen kotiutusta. Tietoa tarvitaan mm. normaalista toipumisajasta ja kotona selviytymisen keinoista. Potilaiden saaman tuen taso oli hyvin vaihtelevaa ja yksikön tehokas tuottavuus vaikutti tuen tasoon. Tutkimuksessa todettiin, että kotiutuksen jälkeinen vaihe on päiväkirurgisen potilaan palveluprosessin heikoin lenkki. Kaikki potilaat olivat kokeneet sairaalan ja kodin välisen eron sekä oman vastuun liian suurena.

Yksilöllisyys ja yksityisyys

Asiakkaiden tarve tulla huomioiduksi yksilönä omine erityistarpeineen korostui. Oma tila ja rauha koettiin välttämättömäksi. Asiakkaat halusivat pitää omia vaatteitaan sekä liikkua vapaasti ja itsenäisesti. Henkilöstö huomioi asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja asiakas sai vaikuttaa siihen, miten liikkuu ja onko omissa vai sairaalan vaatteissa.

”Oma tila ja rauha, vapaa liikkuvuus”

”Sais olla omissa vaatteissa”

”Että huomioitais tämä minun perussairaus”

”Erilainen olo ko omat vaatteet”

”Ohjaus yksilöllisesti, kädestä pitäen, kosketti potilasta”

”Yksilöllisesti kuinka usein käydään potilaan luona”

Omien vaatteiden pitäminen ja vapaa liikkuminen tukivat yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Oma tila ja rauha potilashotellissa tuki yksityisyyden toteutumista, mutta Lyhkin tilojen ahtaus ja kulkeminen päivystyspoliklinikan läpi

potilashotelliin puolestaan eivät. Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi on tärkeä asia, mihin lakikin meitä velvoittaa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992,3§).

Ammatillisuus ja osaaminen

Henkilöstön osaamiseen ja ammatillisuuteen liittyviä toiveita ja tarpeita tutkittavat esittivät paljon. Aikaisemmat huonot kokemukset vaikuttivat asiakkaiden toiveisiin. Asiakkaalta ohjeiden kysyminen koettiin outona. Tutkittavat odottivat henkilöstön esittelevän itsensä. Itsensä esittely herätti luottamusta ja sen koettiin lisäävän ammatillisuutta.

”Toivottavasti on hyvä tipan laittaja ko mulla on kadoksissa suonet aina”

”Asiallisen ja tuntevan lääkärin”

”Että osaisi sanoa kaiken mitä asiakas tarvitsee”

”Puhutaan keskenään vain toimenpiteeseen/tutkimukseen liittyviä asioita kun asiakas on läsnä”

”Potilashotellin työntekijältä vaaditaan laajaa osaamista”

”Hoitaja kysyi hoito-ohjeita potilaalta”

”Potilaskuljettaja esitteli itsensä”

Tuloksissa korostuu hyvän ammattitaidon merkitys. Asiakkaat odottavat henkilöstöltä korkeaa osaamista ja ammatillisuutta. Mahdollinen osaamattomuus herätti pelkoa. Myös henkilöstön edustajat vaativat itseltään ja muilta ammatillisuutta ja osaamista. Ammatillisuus koettiin keskeisenä henkilöstöön kohdistuvana odotuksena myös Kalliokosken (2014) väitöskirjassa.

Avohoitopalveluprosessin sujuvuus

Avohoitopalveluprosessin sujuvuuteen liittyviä toiveita aineistosta löytyi useita. Tutkittavat prosessit sujuivat hyvin, mutta asiakkailla oli myös toisenlaisia kokemuksia terveydenhuollon palveluista.

”Nopeasti kotiin”

”Että olis sujuvaa, vastaus tulisi nopeasti ja sitten lääkärille”

”Suomalainen on tottunu odottamaan”

”Että ei tarttis odotella montaa tuntia”

Palveluprosessin sujuvuus on tärkeimpiä palvelun laadun osatekijöitä. Odottaminen tai oikean paikan etsiminen ei ole laadukasta hoitoa.

Lääkärin tapaaminen

Kaikki kehittämistutkimukseen osallistuvat asiakkaat tapasivat lääkärin ennen toimenpidettä. Tutkittavat toivoivat kuitenkin, että asiakas saisi tavata lääkärin myös toimenpiteen jälkeen. Hoitohenkilöstö kävi läpi kotiutustilanteessa toimenpidekertomuksen, mutta lääkärin tapaaminen kotiinlähtöpäivänä koettiin tärkeänä ja rauhoittavana. Samalla asiakas sai esittää kysymyksiä toimenpiteestä. Heti leikkauksen jälkeen tapahtunutta lääkärin tapaamista ei muistettu seuraavana päivänä lainkaan. Myös ennen leikkausta tapahtuneesta lääkärin antamasta ohjauksesta osa oli unohtunut. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lääkärin tapaaminen on asiakkaalle tärkeää. Parasta olisi, jos lääkärin kanssa voisi puhua sen jälkeen, kun anestesia-aineet ovat haihtuneet.

Kotiutus

Tieto kotiutuksen ajankohdasta toivottiin tulevan ajoissa. Kotiutusohjeiden toivottiin olevan selkeitä ja kirjallisia. Kotiutukselta toivottiin varmistusta, että asiakas pärjää kotona ja tietoa siitä mihin ottaa yhteyttä, jos kotona ei pärjää tai jos voinnissa tulee muutos. Tarvittavat asiakirjat huolehdittiin ja jatkohoito oli kaikilla selvillä. Kotiutuksiin käytettiin aikaa ja ne tehtiin huolellisesti. Omaisen mukana olo kotiutustilanteessa koettiin hyvänä. Asiakkaat toivat esille myös aikaisempia kokemuksia kotiutustilanteista.

”Ei sitä ohjausta tule koskaan liikaa”

”Aikaisemmin ko olin, niin oli hyvin nopea kotiutus”

”Siinä toimenpiteessä ko olin aikaisemmin, niin en tiennyt, että mulle oli määrätty lääkkeitä. Sattumalta kävin Omakannassa ja huomasin että täällähän on resepti”

Tulosten mukaan kotiutus on tärkeä osa palveluprosessia. Kotiutukseen käytetty aika saadaan takaisin sen antamalla lisäarvolla. Kaikki ohjeistukset tulee olla myös kirjallisia, koska isosta tietomäärästä ja usein jännittävästä tilanteesta johtuen osa ohjauksesta unohtuu. Kotiutukset tapahtuivat lähinnä hoitavan yksikön toimesta, mutta myös potilashotellissa on ohjeistus käydä kotiutusasiat läpi kotiutuskriteerien mukaisesti tilanteeseen soveltuvin osin.

6.2 Avohoitopalveluprosessin kehittämiskohteet ja -ideat

Tutkimuskysymyksillä pyrittiin löytämään avohoitopalveluprosessiin kohdistuvien toiveiden ja tarpeiden lisäksi myös prosessin kehittämiskohteet ja -ideat. Yhteenveto avohoitopalveluprosessin kehittämiskohteista kuviossa 6.



Kuvio 6. Yhteenveto avohoitopalveluprosessin kehittämiskohteista

Lähte

Tutkittavat esittivät, että lähetteeseen kirjattaisiin asiakkaan aikataulutoiveet ja erityisesti, milloin tutkimus- tai toimenpideaika ei asiakkaalle käy. Samalla asiakasta ohjeistettaisiin ottamaan välittömästi yhteyttä, jos hänelle tulee jokin este. Samoin toivottiin, että jo lähetettä tehdessä huomioitaisiin mahdollisesti tulevien tutkimusten vaatimat laboratoriotutkimukset.

Ajanvaraus

Ajanvaraukseen liittyi useita kehittämiskohteita. Henkilöstön edustajat kokivat sähköisen ajanvarauksen monimutkaiseksi, aikaa vieväksi ja hankalaksi. Itseilmoittautuminen toi ajanvaraukseen oman haasteensa. Tieto ajanvarauksen tarpeesta toivottiin tulevan ajoissa ja sen toivottiin tapahtuvan ajoissa peruuntumisten välttämiseksi. Henkilöstön edustajat toivat esiin, että peruutuksia tulee paljon eri syistä. Yhden asiakkaan ajanvaraus oli peruuntunut kolme kertaa, joka kerta hän oli saanut postitse kutsukirjeen. Peruuntumisten välttämiseksi ehdotettiin kirjaamisen kehittämistä. Tieto asiakkaalle sopimattomasta ajankohdasta kirjattaisiin yhteisesti sovittuun paikkaan.

Kutsukirje

Kutsukirjeeseen kohdistui useita kehittämisideoita. Tässä kehittämistehtävässä havainnoitiin neljää avohoitopalveluprosessia ja jokaisella oli epäselvyyksiä tai kehittämisideoita liittyen kutsukirjeeseen. Kutsukirje koettiin pääsääntöisesti liian laajaksi. Kirje luettiin valikoiden.

”Poimii sieltä tärkeimmät”

”Saisi olla tiivistetympi”

Kutsukirjeessä olevat yhteystiedot olivat epäselvät. Kirjeen etusivulle tulostuu potilashotellin yhteystiedot, joten asiakkaat soittavat potilashotelliin peruukseen leikkausaikaansa.

”Selkeästi mihin ottaa yhteyttä, jos tarvitsee perua”

Kirje oli sisältänyt ristiriitaista tietoa ravinnosta olosta toimenpideohjeeseen ja kirjeeseen kirjoitetun ohjeistuksen välillä. Asiakas oli ollut ravinnosta varmuudeksi edellisestä illasta.

Vakiokirjepohjassa oleva kehoitus varata aika laboratorioon hämmensi, kun aikaa laboratorioon ei saatu ennen hoitoyksikköön tuloaika. Asiakas tuli varmuudeksi tuntia ennen aikaa. Asiakas koki tulostetun laboratoriolähetteen turhaksi paperiksi, koska lähete on tietojärjestelmässä. Lähete tulostetaan asiakkaalle siksi, että laboratoriossa otetaan oikeat verikokeet, mikäli asiakkaalla on useampi lähete. Tähän kehittämisehdotuksena oli, että läheteessä olisi myös valmistautumisohjeet ja maininta siitä, jos

valmistautumista ei tarvita, jolloin tuloste voisi selventää myös ravinnotta olo aikaa.

Henkilöstön edustajan mukaan kirjepohjaa täytyy muokata yksilöllisesti melko paljon, joten ajanvaraukseen tuhrautuu aikaa entisestään. Väärinkäsityksiä sattuu usein, koska esim. soittoajasta ei ole omaa kirjepohjaa. Sähköinen kutsukirje ei ole käytössä kaikissa yksiköissä, koska se ei sovellu kaikkiin varauksiin.

Hoidollisen potilashotellin esite ja toimenpideohjeet

Kaikissa kutsukirjeissä ei ollut Hoidollisen potilashotellin esitettä mukana, joten asiakas ei tiennyt toiminnasta mitään. Esitteen tiedot olivat osittain vanhentuneet ja tietoa koettiin olevan liian paljon. Esiteessä puhuttiin palvelumaksusta, mikä oli aiheuttanut hämmennystä. Humoristisesti asiakas kertoi pohtineensa, pitääkö aina maksaa, kun esimerkiksi soittaa hoitajakutsua. Myös toimenpideohjeissa oli osittain vanhentunutta tietoa.

Etäisyydet

Henkilöstön edustajien mukaan pitkät etäisyydet aiheuttavat hankaluuksia tulla sairaalaan ja asia täytyy huomioida hoidon suunnittelussa. Asiakkaille pyritään varaamaan iltapäiväaikoja ja soittoaikoja tilanteen mukaan.

”Jatkohoitoajat mietitään yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti”

”Pitkämatalaisilla hankaluuksia tulla seitsemäksi”

Pysäköintialue

Sairaalan pysäköintialue oli ollut lähes täynnä klo 8.50.

Itseilmoittautumisautomaatti

Itseilmoittautumisautomaatin toiminnassa oli ongelmia. Automaatin ollessa epäkunnossa oli Leikkaus- ja anestesiayksikön (LAY) odotusaulassa sijaitsevan automaatin yhteydessä tiedote, missä kehoitettiin asiakasta istumaan aulaan odottamaan. Lisäksi edellisenä päivänä oli puhelimitse ohjeistettu asiasta. Tästä huolimatta käytäntö oli aiheuttanut asiakkaassa epävarmuutta siitä, pyydetäänkö häntä sisään. Asiakas kutsuttiin sisään automaatin toimiessakin nimellä, vaikka itseilmoittautumisautomaatin käyttöönoton yhtenä tavoitteena on

asiakkaan anonymiteetin säilyttäminen. Syyksi kerrottiin käytännön syyt. Asiakasta nimellä kutsuminen ei haitannut.

Automaatti ei ole toiminnassa vielä vuodeosastoilla eikä hoidollisessa potilashotellissa, mikä myös aiheutti hämmennystä ja väärinkäsityksiä. Mikäli asiakas toimii tulosteen ohjeistuksen mukaisesti, hän menee väärään paikkaan. Tulosteessa on ohje toimia kutsukirjeen mukaisesti, mutta tämä oli jäänyt asiakkaalta huomaamatta. Henkilöstön edustajan mukaan myös tulosteessa olevat odotusaulojen numerokoodit aiheuttavat päivittäin epäselvyyksiä. Tutkittavat, jotka olivat kohdanneet ongelmia automaatin toiminnassa, kokivat että ilmoittautuminen ihmiskontaktissa on automaattia parempi vaihtoehto.

Opasteet

Asiakkaiden opastaminen potilashotelliin koettiin hankalaksi. Hoitohenkilöstö joutuu saattamaan asiakkaita yksiköstä toiseen. Asiakkaista osa kertoi, että opasteita sairaalan pääaulasta potilashotelliin ei ollut. Osa oli opasteen havainnut, mutta koki sen epäselväksi. Myös potilashotellista röntgeniin ja Leikkaus- ja anestesiayksikköön kaivattiin opasteita. Kehittämisehdotuksena toivottiin viivoja lattiaan, joita pitkin asiakkaat on helppo opastaa menemään oikeaan paikkaan.

”Ei ollut opasteita, niin kysyin sitten neuvoa ensiavun työntekijältä”

”Oudolle tää ois ollu kyllä ihan sokkelo”

”Että asiakkaat löytää perille, moni ei löydä”

”Mutta se siitä puuttu, että pitää kääntyä vasemmalle”

Laboratorio

Verikokeiden vuoksi ravinnotta olo oli asiakkaalle jäänyt epäselväksi ja hän oli ollut varalta ravinnotta edellisestä illasta. Samoin epävarmuutta oli ilman ajanvarausta tulleella asiakkaalla siitä, kutsutaanko häntä näytteenottoon. Odotusaika oli ajanvaraus asiakkaalla viisi minuuttia ja ilman ajanvarausta tulleella asiakkaalla 20 minuuttia.

Kirjaaminen ja raportointi

Hyvän kirjaamisen merkitys tuli esille hoitoprosessin eri vaiheissa. Selkeät hoito-ohjeet vähensivät soittoja, tiedon etsimistä ja epävarmuutta. Henkilöstön

edustajat toivoivat suullista raporttia asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Raportoinnilta toivottiin vain oleellisen tiedon kertomista. Oleelliseksi tiedoksi koettiin tavallisuudesta poikkeavuudet, kiputilanne ja jatkohoito-ohjeet. Muut tiedot koettiin löytyvät tarvittaessa hoitosuunnitelmasta tai hoitotyön yhteenvedosta.

Tupakointi

Tupakoiva asiakas koki tupakatta olo ajan pitkäksi. Hänelle annettiin nikotiinilaastari, mutta siitä ei ollut apua. Asiakas ehdotti korvaushoidoksi nikotiini-inhalaattoria tai sähkötupakkaa. Asiakasta motivoitiin tupakoimattomuuteen kertomalla sen vaikuttavan anestesiaan.

Ruokailu

Kahvitta oleminen aiheutti päänsärkyä joillekin asiakkaista. Henkilöstön edustaja kertoikin usean asiakkaan toivovan nopeasti kahvia. Myös ruokaa toivottiin saatavan heti kun se on mahdollista. Toivomuksena oli laajempi valikoimaa tarjottaviin ruokiin. Esim. proteiinijuomia ja suolaisia syötäviä toivottiin valikoimaan. Osalle asiakkaista oli epäselvää, että hoidollisessa potilashotellissa saa ruokailla. Hoidollisen potilashotellin asiakkaille tarjotaan mahdollisuus ruokailla voinnin salliessa myös sairaalan ravintolassa. Esille tuli, että mahdolliset ruokailuun liittyvät rajoitteet olisi hyvä kysyä jo ennen asiakkaan saapumista sairaalaan, kuitenkin viimeistään tulovaiheessa, jotta asiakas saa oikean ruoan.

”Sain syömistä ko ilmaisain haluni”

”Ruokaa ja kahvia mahdollisimman pian”

”Minulla on paljon rajoituksia”

Kivunhoito

Hyvä kivunhoito oli tutkittavien toiveena jo ennen toimenpidettä. Kivunhoitoon liittyviä ilmauksia oli toimenpiteen jälkeen useita. Kivunhoidon ohjausta asiakkaat saivat hyvin, mutta kyky vastaanottaa tietoa muutama tunti leikkauksen jälkeen oli rajallinen. Yksi asiakkaista oli ollut niin kipeä, ettei pystynyt pyytämään lisälääkettä, koska kipu esti vetämästä hoitajakutsulaitteen narua. Riittämätön kivunhoito havaittiin vasta aamulla, kun menin tapaamaan

asiakasta opinnäytetyöhöni liittyen. Asiasta soitettiin leikkaneelle lääkärille, jonka luvalla asiakkaalle haettiin vahvempaa kipulääkettä ensiavusta ja tilanne saatiin hallintaan.

”Syvään hengittäminen kivuliasta”

”Ruokaillut huoneessa, koska ei kivun vuoksi pystynyt liikkumaan”

”Ollut tosi kipeä, nukkunut huonosti”

”Lääkkeitä riittävästi mukaan”

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hyvän kivunhoidon perusta, kivun mittaaminen, on puutteellista. Kehitettyä potilasopasta ”Kivunhoito leikkauksen jälkeen” ei käytetty eivätkä asiakkaat muistaneet kaikkea saamastaan suullisesta kivunhoidon ohjauksesta.

Leikkaus- ja anestesiayksikön tilat

LAY:n tiloihin kohdistui useita toiveita ja tarpeita, joskin myös hyviä puolia löytyi. Tilat koettiin epäkäytännöllisiksi ja ahtaiksi. Varsinkin aamuisin on ruuhkaa ja apuvälineillä liikkuminen on haasteellista. Odotusaula oli pieni ja levoton, asiakkaat ruokailivat ja heidät kotiutettiin samassa tilassa. Odotusaulaan toivottiin tekemistä. Esilääkityt potilaat olivat paareilla kapealla käytävällä, minkä varrella oli myös henkilöstön WC. Saattaja joutui nousemaan ja siirtämään tuoliaan joka kerta kun joku kävi WC:ssä. Asiakkaiden haastattelutila on rauhallinen, mutta pieni. Heräämö II:sta toivottiin olohuonetyyppistä ja viihtyvyyden lisäämistä, nykyiset nojatuolit koettiin epämiellyttäväiksi ja tila vetoisaksi.

Potilashotellin tilat

Tutkittavat toivoivat potilashotellin tiloilta rauhallisuutta, yksityisyyttä, kodikkuutta ja vapautta. Huoneiden toivottiin olevan yhden, korkeintaan kahden hengen huoneita. Miehiä ja naisia ei toivottu samaan huoneeseen. Asiakkaat toivoivat tekstiilejä viihtyvyyden lisäämiseksi ja kaiun vähentämiseksi. Hoitajakutsulaitteita toivottiin jo ennen hoitoprosessia, joskin niiden sijainti paljastui huonoiksi. Huoneet koettiin liian valoisiksi, toisaalta taas valoakin tarvittiin esim. laskimokanyylin laitossa. Radio oli sähisevä ja W-LAIN yhteys huono. Kaikki tutkittavat kaipasivat ovien sähköistämistä, sillä ovista kulkeminen tippatelineen kanssa ja paareilla oli hankalaa, jopa vaarallista. Huoneet olivat

viileitä. Potilashotelliin tullaan toimenpiteestä ensiavun kautta, mikä koettiin hieman kiusallisena. Potilashotellin sijainti suhteessa toimenpideyksiköihin koettiin hyvänä, koska välimatka on lyhyt. Samoin asiakkaat kokivat keskeisen sijainnin hyvänä. Lisäksi toivottiin pimennysverhoja, vilutakkeja ja vilttejä, televisioita, pistorasioita, sairaalasänkyjä ja ajanvietettä.

”Ei miehiä ja naisia samaan, pissaaminen ujostuttaa”

”Kolmen hengen huoneesta tullut palautetta”

”Joillekin asiakkaille yhden hengen huone on välttämättömyys”

”Vilutakit olisivat hyviä ja koko sairaalaan sais tulla uudet potilasvaatteet”

”Uudempi televisio, siellä ei näy ko kolme kanavaa”

”Tilat eivät ole hoidolliselle toiminnalle tarkoituksenmukaiset”

”Sänkyjä täytyy siirtää jyräämällä”

6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Kokemukset Hoidollisesta potilashotellista

Kokemukset Hoidollisesta potilashotellista olivat myönteisiä. Osa henkilökunnan edustajista toi esille, että aluksi oli suhtautunut epäillen palveluun ja ajatellut sen lisäävän omaa työmäärää, mutta hoidon järjestäminen ei ole ollutkaan vaikeaa.

”Tää potilashotelli on positiivinen yllätys, paljon kivempi ku tuo jäykkä osastohomma tuola. Niin paljo kivempi on tätä kautta tulla tänne”

”Ihan älyttömän hyvä palvelu, eihän mulla kiinnostais mennä tämän kuntosena osastolle, loistavaa että pääsee tällälaila. Tämmöselle sairaalakammoselle ihmiselle vielä niin...”

”Loistopaikka. Sain mitä hain, kahvit ja rauhaa”

”Ko eihän se sen intensiivisempää hoitoa tarvi kuitenkaan”

”Minusta tuo on hyvä ko on tuo potilashotelli ko ajattelee että rasittas vuodeosastoa”

Kokemukset kehittämiseen osallistumisesta

Kehittämiseen osallistuminen koettiin myös pääsääntöisesti mielenkiintoisena ja myönteisenä, osa henkilökunnasta koki havainnoitavana olemisen kiusallisena.

”Tämä oli mielenkiintoinen päivä”

”Kiitos, oli ihan mielenkiintoista näin potilaanki kannalta, avas vähän silmiä..”

”Tästä on ollu mulle iso hyöty, varmaan isompi ko sulle”

Tutkimusten mukaan potilaat haluavat olla mukana kehittämässä palveluita ja vaikuttamassa hoitoonsa (Bernabeo & Holmboe 2013, 250–258; Williamson 2014, 4–16). Tästä huolimatta palvelun tarjoajat eivät ole kiinnittäneet tähän mahdollisuuteen riittävästi huomiota ja potilaan rooli on edelleen passiivinen hoidon vastaanottaja. Palvelut pitää muotoilla uudelleen potilaan kanssa, mutta se vaatii aikaa, suunnitelmallisuutta ja innovatiivisuutta. (Bernabeo & Holmboe 2013, 250–258.) Potilaiden osallistumisen palveluprosessien uudistamiseen ja suunnitteluun on todettu parantavan myös potilasturvallisuutta (Longtin ym. 2010, 53–62).

Toiveet ja kehittämissuhteet ennen ja jälkeen palvelukokemuksen

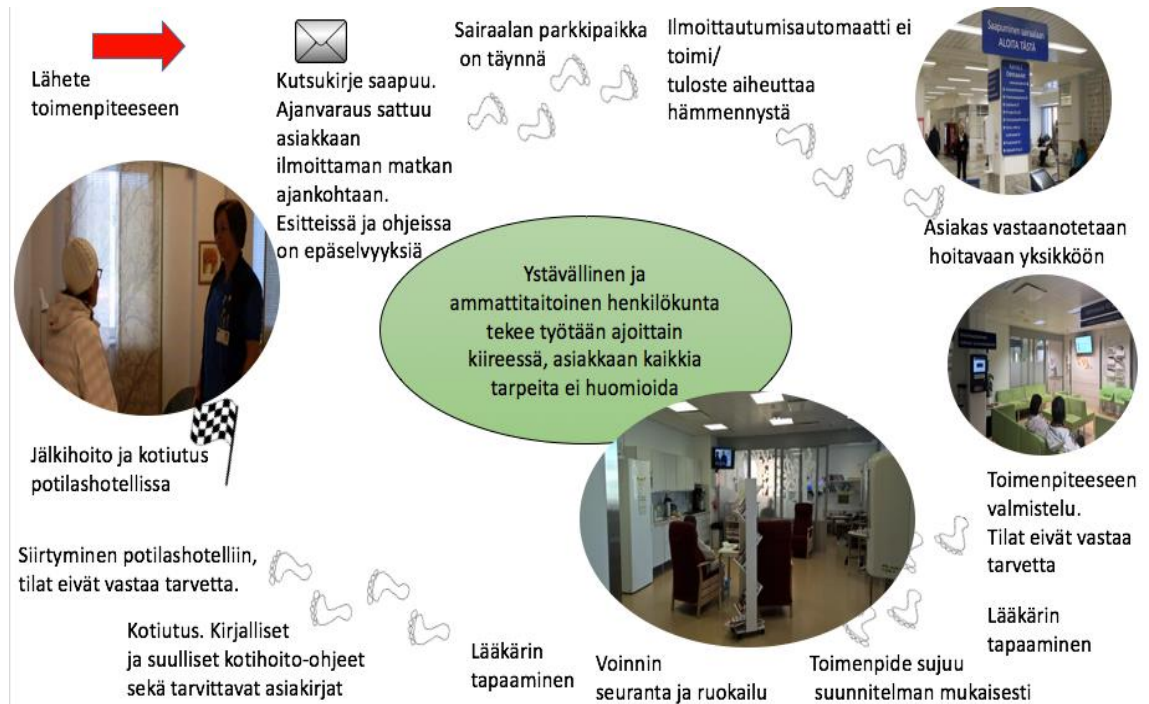
Tutkittavien toiveet eivät muuttuneet palvelukokemuksen jälkeen. Palvelun jälkeen he tuottivat luonnollisesti enemmän kehittämiskohteita ja -ideoita kuin toiveita. Palvelun jälkeen asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja vaikuttivat helpottuneilta, kun pääsivät kotiin.

Palvelumuotoilun soveltuminen kehittämismenetelmäksi

Opinnäytetyössä tuli esille palvelumuotoilun erinomainen soveltuvuus kehittämismenetelmänä terveydenhuollossa. Asiantuntijoiden kehittämät ohjeistukset, prosessit ja toimintatavat eivät ole käyttäjien toiveiden ja tarpeiden mukaisia. Ottamalla käyttäjät mukaan kehittämiseen ja prototypoinnilla saavutamme laadukkaat palvelut, jotka vastaavat käyttäjien todellisiin tarpeisiin. Wetter-Edman ja Moritz (2015, 1) toteavatkin, että palvelumuotoilun rooli tällä hetkellä meneillään olevassa julkisen terveydenhuollon muutoksessa kohti asiakaslähtöisiä palveluita on merkittävä.

Toteutunut avohoitopalveluprosessi

Tulosten perusteella kuvasin toteutuneen avohoitopalveluprosessin (kuvio 7). Avohoitopalveluprosessit kuvasin asiakkaan näkökulmasta, koska asiakkaan näkökulma on toiminnan lähtökohta ja myös eettiset syyt estävät tulosten erittelyn.



Kuvio 7. Toteutunut avohoitopalveluprosessi (Mäki Sari 2016)

Käyttäjälähtöinen, yhteiskehitetty avohoitopalveluprosessi

Esille tulleiden toiveiden ja tarpeiden sekä kehittämiskohteiden ja -ideoiden perusteella kuvasin yhteiskehitetyn, käyttäjälähtöisen avohoitopalveluprosessin (kuvio 8).



Kuvio 8. Käyttäjälähtöinen avohoitopalveluprosessi (Mäki Sari 2016)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

7.1.1 Avohoitopalveluprosessiin kohdistuvat toiveet ja tarpeet

Asiakkaat ja henkilöstön edustajat toivat hyvin esille avohoitopalveluprosessiin liittyviä toiveita ja tarpeita. Kaikkiin prosessin vaiheisiin kohdistuviksi tarpeiksi nousi tiedonsaanti, tuen saanti, ammatillisuus ja osaaminen sekä palvelun sujuvuus.

Asiakkaat toivat esille tiedon tarpeensa ja he myös saivat paljon tietoa. Jännittäminen, tiedon suuri määrä ja sen antamisen ajankohta todennäköisesti olivat syynä siihen, että osa ohjauksesta unohtui. Tiedon antaminen koettiin ammatilliseksi haasteeksi. Pohdintaa aiheutti annettavan tiedon määrä ja asiakkaan kyky omaksua tietoa. Asiakkaan saama tuki ja kuulluksi tuleminen lisäsivät turvallisuuden tunnetta ja luottamusta. Mikäli oli havaittavissa, että asiakas ei tullut kuulluksi, aiheutti se asiakkaassa suuttumusta tai hätääntymistä. Näihin tilanteisiin asiakkaat palasivat kotiutuksen jälkeisessä keskustelussa.

Yksityisyys ei toteutunut kaikilta osin. Leikkaus- ja anestesiayksikön (LAY) ja potilashotellin tilojen puutteellisuus ja potilashotellin sijainti eivät tukeneet yksityisyyttä. LAY:n asiakkaat ruokailevat ja heidät kotiutetaan odotustilassa, missä toiset asiakkaat odottavat vuoroaan. Samoin henkilöstön WC on saman käytävän varrella, missä esilääkityt asiakkaat odottavat toimenpidettä. Käytävä on ahdas ja omainen joutui nousemaan tuoliltaan joka kerta kun joku meni WC:hen. Henkilöstön edustajat kokivat päivystyspoliklinikan läpi potilashotelliin kulkemisen yksityisyyden ja turvallisuuden kannalta hankalana. Asiakkaat eivät ottaneet esille yksityisyyden puutteita. Lähes kaikille tutkimuksen asiakkaille oli järjestetty potilashotelliin oma huone, mistä he olivat tyytyväisiä. Vain yksi asiakkaista oli sijoitettuna kolmen hengen huoneeseen.

Osaamiseen ja ammatillisuuteen liittyviä toiveita ja tarpeita toivat esille sekä henkilöstön edustajat että asiakkaat. Aikaisemmilla kokemuksilla oli vaikutusta esitettyihin toiveisiin, ikävät kokemukset muistettiin ja niistä kerrottiin. Tutkittavat

odottivat henkilökunnalta hyvää ammattitaitoa ja ammatillista käytöstä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajan ei saisi kysyä hoito-ohjeita asiakkaalta. Mahdollisesti ajatellaan asiakkaalta ohjeiden kysymisen vaikuttavan asiakkaan arvioon henkilön ammattitaidosta, vaikka toisaalta kysymällä vahvistetaan asiakkaan roolia hoidon subjektina ja varmistetaan myös ohjauksen onnistuminen.

Tutkittavat avohoitopalveluprosessit sujuivat kokonaisuutena kohtuullisen hyvin, eivätkä esim. odotusajat olleet pitkiä. Tähän syynä voi mahdollisesti olla se, että monia prosesseja on käyty jo aikaisemmin läpi ja silloin havaitut hukat on poistettu. Toisaalta myös tutkimustilanne ja havainnoitavana oleminen voivat vaikuttaa siten, että prosessiin panostettiin normaalia enemmän. Kuitenkin prosessista löytyi tekijöitä, jotka vaativat hiomista ja kehittämistä.

7.1.2 Avohoitopalveluprosessin kehittämiskohteet ja ideat

Tutkittavat tuottivat kehittämiskohteita ja -ideoita eri palveluprosessin vaiheisiin. Lähetteeseen toivotti tietoa tulevaan tutkimukseen liittyvistä laboratoriotuloksista, mikä helpottasi hoidon suunnittelua. Lähetteeseen toivottiin tietoa asiakkaan aikataulutoiveista, mikä osaltaan vähentäisi peruutuksia. Tässä yhteydessä asiakasta ohjattaisiin ilmoittamaan välittömästi, mikäli hänelle tulee toiveita ajanvarauksen suhteen. Peruutusten vähentämiseksi ehdotettiin myös kirjaamisen kehittämistä, aikataulutoiveet kirjattaisiin aina samaan, yhteisesti sovittuun paikkaan. Tällainen paikka voisi olla esimerkiksi hoitosuunnitelma, mikä avattaisiin aina lähetekäsittelyn yhteydessä. Tällä hetkellä peruutuksien määrä on vuositasolla sama kuin yhden poliklinikan käyntien määrä. Tämänkin kehittämistutkimuksen yhdeltä asiakkaalta ajanvaraus oli peruuntunut kolme kertaa ja kahdella asiakkaalla peruuntuminen oli tapahtua vielä toimenpidepäivänäkin.

Ajanvaraus koettiin monimutkaiseksi ja kutsukirjeeseen liittyviä kehittämissuhteita oli useita. Kutsukirjeet koettiin liian laajoiksi, niihin toivottiin vain kaikkein oleellisinta tietoa. Kutsukirjeen yhteystiedoissa oli epäselvyyksiä, kirjeessä oli ensimmäisenä potilashotellin yhteystiedot, joten asiakkaat soittivat ensin sinne yrittäessään perua aikaansa. Kutsukirjeen

mukana tulleissa ohjeissa ja esitteissä oli myös epäselvyyksiä. Tiedot olivat osin vanhentuneita, ohjeet ristiriitaisia ja niitä ymmärrettiin väärin. Kutsukirjettä, esitteitä ja tutkimusohjeita olisi syytä kehittää yhdessä asiakkaiden kanssa ja päivityksestä huolehtia säännöllisesti, sillä ohjeiden ristiriitaisuus ja vanhentuneet tiedot aiheuttavat turhaa hämmennystä ja selvittelyä. Myös olemassa olevan e-kirjeen hyödyntäminen vaikuttaisi olevan puutteellista.

Lapin sairaanhoitopiirin alueen pitkät etäisyydet vaikuttavat hoidon suunnitteluun. Yli 400 km:n matka ei taitu hetkessä, mikä täytyy huomioida kaikessa hoidon suunnittelussa. Henkilökunnan edustajien mukaan asiakkaille pyritään varaamaan iltapäiväaikoja ja soittoaikoja tilanteen mukaan. Tulevaisuudessa digitalisaation hyödyntäminen ja riittävän suuri potilashotelli voisivat osaltaan helpottaa tätä haastetta.

Osalla asiakkaista oli ongelmia itseilmoittautumisautomaatin kanssa. Automaatti ei ollut toiminnassa tai tuloste aiheutti epäselvyyttä. Kaikissa yksiköissä automaatti ei ole käytössä ja nämä yksiköt eivät kirjaudu tulosteeseen, jolloin asiakas voi ohjautua väärään paikkaan. Tulosteessa on maininta, että asiakkaan tulee toimia kutsukirjeen mukaisesti, mutta ainakaan tässä tutkimuksessa asiakas ei ollut mainintaa havainnut. Tutkittavat toivoivat, että ilmoittautumisen voisi tehdä ihmiselle, jolloin epäselvät asiat voisi kysyä heti. Henkilöstön edustajien mukaan asiakkaiden epäselvyydet tulosteiden kanssa ovat päivittäisiä.

Opastuksen epäselvyydet ja puutteet tulivat tutkimuksessa esille. Osalle asiakkaista sairaala oli tuttu, mikä helpotti liikkumista. Henkilöstön edustajat toivat esille, että asiakkaat eivät löydä eri yksiköihin, vaan tarvitsevat opastusta ja saattelua. Kehittämisehdotuksena toivottiin viivoja lattiaan, joita pitkin asiakkaat olisi helppo ohjata paikasta toiseen.

Raportointiin ja kirjaamiseen toivottiin parannusta ja selkeyttä. Hyvät kirjalliset ja suulliset hoito-ohjeet antavat lisäarvoa palveluprosessin seuraavaan vaiheeseen ja parantavat potilasturvallisuutta. Toisaalta suullisen raportoinnin

toivottiin olevan vain oleellisen tiedon kertomista, koska tiedot pitää löytyä tarvittaessa hoitosuunnitelmasta tai hoitotyön yhteenvedosta.

Tupakoimatta olo aiheutti vaikeuksia. Asiakas koki tupakatta olo ajan pitkäksi, eivätkä hänelle auttaneet tarjotut nikotiinikorvaushoidot. Asiakas tiedosti, ettei saisi tupakoida ennen toimenpidettä, mutta hän kertoi ottavansa tietoisesti riskin. Tutkimusten mukaan tupakointi lisää selkeästi leikkauksen jälkeisiä ongelmia ja tuleva leikkaus lisää motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen. Suositeltavaa olisi lopettaa tupakointi kuusi kuukautta ennen toimenpidettä, mutta myös 6–8 viikon tupakoimattomuudesta on todettu olevan hyötyä. (Puura 2000, 467–470; Lindgren 2013, 7–8.) Tämän tutkimustiedon nojalla voidaan pohtia, onko toimenpidepäivän tupakoimattomuudella enää merkitystä ja aiheuttaako asiasta puhuminen asiakkaassa vain lisähuolta ja syyllisyyttä. Asiaan pitäisi puuttua aikaisemmin. Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli on käytössä useissa sairaaloissa (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2016b).

Ruokailuun liittyviä toiveita ja kehittämisehdotuksia oli useita. Kahvia toivottiin saatavan niin pian kuin se on mahdollista, koska kahvittomuus aiheutti osalle päänsärkyä. Myös ruokaa toivottiin saatavan heti kun se mahdollista ja ruokiin toivottiin lisää valinnanmahdollisuuksia. Suolaisia syötäviä ja proteiinijuomia toivottiin lisättävän valikoimaan, koska kaikki eivät pidä makeasta.

Kivun voimakkuuden mittaaminen oli puutteellista. Hyvää kivunhoitoa toivottiin jo ennen toimenpidettä, mutta siihen liittyviä ilmauksia oli toimenpiteen jälkeen useita. Konttinen ja Hamunen (2015, 1921–1928) toteavatkin, että leikkauksen jälkeinen kipu on huolen aiheena 30-50%:lla potilasta. Asiakkaat saivat kivunhoidon ohjausta, mutta he eivät joko muistaneet siitä kaikkea tai asiat olivat jääneet epäselviksi. Sairaalassamme kehitettyä opasta ”Kivunhoito leikkauksen jälkeen” asiakkaat eivät saaneet. Kivun arviointi on hyvän kivunhoidon lähtökohta ja syynä riittämättömään kivunhoitoon on usein juuri se, ettei kivun voimakkuutta ole arvioitu (Konttinen & Hamunen 2015, 1921–1928).

Potilashotellin ja LAY:n tiloihin kohdistui useita toiveita. Toisaalta hyviäkin puolia tuotiin esille. Tilojen ahtaus ja soveltumattomuus tarpeeseen olivat suurimmat

haasteet. Tulevaisuuden potilashotelliin toivottiin yksimielisesti yhden tai kahden hengen huoneita sekä sellaista sijaintia, että yksityisyys ja turvallisuus toteutuisivat. Tutkittavat toivat esille viihtyvyyttä ja toimivuutta parantavia näkökulmia, joiden toteuttaminen ei ole vaikeaa eikä vaadi isoja investointeja, mutta ovat asiakkaan näkökulmasta hyvinkin merkityksellisiä.

Kaikki asiakkaat tapasivat lääkärin ennen toimenpidettä tai tutkimusta, mutta tapaamista toivottiin myös niiden jälkeen. Toimenpiteen jälkeisen tapaamisen ajankohta on syytä ajoittaa mahdollisuuksien mukaan seuraavalle päivälle. Lääkärin ammattitaitoon, ammatillisuuteen ja kollegiaalisuuteen kohdistui suuria odotuksia. Selkeästi lääkärin rauhallinen, kuunteleva suhtautuminen rauhoitti asiakasta, kun taas epäily hoidon tarpeesta aiheutti suuttumusta.

Kotiutus on yksi tärkeimmistä palveluprosessin vaiheista. Ero kodin ja sairaalaympäristön luoman turvan on suuri (Berg, Arestedt & Kjellren 2013, 1630–1638) ja sitä eroa pyritään kotiutuksella kaventamaan. Laadukas ohjausprosessi mahdollistaa itsehoidon ja kotona pärjäämisen. Haasteena ohjauksessa vaikuttaisi olevan asiakaslähtöisyys ja kirjallisten ohjeiden puuttuminen tai puutteellisuus. Rajalliset resurssit ja lyhyet hoitoajat voivat vaikuttaa siihen, että ohjaus annetaan rutiininomaisesti eikä asiakkaan sen hetkistä kykyä vastaanottaa tietoa huomioida. Omaisen mukaan ottaminen ohjaukseen tukee kotona pärjäämistä.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustyön eettisyyden pohtiminen alkaa aiheen valinnasta. Kehittämisen kohteen ja käytettävien tutkimusmenetelmien eettisyys täytyy miettiä huolellisesti jo ennen kehittämistoiminnan aloitusta. Terveystieteiden kehittämissuunnitelman päämääränä on potilaan hyvä. (Heikkilä ym. 2008, 44.)

Kehittämistyössä on tärkeää miettiä, kenen intressi kehittäminen ja sen onnistuminen ovat. Koko kehittämisprosessin ajan täytyy säilyttää tietynlainen kriittinen näkökulma. (Toikko & Rantanen 2009, 163–164.) Olen toiminut Avohoitopalveluiden liittäminen potilashotellitoimintaan -projektissa suunnittelijana ja toiminnan alettua jonkin aikaa yksikön lähiesimiehenä. Silti

koen, että intressinäni on ollut aito halu kehittää palvelua vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja tehdä palveluprosessista sujuva myös työntekijän näkökulmasta. Aluksi toimin kehittämisprosessissa sekä tutkijana että kehittäjänä, mikä edellytti tietoista eettistä ja omien intressien arviointia. Myöhemmin siirryttyäni toiseen työtehtävään roolini ei enää ollut niin kaksitahoinen, mutta lähes alusta saakka Hoidollisen potilashotellin suunnittelussa mukana olleena roolini kehittäjänä on väistämättä ohjannut ajatteluni.

Kehittämistutkimuksessa korostuu tieteen tekemisen ja organisaation eettiset säännöt (Ojasalo ym. 2009, 48). Opinnäytetyössäni olen noudattanut Lapin sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan laatimaa opinnäytetöiden eettistä ohjeistusta (Lapin sairaanhoitopiiri 2016d).

Tutkimuksen ja kehittämisen kohteena olevien ihmisten on tiedettävä, mikä on tutkimuksen tavoite ja mikä on heidän roolinsa tutkimuksessa. (Ojasalo ym. 2009, 48). Kävin esimiesinfossa kertomassa esimiehille opinnäytetyöstäni ja pyysin heitä tiedottamaan asiasta omassa yksikössään. Opinnäytetyöhön osallistuvien yksiköiden esimiehille laitoin vielä sähköpostia, että he kysyisivät suostumuksen henkilöstön edustajalta. Esimiehen suostumuksen ja henkilöstön edustajan nimen saatuaani laitoin vielä sähköpostitse tietoa kehittämistehtävästä. Henkilökunnan edustajat olivat puhelimitse yhteydessä asiakkaisiin ennen avohoitopalveluun saapumista.

Asiakkaan saavuttua sairaalaan tapasimme henkilökunnan edustajan kanssa hänet vastaanottavassa yksikössä. Molemmille osapuolille korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta, mahdollisuutta vetäytyä tutkimuksesta halutessaan sekä salassapitovelvollisuutta. Opinnäytetyöhön osallistumisesta pyrittiin tekemään mahdollisimman miellyttävä ja mukava luomalla rauhallinen ilmapiiri, tarjoamalla pullakahvit jne. Osallistuneille kerrottiin, milloin ja miten he saavat halutessaan tutustua opinnäytetyön raporttiin. Suostumus opinnäytetyöhön -lomake (liite 3) käytiin läpi ennen allekirjoitusta.

Tutkimustyön yhtenä eettisenä vaatimuksena on anonymiteetin säilyttäminen. Koska kyseessä on kehittämistutkimus ja tutkittavien määrä on pieni, on anonymiteetin säilyttäminen muodostunut jossain määrin eettiseksi ongelmaksi. Henkilökunnan edustajien osallistuminen on ollut useamman henkilön tiedossa ja siksi olenkin kiinnittänyt erityistä huomiota koko kehittämisprosessin ajan siihen, ettei paljastu kuka tutkittavista mitään on sanonut. Aineiston keräämisen ja kehittämistyön julkaisun aikaväli on yli puoli vuotta, mikä parantaa anonymiteetin säilymistä.

Tutkimustulokset olen raportoinut rehellisesti ja luotettavasti sekä siten, ettei tutkittavia voida tunnistaa. Tein aluksi sisällön analyysiä jokaisesta avohoitopalveluprosessista erikseen ja ajatuksena oli myös raportoida, mistä potilasryhmästä oli kyse. Myöhemmin päätin kuitenkin eettisistä syistä pitäytyä ilmaisussa ”Hoidollisen potilashotellin tavallisimmat potilasryhmät”, mitkä eivät ole samat kuin kustannusminimointianalyysissä käytetyt potilasryhmät, ja laitoin kaikki tutkitut potilasryhmät yhteen. Valokuvat olen ottanut tutkittavien avohoitopalveluprosessien jälkeen ja siten ettei siinä olevia henkilöitä tunnisteta. Kuvissa olleilta asiakkailta ja saattajilta pyydettiin kirjallinen lupa (liite 6) valokuvan käyttämiseen opinnäytetyössäni. Tutkin valokuvat huolellisesti ennen valintaa, ettei niistä varmasti voida tunnistaa asiakkaita. Tutkimusaineiston olen säilyttänyt huolellisesti niin, ettei kenelläkään ole ollut mahdollisuutta saada sitä käsiinsä. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta ja laatua tarkastellaan reliabiteetin ja validiteetin avulla. Reliabiteettia tarkastellessa pohditaan, onko tulokset pysyviä, jos tutkimus uusitaan ja validiteettia tarkastellessa sitä, onko tutkittu oikeita asioita (Kananen 2014, 146–147.) Kehittämistutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan sen mukaan, mitä menetelmiä siinä on käytetty. Mikäli on käytetty laadullisen tutkimustyönmenetelmiä, arvioidaan luotettavuutta sen kriteeristöllä. Laadullisen tutkimustyön kriteerejä ovat vahvistettavuus, arvioitavuus, ristiriidattomuus ja saturaatio. Opinnäytetyöni vahvistettavuutta lisäsi usean tutkimusmenetelmän käyttäminen ja aikaisimmista tutkimuksista saatu tuki.

(Kananen 2014, 152; Kananen 2015, 112–113.) Havaitsin tuloksia tarkastellessani ja eri aihealueiden teorian tietoon tutustuessani, että johtopäätökseni eivät olleet kaikilta osin riittäviä ja palasin niihin uudelleen. Esimerkiksi tutustuminen tarkemmin potilasohjaukseen ja kivunhoitoon liittyvään teorian tietoon, auttoi ymmärtämään mitä niiden olisi pitänyt pitää sisällään.

Arvioitavuus eli riittävä dokumentaatio tutkimuksen kaikista vaiheista parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Kehittämisen prosessin aikana pidin päiväkirjaa prosessin toteutuksesta, että voisin raportoida sen mahdollisimman tarkasti. Varsinkin sisällön analyysin olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkoin. Olen raportoinut ajankäytön ja häiriötekijät sekä tehnyt itsearviointia onnistumisesta. Havainnoinnin ja ryhmäkeskustelujen paikat ja olosuhteet on myös raportoitu. (Hirsijärvi ym. 2010, 232–233; Kananen 2014, 153.)

Tulkinnan ristiriidattomuuden eli sisäisen validiteetin saavuttaminen on laadullisessa tutkimuksessa haasteellista, sillä näkökulman vaihtaminen voi muuttaa tulkintaa. Saturaatio eli kylläntyminen vahvistaa luotettavuutta, mitä saavutin tietyiltä osin hyvin. Havainnoitavia avohoitopalveluprosesseja oli vain neljä, joten pari muuta potilasryhmää olisi vahvistanut tunnetta kylläntymisestä. (Kananen 2014, 153–154.)

Havainnoinnin kohteena oleminen vaikutti henkilökunnan käytökseen. Yksi toi esille, ettei halua olla havainnoinnin kohteena ja hänen osaltaan lopetimme havainnoinnin lyhyeen. Osalla havainnoinnin kohteena oleminen jännitti, osa suhtautui luontevasti. Todennäköisesti jotkut tekivät työnsä normaalia huolellisemmin ja käyttivät enemmän aikaa asiakkaan ohjaamiseen kuin tavallisesti. Kahden henkilökunnan edustajan työpäivä päättyi ennen kotiutusta, joten jouduimme siirtämään heidän osaltaan loppukeskustelun seuraavalle päivälle. En usko sen kuitenkaan vaikuttaneen juurikaan tutkimustuloksiin.

Roolini havainnoijana piti olla osallistuva vai siltä osin, että vastaan, mikäli asiakkaalla on kysyttävää. Kuitenkin jouduin asiakkaan ollessa kipeä, puuttumaan hoitoon sen verran, että kerroin hoitohenkilökunnalle kivusta ja

toimintamallista tuossa tilanteessa. Ryhmäkeskusteluissa jouduin hienotunteisesti muistuttamaan tutkittavia ja itseänikin, että kyseessä on toivelistatekniikka, eikä meidän tarvitse pohtia toiveen mahdollisia esteitä. Ryhmäkeskustelut nauhoitettiin, mikä osaltaan lisää luotettavuutta.

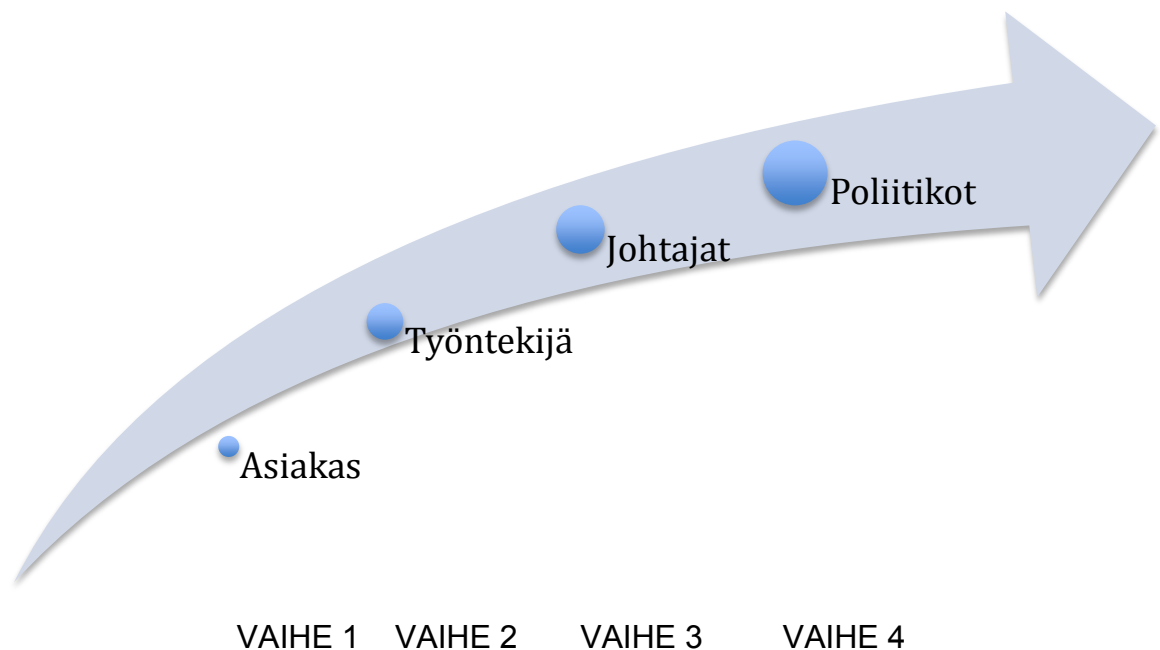
7.3 Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen

Laadullisen tutkimustyön tuloksia ei voida yleistää (Kananen 2014, 19), mutta triangulaatio lisää tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä vastaavissa olosuhteissa ja organisaatioissa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirin avohoitopalveluprosessin kehittämisessä, Lapin keskussairaalan tilasuunnittelussa ja muidenkin terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli saada Lapin sairaanhoitopiirin avohoitopalveluprosessista, jonka uutena osana Hoidollinen potilashotelli on, käyttäjälähtöinen ja näkyvä. Onnistumisen mittarina voidaan pitää avohoitopalveluprosessin käyttäjien tyytyväisyyttä prosessin sujuvuuteen sekä Hoidollisen potilashotellin käyntimäärien kasvua tavoitteiden mukaiseksi, jolloin vuodeosastojen kuormitusprosentit laskisivat suositusten mukaiselle tasolle. Keskussairaalan laajennuksen yhteyteen suunnitellun 40-paikkaisen potilashotellin ja muiden palveluiden uudistamisen myötä vuodeosastopaikkoja voidaan todennäköisesti edelleen vähentää tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen mukaisesti integroida perustason palveluiden kanssa.

Hoidollisen potilashotellin avohoitopalvelu toimintamallina ei ole vielä vakiintunutta toimintaa. Toimintaa on toistaiseksi jatkettu ja kehitetty, mutta vasta pidemmän aikavälin seuranta osoittaa sen todelliset hyödyt. Hoidollisen potilashotellin kehittämisprosessin etenemismallia voisi kuvata Toikko & Rantasen (2009, 68–69) mukaan ns. tasamallin mukaisesti, missä kehittämisprosessi etenee tasolta toiselle, alhaalta ylöspäin (kuvio 9). Ensimmäisellä tasolla palvelun käyttäjät arvioivat palvelun hyviä ja huonoja puolia omien kokemustensa perusteella (vaihe 1). Toisella tasolla saatu palaute

esitellään muulle henkilöstölle, joiden pyrkimyksenä on pohtia arvioiden taustaa ja perustaa sekä antaa palautetta omasta näkökulmastaan (vaihe 2). Seuraavaksi saatu palaute esitellään hallintojohdolle (vaihe 3). Neljännellä tasolla käyttäjiltä, henkilöstöltä ja hallintojohdolta saatu palaute esitellään poliittisille päättäjille, jotka päättävät toiminnan jatkumisesta ja kehittämisen suunnasta (vaihe 4).



Kuvio 9. Alhaalta ylöspäin etenevä kehittämisprosessi (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 68)

Opinnäytetyön tutkimustulokset on tarkoitus esitellä esimiesinfossa ja pyytää samalla palautetta Hoidollisen potilashotellin toiminnasta. Tämän jälkeen tulokset esitellään sairaanhoitopiirin johtoryhmässä, mistä asia etenee edelleen yhtymähallitukseen, kun on päätösten tekemisen aika. Alustavasti olen keskustellut Hoidollisen potilashotellin lähiesimiehen kanssa tuloksista ja kehittämisideoiden toteutuksesta. Osa löytyneistä kehittämiskohteista on helppo toteuttaa, mutta osa jää odottamaan toisia kehittämisprosesseja ja sairaalan laajentamista.

Toimintamallina Hoidollinen potilashotelli ei ole vaatinut suuria muutoksia käytänteissä, vaan kaiken kaikkiaan kysymys on melko pienistä muutoksista toimintatavoissa. Aina kuitenkin uusi tapa toimia vaatii järjestelmällistä

tiedotusta, sitouttamista ja aikaa. Tällä hetkellä toimin kirurgisen vuodeosaston vs. osastonhoitajana ja olen havainnut, että edelleen asiakkaat ohjautuvat vuodeosastolle potilaiksi, vaikka heidät olisi voitu hoitaa potilashotellin avohoitopalvelussa. Tähän opinnäytetyöhön osallistuneet todennäköisesti muistavat Hoidollisen potilashotellin hoitopaikkavaihtoehtona, mutta he eivät ole ainoita, jotka osallistuvat päätökseen hoitopaikan valinnasta.

Hoidollinen potilashotelli on osoitus siitä, kuinka palveluita voidaan järjestää totutusta poiketen, käyttäjälähtöisesti ja silti kustannustehokkaasti. Potilasmäärät ovat vielä pieniä, mutta tämä on hyvä alku kehitys- ja innovaatiomyönteisen ilmapiirin luomisessa työyhteisöön. Mielestäni siinä olemme onnistuneet, Hoidollinen potilashotelli on yhteinen juttu.

7.4 Opinnäytetyöprosessista opittua

Oman osaamisen kehittäminen ja tutkimustyön tekeminen on ollut aikaa vievää ja ajoittain raskastakin. Uuden haasteellisen työn, opiskelun ja henkilökohtaisen elämän yhteensovittaminen on vaatinut jatkuvaa priorisointia, mutta olen kokenut tutkimustyön tekemisen kuitenkin antoisana ja mielenkiintoisena. Opinnäytetyöprosessi on edennyt pikkuhiljaa, selkeytyen ja saavuttaen lopullisen muotonsa.

Työelämän kehittäminen ja esimiestyökoulutuksen kompetenssien osa-alueita ovat asiantuntija-, johtamis-, tutkimus- ja kehittämisosaaminen. Koulutuksen tavoitteena on kouluttaa asiantuntijoita, joiden substanssiosaamisen avulla edistetään väestön terveyttä ja hyvinvointia. (Lapin ammattikorkeakoulu 2015.) Koen saavuttaneeni kompetenssit niiltä osin, kuin se on koulutuksen pituus huomioiden mahdollista. Opinnäytetyön tekeminen ei ole vain syventänyt tutkimus- ja kehittämisosaamistani, vaan auttanut pääsemään helikopterin kyytiin, ymmärtämään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen laaja-alaisuuden, palvelukokonaisuuden sekä oman roolini tässä kokonaisuudessa asiantuntijana, kehittäjänä ja esimiehenä.

7.5 Kehittämisehdotukset työelämälle

Muutosprosessin vieminen käytäntöön on haasteellisempaa kuin muutokseen perustuvan tutkimusprosessin toteuttaminen. Muutostarpeet on nyt kartoitettu ja varsinainen kehittämistyö voi alkaa. (Kananen 2015, 74.) Toivon mukaan opinnäytetyössä esille tulleet toiveet ja tarpeet hyödynnetään palveluita järjestettäessä Lapin sairaanhoitopiirin strategisten linjauksien mukaisesti.

Jatkossa avohoitopalveluprosessia voisi kehittää edelleen moniammatillisessa yhteistyössä asiakkaan kanssa esiin tulleiden kehittämiskohteiden osalta. Moniammatillinen yhteistyö ja asiakkaiden mukaan ottaminen kehittämiseen synnyttää tehokkaampia palvelumalleja ja samalla parantaa asiakkaiden kokemaa palvelun laatua. (Virtanen ym. 2011, 8). Sairaalamme Hukkahaavi- ja Kaizen työskentelyyn voitaisiin ottaa mukaan asiakkaat ja yhteiskehittelyn avulla saavuttaa prosesseihin todellinen asiakaslähtöisyys. Yhteistyöllä perusterveydenhuollon ja yksityissektorin kanssa voitaisiin Hoidollisen potilashotellin toimintaa edelleen laajentaa.

Muita jatkokehittämis- ja tutkimusaiheita:

- Miten asiakkaan kokonaisvaltainen hoito toteutuu? Mitkä tekijät estävät ja mitkä edistävät asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista?
- Kivun mittaamisen ja kirjaamisen vaikutus toteutuneeseen kivunhoitoon
- Ohjauksen asiakaslähtöisyyden kehittäminen
- Ajanvarauskirjeen, esitteiden ja ohjeiden kehittäminen yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin käyttöönotto

LÄHTEET

- Aalto A-M., Manderbacka K., Muuri A., Karvonen, S., Junnila M. & Pekurinen M. 2016. Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalveluiden uudistamisesta? Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2016:4. Viitattu 3.7.2016 <http://www.julkari.fi/handle/10024/130233>.
- Aaltonen A., Kalliokuusi, V., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2014. Luonnos terveydenhuollon käsittemalliksi. Kohti käsittemallin tavoitetilaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisarkkitehtuuryössä. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. 2014:29. Viitattu 04.12.2015. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116298/THL_TP_29_2014_web_uusi%20\(1\).pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116298/THL_TP_29_2014_web_uusi%20(1).pdf?sequence=1).
- Ahola, H. & Vainio S. (toim.) 2015. Oikeita palveluita oikeaan aikaan. Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen? Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013–2016 (PPPR). Viitattu 6.11.2016 https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/pppr-julkaisu_netti.pdf.
- Alanen, S. 2003. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Berg K., Arestedt K. & Kjellgren K. 2013. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int J Nurs Stud.* Dec;50(12):1630-1638.
- Bernabeo, E. & Holmboe ES. 2013. Patients, providers, and systems need to acquire a specific set of competencies to achieve truly patient-centered care. *Health Aff (Millwood).* Feb; 32(2): 250–258.
- Bouam, S., Gaucher, S., Matrella, F., Cappiello, F., Frenkiel, J. & Bethoux, JP. Increasing ambulatory surgery potential by non-medicalized accommodation: matched comparison of the 2011 national hospital activity data to 66 local stays. *J Visc Surg.* 2014 Sep; 151(4): 263–268.
- Brandter, T. & Torbjörn, K. 2016. The combination of Lean and Service Design – development of a communication tool for healthcare services. KTH Industriell teknik och management. Stockholm, Sweden. Master of Science Thesis.
- Broughton, E. 2011. The 'how' and 'why' of cost-effectiveness analysis for care pathways. *International Journal of Care Pathways* 15: 76–81.
- Brown, T. 2009. *Change by Design*. New York: HarperCollins Publishers.
- Clark, DM., Silvester, K. & Knowles S. 2013. Lean management systems: creating a culture of continuous quality improvement. *J Clin Pathol* 66: 638–643.

- Dahlgren, L. & Lycke, K. 2015. Service Design in user-centered healthcare – The case of child obesity. University of Gothenburg. Master thesis, master program in business & design.
- Dean, M. 2014. A Pathway for Patients. Quality Progress. Feb, 26–32.
- Duarte, J. & Guerra, A. 2012. User-Centered Healthcare Design. Procedia Computer Science No 14, 189–197.
- Farmer, J. & Nimegeer, A. 2014. Community participation to design rural primary healthcare services. BMC Health Serv Res. Mar 21; 14:130.
- Føreland, N. 2009. Internt pasienthotell, et alternativ til sengepost ved innleggelse i sengepost? Nordic Council of Ministers. Nordic School of Public Health NHV. Independent thesis Advanced level. Student thesis.
- Gaucher, S., Cappiello, F., Bouam, S., Damardji, I., Aissat, A., Boutron, I. & Béthoux, JP. 2013. Day surgery: Results after restructuration of a university public general surgery unit. J Visc Surg. Jun:150(3): 213-217.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveystalolla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, J., Jantunen, S., Kurki, A-L., Mäkelä, T., Naaranoja, M., Pekkarinen, L., Piippo, J., Saarisilta, J., Sankelo, M., Sinervo, T., Sulander, J., Suomi, A., Tuomivaara S., Tuulaniemi, J. & Valtanen, E. 2015. Osallistuvan innovaatiotoiminnan johtaminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät sosiaali- ja terveystalalan muutoksessa – yhteenveto tutkimuksen tuloksista. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä J. (toim.) Yhdessä Innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveystalalan muutoksessa. Osuva-tutkimushankkeen loppuraportti. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 260–268.
- Hennala, L. 2011. Kuulla vai kuunnella – Käyttäjää osallistavan palveluinnovoinnin lähestymistavan toteuttamisen haasteita julkisella sektorilla. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Väitöskirja.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Jauhiainen, A. & Sihvo, P. 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalveluiden käyttöönotto – malli käyttöönotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 7:4, 210–220.
- Implenia 2015. Implenia builds Switzerland's first patient hotel - Unusual building construction project officially begins today with laying of foundation stone | Implenia hired as total contractor | Reference project for Implenia's capabilities in healthcare property. News Bites – Engineering June 24, 2015.

- Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Jorma, T., Tiirinki, H., Bloigu, R. & Turkki, L. 2016. "Lean-thinking in Finnish healthcare". *Leadership in Health Services* 29, 9–36.
- Junnila, M., Hänninen, S., Karvonen, S., Keskimäki I., Kokko, S. & Pekurinen, M. 2010. Palvelujen järjestämisen uudet vaihtoehdot – arviointikehikko. Teoksessa Klavaus, J. (toim.) *Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitosten avauksia 2010:2*. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 3.7.2016 <http://www.julkari.fi/handle/10024/80363>.
- Jäppinen, T. & Sallinen, S. 2012. Kuntalainen palveluiden kehittäjänä. *Uudistuva kunta 2017*. Kuntaliitto. Viitattu 02.12.2015 http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2762.
- Järvinen, T. & Roine, R. 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen säästöt vaativat priorisointia. *Suomen Lääkärilehti* 6, 294–295.
- Kaakinen, P., Ervasti, H. & Kääriäinen, M. 2016. Quality of counselling for knee and shoulder arthroscopy patients during day surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. Available online 23 June 2016. Viitattu 1.10.2016 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878124116300624>.
- Kalliokoski, J. 2014. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa: Mikkelin seudulla asuvien palvelukokemuksia. Helsingin yliopisto. Valtiotieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 04.1.2016 <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/144300>.
- Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu –sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu –sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu –sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kauhanen, A. & Valkonen, T. 2015. "Huomioita sote-uudistuksesta". ETLA Muistio No 40. Viitattu 3.7.2016 <http://pub.etla.fi/ETLA-Muistio-Brief-40.pdf>.
- Kauppi T. & Tuulonen A. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

raportteja ja muistioita 2016:5. Viitattu 3.7.2016
<http://www.julkari.fi/handle/10024/129810>.

Koivisto, M. 2007. Mitä on palvelumuotoilu? – Muotoilun hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa. Taideteollinen korkeakoulu. Taiteen maisterin lopputyö.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. Koivuniemi, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Konttinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131(20):1921–1928.

Krishnan, V., Maki, K., Castillo, E. & Guss, D. 2013. Service Design for Improved Satisfaction: Decoding the Mechanism for Impact of Patient Callback in Emergency Healthcare. Service Science Vol. 7 No 4, 315–330.

Kronkvist, J., Järvinen, M & Leinonen, T. 2012. Games as Design Medium. Utilizing Game Boards for Design Enquiry with Cancer Patients. Viitattu 6.11.2016 <http://servdes.org/pdf/2012/kronkvist-jarvinen-leinonen.pdf>.

Kyngäs, H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11 No 1, 3–12.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu. Hypoteettisen malli kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lapin ammattikorkeakoulu 2015. Opetussuunnitelmat 2015–2016: Lapin ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.10.2016
https://soleops.lapinamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab/tab/sea?koulohj_id=9273291&ryhmtyypp=3&lukuvuosi=4455279&stack=push.

Lapin sairaanhoitopiiri 2015.

– 2015a. Järjestämissuunnitelma 2015-2016. Viitattu 30.9.2016
<http://www.lshp.fi/download/noname/%7B3E453A22-1DE7-4650-99A8-4CF2B5A4E472%7D/10529>.

–2015b. Monivuotinen tutkimus- ja kehittämisohjelma. Inhimillisesti tehokas sairaala. Lapin sairaanhoitopiiri. Viitattu 18.12.2015 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittamistoiminta/Kehittamishankkeet/Inhimillisesti_tehokas_sairaala.

Lapin sairaanhoitopiiri 2016.

– 2016a. Asiakasraati. Viitattu 23.12.2015 http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Asiakasraati

- 2016b. ITU 2022. Viitattu 16.9.2016 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/ITU_2022projekti.
- 2016c. Käyttösuunnitelma 2016. Viitattu 4.7.2016 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous.
- 2016d. Lapin sairaanhoitopiirissä tehtävien opinnäytetöiden eettinen ohjeistus. Viitattu 27.11.2015 http://www.lshp.fi/fi-FI/Ammattilaisille/Tutkimustyon_ohjaus.
- 2016e. Lapin sairaanhoitopiiri. Lapin sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelma 2016-2018. Viitattu 13.9.2016 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous.
- 2016f. Keskussairaalan laajennushanke. Viitattu 09.4.2016 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Keskussairaalan_laajennushanke.
- 2016g. Sairaala sote-kuntoon. Viitattu 16.9.2016 [http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaala_sotekuntoon\(9500\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaala_sotekuntoon(9500)).
- 2016h. Yleiset tiedot ja tunnusluvut. Lapin sairaanhoitopiiri. Viitattu 18.12.2015 <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri>.

Leppikangas, H., Puolakka, P., Korppi, A. & Laine, H-J. 2015. Leikkaussalityö optimointi – hukkaa minimoimalla ja virtausta parantamalla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015;131(20):1947–1951.

Lindgren, L. 2013. Kuinka pitkä tupakkalakko ennen leikkausta? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(1):7–8.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. 2010. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability ti Patient Safety. Mayo Clin Proc. Jan; 85(1): 53–63.

Malmivaara, A. & Pohjolainen, T. 2015. Vaikuttavuus. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim.

Manneroos, M. 2013. ”Se isoin taloudenhallinta tapahtuu siinä kun...” Potilasprosessien kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Liiketaloustiede. Pro gradu.

Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu - yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu -uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiateollisuus ry, 21–38.

Miettinen, S., Kalliomäki, A. & Ruuska J. 2011. Palvelun konseptointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu -uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiateollisuus ry, 107–115.

- Miettinen, S. 2013. Yhteiskehittelyn tulevaisuus. Teoksessa Merivirta, M. (toim.) Tee-se-itse-YHDESSÄ. Käyttäjälähtöisyydellä ja Living Lab –toiminnalla kohti Elävää Lappia. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja 2013:4, 133–136.
- Mäki, S. 2016. Avohoitopalveluiden liittäminen potilashotellitoimintaan Lapin sairaanhoitopiirissä. Projektin loppuraportti.
- Niskala, A. & Räisänen, R. 2016. Lapin sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden palveluprosessit. Loppuraporttiluonnos. Viitattu 16.9.2016 <http://www.lshp.fi/download/noname/{6CB2D84E-F26D-4AB9-9CDF-3E042F693DF5}/11281>.
- Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen lääkärilehti 2010;65 (17):1549–1551.
- Ohrankämmen, K. 2015. Osallistumisen ja asiakkuuden rajapinnoilla. Tutkielma asiakaslähtöisyyden ja palveluiden kehittämisen rationaliteeteista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Poliitiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Olsson, L-E., Hansson, E., Ekman, I. & Karlsson, J. 2009. A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. Journal of advanced nursing Vol 65(8), 1626–1635.
- Pearson, M., Monks, T., Gibson, A., Allen, M., Komashie, A., Fordyce, A., Harris-Golesworthy, A., Pitt, M.A., Brailsfort, S. & Stein, K. 2013. Involving patients and the public in healthcare operational research—The challenges and opportunities. Operations Research for Health Care. Vol. 2 No 4, 86–89.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Potilashotelli. Viitattu 8.7.2016 <http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Potilashotelli>.
- Plüss CE., Karlsson MR., Wallen NH., Billing E. & Held C. 2008. Effects of an expanded cardiac rehabilitation programme in patients treated for an acute myocardial infarction or a coronary artery by-pass graft operation. Clinical Rehabilitation. Apr; 22(4), 306–318.
- Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016.
- 2016a. Avohoitotalon leikkausosasto. Viitattu 17.9.2016 https://www.pshp.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime105.aspx.

- 2016b. Medisiininen päiväsairaala. Viitattu 17.9.2016
<https://www.ppshp.fi/sisataudit/prime104.aspx>.
- Prahalad, C. & Ramaswamy V. 2004. Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of interactive marketing* Vol. 18 No 3, 5–14.
- Puura, A. 2000. Tupakka ja anestesia. *Finnanest* Vol. 33 No 5, 467–470.
- Ramaswamy, V. & Ozcan, K. 2014. *The co-creation paradigm*. E-kirja. Stanford, California: An Imprint of Stanford University Press.
- Rannisto, P-H. 2014. Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys julkisissa palveluissa. Teoksessa T. Rintamäki & P. Tienhaara (toim.) *Palveluajattelun murros – näkymiä uudistuvaan palveluun*. Tampere: Tampereen yliopisto 35–39.
- Riepula, H. 2014. *Terveyspalveluiden laadun kehittäminen asiakastyytyväisyysmittauksen keinoin*. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Rontti S., Miettinen S., Kuure E. & Lindström A. 2012. A Laboratory Concept for Service Prototyping – Service Innovation Corner (SINCO). Viitattu 6.11.2016
<http://www.servdes.org/wp/wp-content/uploads/2012/02/A-Laboratory-Concept-for-Service-Prototyping—Service-Innovation-Corner-SINCO1.pdf>.
- Ross E., Levine BJ., Reed III J., Jasani N., Reese C. & Murphy L. 2010. A lean-based process redesign: Effect on left without treatment (LWOT) rate and financial implications -the SPEED trial. *Academic emergency medicine* 17, S88–S89. Viitattu 28.6.2016
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.2010.17.issue-s1/issuetoc>.
- Rossum, L., Aij, K., Simons, F., Eng, N. & Have, W. 2016. "Lean healthcare from a change management perspective: The role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre". *Journal of Health Organization and Management* 30, 475–493.
- Räsänen, P. & Sintonen H. 2013. Terveystalouden taloudellinen arviointi. *Suomen Lääkärilehti* 17, 1255–1260.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006. *Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV*. E-kirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
- Sairaalatoimijoiden kartoitus – Tekes loppuraportti. Nordic Healthcare Group 2014. Viitattu 09.04.2016
https://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali--ja-terveyspalveluissa/sairaalatoimijoiden_kartoitus.pdf.

- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. E-kirja. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Tampere: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print Oy.
- Seppänen, S., Kaukonen, N. & Luukkainen, S. 2010. Potilashotelli Etelä-Savoon selvityshankkeen 1.4.–31.8.2009 loppuraportti. Mikkelin ammattikorkeakoulun tutkimuksia ja raportteja 2010:52. Viitattu 1.7.2016 http://www.mamk.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/mamk/embeds/mamkwwwstructure/14250_1473-URNISBN9789515882813.pdf.
- Simons, PA., Ramaekers B., Hoebbers, F., Korss KW., Marneffe, W., Pijls-Johannesma, M. & Vandijck D. 2015. Cost-Effectiveness of Reduced Waiting Time for Head and Neck Cancer Patients due to a Lean Process Redesign. *Value Health* 18, 587–596.
- Sinisammal, J. 2011. Työhyvinvoinnin ja työympäristön kokonaisvaltainen kehittäminen – Tuloksia osallistuvista tutkimus- ja kehittämisprojekteista sekä asiantuntijahaastatteluista. Oulun yliopisto. Teknillinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Sinivuo R., Koivula, M. & Kylmä J. 2012. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. *Hoitotiede* 24:4, 291–301.
- Sive, J., Ardesna, KM., Cheesman, S., le Grange F., Morris, S., Nicholas, C., Peggs, K., Statham, P. & Goldstone AH. 2012. Hotel-based ambulatory care for complex cancer patients: a review of the University College London Hospital experience. *Leuk Lymphoma* 53:12, 2397–2404.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 29.12.2009/1806.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtiovarainministeriö 2016. Alustavat ehdotukset sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen lainsäädännöksi. Viitattu 13.9.2016 <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969580/Tiivistelmä+hallituksen+la+kiluonnosten+keskeisistä+asioista+29.6.2016+sote-+ja+maakuntauudistus>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Sosiaali- ja terveystalouden uudistus. Viitattu 25.6.2016 <http://stm.fi/sotepalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sote- ja itsehallintouudistus. Viitattu 01.12.2015 <http://stm.fi/sote-uudistus>.
- Stenvall J. & Virtanen P. 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveystaloudetiede. Väitöskirja.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016a. Sote-uudistus. Viitattu 26.10.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016b. Tupakoimattomana leikkaukseen -
toimintamalli. Viitattu 2.10.2016
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129962/THL_tupakoimatta_leikkaukseen_kortti_301115_verkko.pdf?sequence=1.

Tienhaara, P. 2014. Case Jönköping: Dialyysihoidon uudistaminen palvelulogiikalla. Teoksessa T. Rintamäki & P. Tienhaara (toim.) Palveluajattelun murros – näkymiä uudistuvaan palveluun. Tampere: Tampereen yliopisto 21–23.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tounonen, S. 2013. Muotoilun ja terveydenhuollon yhteistyö. Yhteissuunnittelu Aalto-yliopiston yhteistyöprojekteissa. Aalto-yliopisto. Muotoilun laitos. Pro gradu.

Turunen, E., Tillman, P. & Maunula, N. 2016. Yöpyminen sairaanhoidon matkalla. Sairasvakuutuksen yöpymiskorvaukset ja potilashotellitoiminta Suomessa sekä katsaus potilashotellitoimintaan ja tutkimuskirjallisuuteen muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 1/2016. Tampere: Juvenes Print.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Työ- ja elinkeinoministeriö & Opetus- ja kulttuuriministeriö. Muotoile Suomi. Kansallinen muotoiluohjelma. Lahti: Markprint. Viitattu 15.9.2016
<http://tem.fi/documents/1410877/2901871/Kansallinen+muotoiluohjelma/57768a95-f3a9-4397-88a4-6cdae8f20e01>.

Vaahojärvi, K. 2011. Palvelukonseptien arviointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu -uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki. Teknologiateollisuus ry, 130–146.

Valtioneuvosto 2016.

–2016a. Hyvinvointi ja terveys. Viitattu 17.6.2016
<http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi>.

–2016b. Reformit. Viitattu 26.7.2016 <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/reformi1#toimenpide2>.

- Vierula, H. 2012. Hoitopolku hahmottuu pelilaudalla. Lääkärilehti 19.10.2012. Viitattu 17.10.2015.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=12592/type=1.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.
- Vuontisjärvi, H-R. 2013. Palvelumuotoilu hyvinvointipalveluissa. Teoksessa Jumisko, E., Jänkälä, R., Piekkari, J. & Turulin, M. (toim.) Hyviä vuosia Lapissa. Toimintamalleja ja työkaluja ikäihmisten elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukemiseen. Lapin yliopiston taiteiden tiedekunnan julkaisuja C., 30–31.
- Vähälä E., Kontio M., Kouri P. & Leinonen R. (toim.) 2012. PALMU – palvelumuotoilua ikääntyville. Uusia palvelujen tuottamismalleja itsenäisen suoriutumisen tueksi. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja C1/1.
- Wetter-Edman, K. & Moritz, S. 2015. Empowering transformation through design inquiry in public healthcare. Proceedings of the Third European Conference on Design4Health, Sheffield, 13–16 July 2015.
- Williamson, L. 2014. Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *Am J Bioeth* 14(6):4–16.
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gurler, H. & Bekar, M. 2012. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*. Apr; 21 (7–8): 956–964.

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

TUT: 53/2015

Liite 1 (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantosituamus

I Opinnäytetyön toimeksiantosituamus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Lapin sairaanhoitopiiri/ kehittämissyksikkö	
Yhteysthenkilö: Mikko Häikiö	Asema/ammattinimike: kehittämisspäälikkö
Osoite: Porokatu 39 D 2.krs 96400 Rovaniemi	Puhelin: 04077211
Sähköposti: mikko.haikio@lshp.fi	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: Lapin sairaanhoitopiirin potilashotellin avohoitopalveluun kehittämisen palvelumuotoilun menetelmin	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis: 11/2016
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? vs. hallintoylihoitaja Tarja Kainulainen-Liiti ja projektijohtaja Miia Palo	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus: <i>Mikko Häikiö</i> <i>Tarja Kainulainen-Liiti</i> <i>Miia Palo</i>	
II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhön	
Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Mäki Sari	Opiskelijan numero: A1501542
Osoite: [redacted]	Puhelin: [redacted]
Sähköposti: sari.maki@lshp.fi tai sari.maki@edu.lapinamk.fi	
Koulutus ja suuntaumisvaihtoehto: YAMK, esimiestyö ja työelämän kehittäminen	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen. <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtoelevollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan välimin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tulokset toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus: <i>Sari Mäki</i>	

Liite 1/2 Toimeksiantosopimus

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava Opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi: Raija Seppänen	
Koulutus ja toimipaikka: Lapin AMK, ROVANIEMI	Puhelin: 0400219687
Sähköposti: raija.seppanen@lapinamk.fi <i>lapinamk.fi</i>	
<p>Ammattikorkeakoulun edustajat sitoutuvat</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan yleisiä ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä ja että opinnäytetyöprosessia ohjataan edistään työn valmistumista,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan kaikissa vaiheissa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistusta sekä</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihteluvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen aikataulun osalta.</p>	
Allekirjoitus	<i>Raija Seppänen</i>
Koulutuksen ylläpitäjä	
Koulutuksen ylläpitäjän nimi: Outi Törmänen	
Puhelin: 0407498615	Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi
Allekirjoitus	<i>Outi Törmänen</i>

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

Liite 2. Tutkimuslupa

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä		LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE		
Klinikka / tulosyksikkö		tulosyksikkönumero	DIAARINRO: TUT 53/2015	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet	Henkilötunnus		
	Mäki Sari Hannele			
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka	Nykyinen virka / toimi / opiskelija vs. osastonhoitaja/YAMK-opiskelija		
	Lapin sairaanhoitopiiri/Lapin amk			
	Kotiosoite	Postin osoite		
Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite		
0406378107		sari.maki@shp.fi/sari.maki@edu.lapinamk.fi		
Suoritettu tutkimus	Suoritusvuosi	Suorituspaikka		
Sairaanhoitaja	2006	Rovaniemi		
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi			
	Lapin sairaanhoitopiirin potilasohjelmien avoimien palvelu- ja tutkimusprosessien kehittäminen palvelumuotoilun menetelmin			
	Tutkimus on	Tutkimusaika 3-4/2016		
	<input checked="" type="checkbox"/> julkinen	<input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salessapiddettäviä osioita		
	Kaavanumerot		Alihakusana	
	Tutkimus on			
	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (YAMK)		<input type="checkbox"/> gradu	
	<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede)		<input type="checkbox"/> muu, mikä	
	<input type="checkbox"/> väitöskirja		<input type="checkbox"/> rekisteritutkimus	
	Anoja on		Anoja osallistuu potilastyöhön	
<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija		<input checked="" type="checkbox"/> kyllä		
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		<input type="checkbox"/> ei		
Tutkimuksen vastuhenkilö (Laki lääk. tutk. 486/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija				
Kehittämispäällikkö Mikko Häkkinen				
Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät				
<input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio				
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), jolle anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteellä)				
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista				
<input checked="" type="checkbox"/> aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä työaika n. 4 päivää		<input type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja		
Ulkopuolinen rahoitus				
<input type="checkbox"/> kokonaan		<input type="checkbox"/> osittain		
<input type="checkbox"/> ulkopuolinen rahoittaja		rahoittaja		
<input type="checkbox"/> EVO		Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)		
<input type="checkbox"/> muu, mikä		Sopimuksen nro (kirjaamosta)		
Päivämäärä Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys				
25.01.2016				
3. Tarvittavat lausunnot ja luvat				
Lausunnot	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvita	ilmoituspäivä	vastaus saatu	
	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta			
Luvat	<input type="checkbox"/> ETENE - ¹⁾ TUKIJA			
	<input type="checkbox"/> Fimea ²⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayli-/laitoksen joht. / STM/THL ³⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁴⁾			
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää	Tutkimustulosten omistusoikeus			
	<input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös			
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti				
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavien muutoksin				
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, mikä				
<input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
Päätöksentekijä				
<input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylläpitäjä				
<input checked="" type="checkbox"/> joht.yli/ääkäri / hall.ylläpitäjä				
<input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus				
Päivämäärä				
14/16				
Jukka Mattila Johtajayli/ääkäri Lapin sairaanhoitopiiri				
LOMAKKEEN SÄILYTYS				
- Tutkija (tutkimuksen ajan)				
- Päätäjä (arkistointi)				

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta

³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko hyväksyttävää. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.

⁴⁾ Rekisteritutkimukset.

⁵⁾ Kudoalaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma

Liite 3. Suostumus kehittämistutkimukseen



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

LAPIN AMK⁷
Lapland University of Applied Sciences

SUOSTUMUS KEHITTÄMISTUTKIMUKSEEN**Tutkimuksen nimi:****KÄYTTÄJÄLÄHTÖINEN AVOHOITOPALVELUPROSESSI****Tutkijan yhteystiedot****Vastuullinen tutkija**

Sari Mäki, vs. Osastonhoitaja/YAMK –opiskelija

Lapin sairaanhoitopiiri

Ounasrinteentie 22

96400 Rovaniemi

puh. +358406378107

sari.maki@lshp.fi tai sari.maki@edu.lapinamk.fi

Tutkimuksen taustatiedot

Lapin sairaanhoitopiiri, hoidollinen potilashotelli.

Potilashotellin avohoitopalvelu on osa Inhimillisesti Tehokas Sairaala kehittämishanketta.

Tutkimuksen toimeksiantajana on Lapin sairaanhoitopiirin kehittämissyksikkö.

Tutkimusaineisto kerätään toukokuussa 2016 ja opinnäytetyö valmistuu marraskuussa 2016.

Opinnäytetyö on luettavissa osoitteessa www.theseus.fi

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää palvelumuotoilun menetelmin Lapin sairaanhoitopiirin potilashotellin avohoitopalveluprosessia yhteistyössä asiakkaan ja hoitoprosessiin osallistuvan henkilökunnan kanssa. Tavoitteena on saada hoitoprosessista asiakaslähtöinen, sujuva ja näkyvä.

Liite 3/2 Suostumus kehittämistutkimukseen

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää nykyisen potilashotellin avohoitopalveluprosessin kehittämisessä ja sairaalan tulevan laajennushankkeen tilasuunnittelussa. Kartoitettuja asiakkaiden tarpeita ja toiveita voidaan hyödyntää muitakin terveydenhuollon palveluita suunniteltaessa tai kehitettäessä.

Tutkimusaineiston käyttötarkoitus, käsittely ja säilyttäminen

Kerättyä aineistoa hyödynnetään vain tässä opinnäytetyössä, eikä sitä luovuteta kaupalliseen käyttöön. Aineistoa säilytetään tutkimuksen aikana niin, ettei muilla kuin tutkijalla ole mahdollisuutta sitä käyttää. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Menettelyt, joiden kohteeksi tutkittavat joutuvat

Opinnäytetyöhön osallistuvat asiakkaat on valittu yleisimmistä potilashotellin avohoitopalveluun toukokuussa 2016 tulevista asiakasryhmistä. Opinnäytetyöhön osallistuva henkilökunnan edustaja on valittu yhteistyössä ko. yksikön esimiehen kanssa. Osallistumisen kriteerinä oli henkilön mahdollisuus vaikuttaa potilashotellin avohoitopalveluun ohjautumiseen.

Opinnäytetyöhön osallistuvaa asiakasta pyydetään kertomaan hoitoprosessiin kohdistuvista toiveistaan, palvelukokemuksestaan ja tuottamaan kehittämis ehdotuksia hoitoprosessiin. Opinnäytetyöhön osallistuvaa henkilökunnan edustajaa pyydetään kertomaan hänen hoitoprosessiin kohdistuvista toiveistaan ja tuottamaan kehittämis ehdotuksia palveluun. Aineisto kerätään ns. toivelistatekniikalla, missä tutkittavaa pyydetään kertomaan toiveitaan ajatuksella, että mitään rajoitteita ei ole. Lisäksi henkilökunnan edustajaa pyydetään havainnoimaan hoitoprosessin sujuvuutta erillisen ohjeistuksen mukaisesti. Aineistoa kerätään hoitoprosessin aikana tekemällä muistiinpanoja ja nauhoittamalla ryhmäkeskustelut.

Tutkimuksen hyödyt ja haitat tutkittaville

Tutkittavat osallistuvat hoitoprosessin kehittämiseen, minkä tavoitteena on sujuva ja näkyvä hoitoprosessi. Sujuva hoitoprosessi lisää asiakas- ja työtyytyväisyyttä. Yhdessä tekemisen ilo ja mahdollisuus vaikuttaa palkitsevat opinnäytetyöhön osallistujaa, kiitokseksi tarjotaan myös välipalaa.

Tutkimustilanne ja havainnointi voi aiheuttaa jännitystä. Kohtaamiset pyritään tekemään lämpimiksi ja keskustelut mahdollisimman rennoiksi. Osallistujilla on mahdollisuus ja oikeus vetäytyä kehittämistehtävästä millä hetkellä tahansa. Tutkija on varautunut siihen, että hoitotyöhön kohdistuva tutkimus ei aina mene suunnitelmien mukaan ja tarvittaessa suunnitelmaa muutetaan tilanteen mukaan.

Miten ja mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää

Opinnäytetyö on julkinen ja se on luettavissa osoitteessa www.theseus.fi ja saatavissa Lapin korkeakoulun kirjastoista. Opinnäytetyöstä tehdään myös posterit, mikä on esillä Lapin AMK:n tiloissa.

Liite 3/3 Suostumus kehittämistutkimukseen

Tutkittavien oikeudet

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa ilman, että siitä aiheutuu heille mitään seuraamuksia. Tutkimuksen järjestelyt ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tutkimuksesta saatavat tutkittavien henkilökohtaiset tiedot tulevat ainoastaan tutkittavan ja tutkijaryhmän käyttöön ja tulokset julkaistaan tutkimusraporteissa siten, ettei yksittäistä tutkittavaa voi tunnistaa. Tutkittavilla on oikeus saada lisätietoa tutkimuksesta tutkijaryhmän jäseniltä missä vaiheessa tahansa.

Vakuutukset

Tutkimukseen osallistuva asiakas ja henkilökunnan edustaja ovat normaalin vakuutus käytännön piirissä.

Tutkittavan suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, kerättävän tutkimusaineiston käyttöön, tutkittaville aiheutuviin mahdollisiin haittoihin sekä tutkittavien oikeuksiin ja vakuutusturvaan. Suostun osallistumaan tutkimukseen annettujen ohjeiden mukaisesti. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni tai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Tutkimustuloksiani ja kerättyä aineistoa saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus

Liite 4. Havainnointiohjeistus



Havainnointiohjeistus työntekijälle

Kiitos, että lupauduit kanssamme kehittämään potilashotellin avohoitopalveluprosessia!

Opinnäytetyö on osa YAMK-opintojani. Tavoitteena on kehittää avohoitopalveluprosessista sujuva ja näkyvä, mikä parantaa työn mielekkyyttä ja työnhyvinvointia.

Tarkoituksena on viettää mukava ja rento päivä. Roolinasi on tehdä havainnoja asiakkaan hoitoprosessista, mutta sinun ei tarvitse osallistua hoitoon. Mikäli asiakas kysyy sinulta jotakin liittyen hoitoprosessiin, siihen voit neuvoen vastata.

Havainnoi hoitoprosessin aikana kielellisen viestinnän lisäksi myös ei-kielellistä viestintää (eleet, ilmeet, liikkeet, kosketus, toiminta jne.). Huomioi erityisesti tapahtumaan osallistuvien mahdollisia tarpeita (kysymykset, kommentit) ja prosessin sujuvuutta. Kirjaa tekemäsi havainnot tälle lomakkeelle vapaamuotoisesti. Voit käyttää lyhenteitä ja muistisanoja, käymme kirjaamiset läpi päivän päätteeksi luotettavuuden lisäämiseksi.

Sari Mäki, YAMK-opiskelija

Liite 4/2 Havainnointiohjeistus

Saapuminen vastaanottavaan yksikköön

Tutkimusta edeltävät toimet

Lääkärin tapaaminen

Tutkimus/toimenpide

Välitön jälkihoito ja seuranta toimenpiteen/tutkimuksen jälkeen

Lääkärin tapaaminen tutkimuksen/toimenpiteen jälkeen

Siirtyminen yksiköstä toiseen

Jälkihoito ja seuranta

Kotiutus potilashotellissa

Liite 5. Toivelistan kysymykset



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

LAPIN AMK⁷
Lapland University of Applied Sciences

1.Toivelistan kysymykset prosessin vaiheiden mukaisesti välittömästi sairaalaan saapumisen jälkeen

Sairaalaan kutsuminen

Myönteiset toiveet:

Millä tavalla kutsukirje/soitto vastasi toiveitasi?

Millaisen olisit toivonut kutsukirjeen/soiton olevan?

Mikä ei mennyt niin kuin olisit toivonut?

Kehittämistoiveet:

Minkälaisia kehittämisehdotuksia sinulla on sairaalaan kutsumiseen?

Sairaalaan saapuminen

Myönteiset toiveet:

Mitä toivoit sairaalaan saapumisvaiheelta?

Millä tavalla sairaalaan tulovaihe vastasi toiveitasi?

Mikä ei mennyt niin kuin olisit toivonut?

Kehittämistoiveet:

Minkälaisia kehittämisehdotuksia sinulla on sairaalaan saapumisvaiheeseen?

Toimenpide/tutkimus

Myönteiset toiveet:

Mitä toivot tutkimuksen/toimenpiteen aikaiselta hoidolta?

Hoito toimenpiteen/tutkimuksen jälkeen

Mitä toivot tutkimuksen/toimenpiteen jälkeiseltä hoidolta?

Kotiutus

Myönteiset toiveet:

Mitä toivot kotiutustilanteelta?

Liite 5/2 Toivelistan kysymykset



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

LAPIN AMK⁷
Lapland University of Applied Sciences

2. Toivelistan kysymykset prosessin vaiheiden mukaisesti kotiutusvaiheen jälkeen

Hoitoyksikköön saapuminen

Myönteiset toiveet:

Millä tavalla saapuminen hoito/tutkimusyksikköön vastasi toiveitasi?
Mikä ei mennyt niin kuin olisit toivonut?

Kehittämistoiveet:

Minkälaisia kehittämissuhteita sinulla on hoitoyksikköön saapumiseen?

Toimenpide

Millä tavalla tutkimuksen/toimenpiteen aikainen hoito vastasi toiveitasi?
Mikä ei mennyt niin kuin olisit toivonut?

Kehittämistoiveet:

Minkälaisia kehittämissuhteita sinulla on tutkimuksen/toimenpiteen aikaiseen hoitoon?

Hoito tutkimuksen/toimenpiteen jälkeen

Myönteiset toiveet:

Millä tavalla tutkimuksen/toimenpiteen jälkeinen hoito vastasi toiveitasi?
Mikä ei mennyt niin kuin olisit toivonut?

Kehittämistoiveet:

Minkälaisia kehittämissuhteita tutkimuksen/toimenpiteen jälkeiseen hoitoon?
Minkälaisia toivoisit tilojen ja sisustuksen olevan potilashotellissa?

Kotiutus







Myönteiset toiveet:

Millä tavalla kotiutus vastasi toiveitasi?
Mikä ei mennyt niin kuin olisit toivonut?

Kehittämistoiveet:

Minkälaisia kehittämisehdotuksia sinulla on kotiutustilanteeseen?

Liite 6. Yhteenveto asiakaspalautteesta Hoidollisen potilashotellin avohoitopalvelusta kokeilujakson aikana

ASIAKASPALAUTE POTILASHOTELLIN AVOHOITOPALVELUSTA 1.8.2015-29.02.2016		1	2	3	4	Vastauksia	Keskiarvo
1=	 						
2=							
3=							
4=	 						
1.	Kuinka hyvin sinut otettiin vastaan saapuessasi potilashotelliin?			18	128	146	3,9
2.	Kuinka hyvin potilashotellissa huomioitiin yksilölliset tarpeesi?		2	23	120	145	3,8
3.	Kuinka hyvin hoitotoimenpiteet sujuivat potilashotellissa?			14	132	146	3,9
4.	Kuinka hyvin vointiasi tarkkailtiin potilashotellissa?		1	21	118	140	3,8
5.	Kuinka nopeasti potilashotellissa luoksesi saavuttiin, kun kutsuit?			12	80	92	3,9
6.	Kuinka hyvin Sinun ja hoitajien välinen yhteistyö toimi potilashotellissa?			10	135	145	3,9
7.	Kuinka hyvin hoitajat ovat osoittaneet kohtausi ystävällisyyttä potilashotellissa?			11	133	144	3,9
8.	Kuinka hyvin potilashotellissa kerrottiin tulevasta tutkimuksesta/hoitotoimenpiteestä?	1		27	87	115	3,7
9.	Kuinka hyvin pystyit vaikuttamaan hoitoosi potilashotellissa?		2	36	87	125	3,7
10.	Millainen on potilashotellin viihtyvyys?	1	1	52	90	144	3,6
11.	Kuinka hyvin potilashotellin siisteydestä on huolehdittu?		2	17	125	144	3,9
12.	Kuinka hyvin ruokailuun liittyvät asiat sujuivat?		1	24	108	133	3,8
	149kpl vastauksia						

Liite 7. Lupa valokuvaukseen



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

Hallinto/Tiedotus

Henkilön antama suostumus kuvaamiseen, kuvien käyttöön ja julkaisemiseen Lapin sairaanhoitopiirin julkaisuissa ja sähköisessä mediassa

Lapin sairaanhoitopiirin ja sen sairaaloiden julkaisuissa ja sähköisessä mediassa käytetään sairaalan toiminnasta kertovia tilanne- ja toimintakuvia sekä henkilökuvia.

Otetuissa kuvissa tärkeintä on toiminnan, tilanteen tai toimenpiteen tallentaminen. Kuvassa esiintyvien nimiä ei kerrota, vaan heistä käytetään yleisnimeä potilas tai asiakas. Kuvia käytetään ja julkaistaan asiallisesti ja kunnioittavasti. Kuvia ei luovuteta ulkopuolisille ja niitä säilytetään sairaanhoitopiirissä.

Annan suostumukseni siihen, että YAMK-opiskelija Sari Mäki saa korvauksetta käyttää ja julkaista minusta tai huollettavastani otettuja valokuvia YAMK-opinnäytetyössään (Käyttäjälähtöinen avohoitopalveluprosessi). Opinnäytetyö julkaistaan internetissä osoitteessa theseus.fi ja oppilaitoksen kirjastokokoelmassa.

Kuvattavan henkilön nimi

Yhteystiedot

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Paikka ja aika

Tätä suostumusta on tehty kaksi saman sisältöistä kappaletta: yksi suostumuksen antajalle ja yksi Lapin sairaanhoitopiirille.

Lomaketta säilytetään Lapin sairaanhoitopiirissä, ja sitä voi tarvittaessa kysyä Sari Mäeltä puh. 0406378107, sähköposti: sari.maki@lshp.fi.