



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Asiakaspersoonat ja asiakaspolku asiakaskokemuksen ja tiedottami- sen kehittämisen välineinä terve- yskeskussairaalassa

Virve Vakiala

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Asiakaspersonat ja asiakaspolku asiakaskokemuksen ja tiedottamisen kehittämisen välineinä terveyskeskussairaalassa

Virve Vakiala
Päätöksenteon ilmiöt kehittämisessä, johtamisessa ja asiakastyössä
Opinnäytetyö (YAMK)
Toukokuu, 2018

Virve Vakiala

Asiakaspersoonat ja asiakaspolku asiakaskokemuksen ja tiedottamisen kehittämisen välineinä ssa

Vuosi 2018

Sivumäärä 108

Opinnäytetyössä kartoitetaan terveyskeskussairaalapotilaiden ja -omaisten asiakaskokemusta ja arvostuksen kohteita. Opinnäytetyössä luodaan tulosten pohjalta asiakaspersoonat, uusi asiakaspolku potilaille sekä ehdotetaan konkreettisia kehittämis ehdotuksia asiakaskokemuksen tiedonkulun kehittämiseksi henkilökunnan ja potilaiden sekä omaisten välille.

Työn viitekehys kattaa teoriaa palvelukeskeisestä liiketoimintalogiikasta, käyttäytymistaloustieteestä ja palvelumuotoilusta. Palvelukeskeisestä liiketoimintalogiikasta tarkastellaan palvelua sekä käyttöarvon muodostumista. Käyttäytymistaloustieteestä perehdytään keskeisiin päätöksenteon ilmiöihin, ja peilataan näitä näkökulmia asiakaspolkuun ja kehittämis ehdotuksiin. Empiirisessä osiossa kerättiin aineistoa kontekstuaalisesti potilailta sekä omaisilta haastattelulla, hoitajilta työpajan avulla sekä havaintoja tehden.

Kehittämistehtävä kohdistui sairaalakontekstiin asiakaskokemuksen kehittämiseen tiedonkulun parantamisen näkökulmasta. Tuloksena syntyi konkreettisia ehdotuksia tiedonkulun kehittämiseksi potilaan ja omaisen näkökulmasta. Potilaille laadittiin uusi asiakaspolku, jolla pyritään havainnollistamaan asiakaskokemuksen kokonaisvaltaista luonnetta. Omaisten ja sairaalan välisen tiedonkulun kehittämiseksi suunniteltiin tulosten perusteella internetsivuston rakenne ja tehtiin ehdotus terveyskeskussairaalan käytäntöihin liittyvän tiedon jakamisesta omaisille kirjallisesti.

Haastatteluista ja hoitajien työpajasta kävi ilmi, että potilaat arvostavat henkilökunnan inhimillistä kohtaamista, positiivista vuorovaikutusta ja kutsurannekkeen tuomaa turvaa. Omaiset arvostavat ystävällistä kohtaamista ja oikea-aikaista tiedonkulkua. Kontaktipisteistä ja ydinpalvelutuokiosta tunnistettiin ne, joissa asiakkailla oli eniten ymmärtämiseen liittyviä haasteita. Ratkaisuina ehdotettiin erilaisia EAST-malliin pohjautuvia tapoja helpottaa tilannetta.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että nykyisin terveyskeskussairaalan käytössä oleva palvelupolku on tehty sairaalapalvelun tuottajan näkökulmasta, eikä se ota huomioon potilaan asiakaskokemusta kokonaisuutena. Palvelukeskeisestä liiketoimintalogiikasta olisi hyvä siirtyä kohti asiakaskeskeisempää liiketoimintalogiikkaa sairaalakontekstissa. Se mahdollistaisi asiakaskokemuksen kokonaisvaltaisemman tarkastelun sekä potilaan, että omaisen näkökulmasta. Tämä avaisi palveluntarjoajalle entistäkin paremman näkökulman sairaalapalveluiden kehittämiseen SOTE-uudistusten ja valinnanvapausmallin astuessa aikanaan voimaan.

Opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää palveluiden asiakaskeskeisessä kehittämisessä terveyskeskussairaaloissa. Vaikka opinnäytetyö toteutettiin yhdessä terveyskeskussairaaloissa, voidaan tässä työssä saatuja oppeja hyödyntää ja soveltaa myös muissa sairaaloissa sekä julkisen sektorin toimialojen asiakastyössä: aikuissosiaalityössä, KELA:ssa, TE-toimistoissa ja lastensuojelussa.

Asiasanat: käyttäytymistaloustiede, dualimalli, EAST-malli, palvelumuotoilu, asiakaskokemus, palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka, terveyskeskussairaala

Virve Vakiala

Personas and customer journey as a tool for developing customer experience and communication in a Central Hospital

Year 2018

Pages

108

The thesis maps the customer experience and valuation items of healthcare center patients and their relatives. As a result of the thesis, customer personas, a new customer journey for patients, as well as concrete suggestions to customer experience to develop the flow of information between staff and patients and relatives, were created.

The framework of the thesis covers the theory of service dominant logic, behavioral economics, and service design. Service and the creation of value in use are viewed out of service dominant logic. The key decision-making phenomena of behavioral economics are studied, and reflected on the customer journey and developmental propositions. In the empirical part, research material was collected contextually by conducting patient and relative interviews, by organizing a workshop for nurses and by observations.

The development task focused on the hospital context to develop the customer experience from the perspective of information flow. As a result, concrete proposals for developing the flow of information from the perspective of patient and relative were made. A new customer journey was created for the patients to visualize the overall nature of the customer experience. To improve the flow of information between the customers and the hospital, the structure of an internet site was created based on the thesis results and a proposal was made to distribute written information about the healthcare center to the relatives.

The interviews and the nurses' workshop showed that patients appreciate the human encounter of staff, positive interaction, and the security that the alarm bracelet brings them. Relatives appreciate the friendly encounter of staff and timely information flow. Out of the touchpoints and core service moments those where customers had the most comprehension challenges were identified. As a solution to facilitate the situation a variety of approaches based on the EAST framework were proposed.

On the basis of the results, it can be stated that the hospital customer journey is made from the perspective of the hospital service providers and does not take into account the client's overall customer experience. It would be good to move from the service dominant logic towards more customer dominant logic in the hospital context. It would enable a more holistic perspective to customer journey from the perspective of both the patient and the relative. This would open up a better perspective for the service provider to develop hospital services, as the health and social services reform and freedom of choice will come into effect.

The results can be utilized in the customer-oriented development of services at Health Central Hospital. Although the thesis was carried out in a health care context, the information can be utilized and applied in other hospitals as well as in customer service related work in the public sector such as adult social work, KELA, TE services and child welfare.

Keywords: behavioral economics, dual model, EAST framework, service design, customer experience, service dominant logic, health center hospital

Sisällys

1	Johdanto	7
1.1	Opinnäytetyön tausta	7
1.2	Kehittämistyön tavoite ja rajaus	7
1.3	Keskeiset käsitteet	8
1.4	Ketterät menetelmät kurssilta kohti tutkimuksellista kehittämistyötä	11
2	Terveyskeskussairaala ja sen kohderyhmät	12
3	Kohti asiakaskeskeisyyttä terveydenhuollossa	13
3.1	Mitä palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka tarkoittaa?.....	14
3.2	Asiakkaan kokeman arvon muodostuminen	17
3.3	Miten palveluntarjoaja voi vaikuttaa asiakkaan arvonmuodostusprosessiin?	20
3.4	Palvelumuotoilu ja kehittäminen sairaaloissa	20
3.5	Käyttätymistaloustiede kehittämisessä	21
3.6	EAST-malli kehittämisehdotusten suunnitteluohjaimena.....	26
4	Laadullinen tapaustutkimus ja palvelumuotoiluprosessi menetelmällisenä ratkaisuna	29
4.1	Tapaustutkimus asiakaskokemuksen kartoittamisen lähestymistapana	29
4.2	Palvelumuotoilun prosessi.....	30
4.3	Palvelumuotoiluprosessin vaiheet.....	32
4.4	Kontekstin tutkiminen tapahtui eri tiedonkeruumenetelmin	34
4.4.1	Teemahaastattelu asiakkaille.....	34
4.4.2	Havainnointi terveyskeskussairaalaan osastolla.....	36
4.4.3	Työpaja terveyskeskussairaalan osaston hoitajille	36
4.5	Määrittelyvaiheessa yhdistettiin laadullisen tutkimuksen traditiota ja palvelumuotoilun visuaalisia menetelmiä.....	37
4.5.1	Abduktiivinen sisällön analyysi	37
4.5.2	Asiakaspersonat ja asiakaspolut.....	40
5	Kehittämistyön tulokset ja ehdotukset	49
5.1	Asiakaskokemus terveyskeskussairaalassa	49
5.1.1	Kontaktipisteiden suuri määrä yllätti.....	49
5.1.2	Ranneke koettiin tärkeäksi, vaikka osalla käyttöön liittyi haasteita	50
5.1.3	Potilashuone	51
5.1.4	Hoitajat ja fysioterapeutit	52
5.1.5	Lääkärit koettiin asiallisena	52
5.1.6	Asiakkaiden kokemista ydinpalvelutuokioista uusi asiakaspolku	53
5.2	Tiedonkulku näyttäytyy terveyskeskuksessa sirpaleisena	55
5.3	Mitä asiakkaat arvostavat terveyskeskussairaalassa?.....	59

5.4	Responsiivinen internet-sivusto voisi tukea omaisten, mutta ei potilaiden asiakaskokemusta	62
5.5	Aineiston pohjalta muotoutuneet suunnitteluohjaimet	65
5.6	Kehittämisehdotukset	66
6	Johtopäätökset	70
6.1	Opinnäytetyön tulokset tavoitteiden ja tutkimuskysymyksiä näkökulmasta	70
6.2	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointia	75
6.3	Tutkimuksen arviointi, tulosten yleistettävyys ja hyödynnettävyys	76
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	77
	Lähteet	80
	Kuviot	88
	Taulukot	89
	Liitteet	91
	Liite 1: Tiedote tutkittavalle - potilas	91
	Liite 2: Tiedote tutkittavalle - omainen	92
	Liite 3: HAASTATTELULOMAKE POTILAALLE	93
	Liite 4: HAASTATTELULOMAKE OMAISELLE	94
	Liite: 5 Nykyiset internetsivut kuntalaisille	95
	Liite 6: Terveyskeskussairaalle toteutettu prototyyppi.	96
	Liite 7: TKS:n osastokokouksen työpajan runko	98
	Liite 8: Hoitajien työpajan tulokset	99

1 Johdanto

1.1 Opinnäytetyön tausta

SOTE-uudistusten kynnyksellä asiakaskokemuksella on merkitystä, kun potilas voi valinnanvapauden perusteella hakeutua haluamaansa paikkaan hoitoon. Hyvästä asiakaskokemuksesta tulee kilpailuvaltti. Hyvä asiakaskokemus on kaikkien etu niin terveydenhuoltoalalla kuin muuallakin. Tyytyväinen asiakas palaa takaisin.

Terveydenhuollossa on paljon kokeiluja, selvityksiä ja uudistuksia meneillään sosiaali- ja terveysalalle (SOTE) suunniteltujen lakimuutosten myötä. Hallituksen esitys (2017a, 37, 2017b) valinnanvapausmallista kääntää toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaan aseman palvelujen kohteesta palvelujen aktiiviseksi valitsijaksi (Linnanmäki 2017, 1623). Valinnanvapausmalli tuo toteutuessaan mukanaan asiakaskeskeisyyden terveyspalveluihin ja niiden kehittämiseen, koska sen myötä palvelun laadusta on tulossa yksi kilpailuvalteista, kun asiakkaat saavat valita palvelun tarjoajan entistä vapaammin. Yksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kärkihankkeistakin on nimeltään palvelut asiakaslähtöisiksi (Sosiaali- ja terveysministeriö). ”*Asiakkaiden osallistumisen vaikutuksista hoidon laatuun ja asiakaskokemukseen ei vielä ole tutkimusnäyttöä ja asiasta kaivataan tietoa.*” Näkökulma on uusi suomalaisessa terveydenhuollossa. (Linnanmäki 2017, 1624.)

Linnanmäen (2017, 1623) mukaan tulevilla SOTE-uudistuksilla pyritään sosiaali- ja terveydenalan asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiskehittämiseen ja asiakasosallisuuteen, jolla tarkoitetaan asiakkaiden aktiivista osallistumista palveluiden suunnitteluun, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin. Pelkkä palautteen kerääminen ja asiakkaiden kuuleminen eivät toteuta sellaisenaan asiakaslähtöistä ajattelua (Leeman & Hämäläinen 2016). SOTE-muutokset tuovat toteutuessaan asiakaslähtöisen ajattelun entistä voimakkaammin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja niiden kehittämiseen.

Tässä opinnäytetyössä nostetaan asiakkaan ääni kuuluviin selvittämällä asiakkaiden kokemuksia ja arvostuksen kohteita terveyskeskussairaalapalveluista. Terveyskeskussairaala on aineistoa kerättäessä toiminut vasta jonkin aikaa, ja asiakaspalautejärjestelmä ja terveyskeskussairaalan nettisivusto ovat vasta suunnitteluvaiheessa. Organisaatio voi käyttää opinnäytetyön tuloksia: asiakasprofiileja, asiakaspolkuja ja asiakkaiden arvostuksenkohteita ja tulosten pohjalta tehtyjä kehittämis ehdotuksia asiakaskokemuksen kehittämisessä erityisesti terveyskeskussairaalan ja asiakkaiden välisen tiedottamiseen ja viestintään liittyvien käytäntöjen kehittämisessä. Juholin (2017) korostaa, että asiakkaiden ajan tasalla pitämiseen on monia mahdollisuuksia, mutta on tärkeä tietää, mitä kanavia ja foorumeita eri ryhmät suosivat. Tieto verkkosivuilla tavoittaa verkkopalveluiden käyttäjät, mutta on huomioitava myös, miten tavoittaa muut.

Opinnäytetyön aiheen merkitystä voi perustella sillä, että on tärkeä tietää, mitä terveyskeskussairaalan palveluiden käyttäjät eli potilaat ja omaiset toivovat, jotta toiveet voidaan täyttää ja asiointia helpottaa. Lisäksi on hyödyllistä tietää, miten terveyskeskussairaalan palveluiden käyttäjät kokevat saamansa palvelun, jotta asiointia voidaan kehittää ja sujuvoittaa.

1.2 Kehittämistyön tavoite ja rajaus

Opinnäytetyössä on tarkoituksena kartoittaa palvelumuotoilun menetelmillä terveyskeskussairaalan (tks) asiakkaiden eli potilaiden ja heidän omaistensa asiakaskokemusta ja asiakaspolkua. Tällä on tarkoituksena saada hyvä käsitys nykytilanteesta ja pohjaa asiakkaan entistä paremmalle palvelemiselle. Nykyisen asiakaskokemuksen kartoituksen pohjalta on tarkoitus

suunnitella responsiivisen internetsivuston rakenne ja prototyyppi asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta. Lisäksi kuullaan työntekijöitä.

Tavoitteena on myös käyttäytymistaloustieteellisen tiedon soveltaminen palvelumuotoiluprosessiin erityisesti kehittämis ehdotusten osalta. Kehittämis ehdotusten suunnitteluajurit (design drivers) pohjautuvat käyttäytymistaloustieteeseen ja erityisesti British Insight Teamin EAST-malliin sekä saatuihin tuloksiin.

Opinnäytetyö tavoitteena on kehittää terveyskeskussairaalan potilaiden ja omaisten asiakaspolkua ja palvelutuokioita terveyskeskussairaalassa. Asiakaspolkua, kontaktipisteitä ja palvelutuokioita tarkastellaan vaihe vaiheelta. Tarkastelun kohteena on myös, mille asioille potilaat ja omaiset antavat arvoa asiakaspolun aikana, ja mikä toimii potilaiden arvostuksen referenssipisteenä. Tavoitteena on myös testata responsiivisen internetsivuston prototyyppiä asiakkailla.

SOTE-muutosten myötä sairaalapalveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä on yhtenä tavoitteena huomioida asiakas entistä paremmin. Tässä opinnäytetyössä pyritään saamaan asiakkaan ääni kuuluviin sekä tuotetaan uutta tietoa asiakas keskeisestä näkökulmasta. Saatujen tutkimustulosten pohjalta esitetään palvelupolkuun kehittämis ehdotuksia, joita terveyskeskussairaala voi hyödyntää potilaiden ja omaisten asiakaspolkujen ja palveluhetkien kehittämisessä erityisesti tiedottamisen osalta.

Opinnäytetyön lähtökohtana on tuottaa tietoa asiakkaiden kokemuksista terveyskeskussairaalassa. Lisäksi kartoitetaan tiedonkulkua henkilökunnan ja asiakkaiden välillä. Opinnäytetyössä keskitytään kerätyn tiedon pohjalta asiakas persoonien muodostamiseen, asiakaspolun visuaaliseen kuvaamiseen sekä asiakkaita palvelevan responsiivisen internetsivuston rakenteen laatimiseen ja sen prototyypin testaamiseen.

Opinnäytetyön ulkopuolelle on rajattu service blueprint eli prosessikaavio palveluprosessin eri osien liittymisestä toisiinsa (Polainen, Lovlie & Reason 2013), sillä sen tekevät terveyskeskussairaalan asiantuntijat. Tiedonkulun osalta opinnäytetyö rajautuu kehittämis ehdotuksiin.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistapana on palvelumuotoilu ja käyttäytymistaloustieteeseen pohjautuva EAST-malli, koska niiden avulla kehitetään palveluja käyttäjäkeskeisesti ja saadaan asiakkaan ääni kuuluviin. Kehittämistyön tutkimuskysymyksiin pyritään saamaan vastaus opinnäytetyön tutkimuksellisessa osassa. Tutkimuskysymykset ovat:

- a) Minkälainen on nykyinen asiakaskokemus terveyskeskussairaalassa?
- b) Miten tiedonkulku näyttääytyy terveyskeskussairaalassa?
- c) Mitä asiakkaat arvostavat terveyskeskussairaalassa?
- d) Miten responsiivinen internet-sivusto voisi asiakkaiden mielestä tukea asiakaskokemusta?
- e) Miten asiakaskokemusta voidaan kehittää terveyskeskussairaalassa British Insight Teamin EAST-mallin avulla?

1.3 Keskeiset käsitteet

Keskeisinä käsitteinä esitellään palvelu, asiakas, arvo, asiakaskokemus, asiakaspolku, palvelupolku, palvelutuokiot, kontaktipiste ja tiedottaminen.

Palvelulla tarkoitetaan ratkaisuja tai prosessia, jossa asiakkaan ongelmiin tarjotaan ratkaisui-
na aineettomia ja aineellisia tekoja tai toimintoja, jotka toimitetaan yleensä asiakkaan ja palvelutyöntekijöiden fyysisten resurssien, kuten tuotteiden tai käyttöjärjestelmien vuorovai-
kutuksessa (Grönroos 2000, 53; Grönroos 2001, 79). Palvelulle yhteisiä piirteitä ovat palvelun
tuottaminen ja kuluttaminen ainakin osittain samanaikaisesti, asiakkaan osallistuminen palve-
lun tuottamiseen ainakin jossain määrin ja palvelun prosessimainen luonne (Grönroos 2000,

54). Käyttämällä palvelua asiakas muodostaa itselleen arvoa (Heinonen ym. 2010). Palvelun tarkoituksena on helpottaa tai rikastuttaa asiakkaan elämää (Sorsakivi 2017, 11). Kun palvelu tukee asiakkaan arkeen liittyviä tarpeita, toimintoja tai prosesseja, se on arvokas (Grönroos 2015, 384 - 385). Grönroos (2000, 53 - 54) korostaa, että laadun varmistamista ei ole helppo etukäteen ennakoita ja varmistaa, koska palvelu useimmiten koetaan ja tuotetaan samanaikaisesti. Laadun varmistaminen voi tapahtua palvelutuokioiden aikana, kun asiakas kokee palvelun. Palveluntuottajan näkökulmasta suuri osa palvelutuotantoprosessia tapahtuukin asiakaskontaktin ulkopuolella, mutta asiakas arvioi palvelusta ainoastaan sen osuuden, jonka hän kokee, tiedostaa ja muistaa välittömässä asiakaskontaktissa. Palvelua ei voi varastoida kuten tuotteita, eikä asiakas ole vain palvelun vastaanottaja, vaan asiakas on palveluprosessissa aktiivinen toimija, joka osallistuu palvelun tuottamiseen. Ilman asiakasta ei ole palveluakaan.

Asiakas voi olla kuluttaja, loppukäyttäjä, yritys tai organisaatio. Asiakkaan rooli voi olla käyttäjän, edunsaajan, kuluttajan, ostajan tai toimijan. Liiketoiminnallisen näkökannan ohella asiakas voi olla henkilö, joka hyöttyy käytettävissä olevasta ratkaisusta tai palvelusta ilmaiseksi. Myös palvelun käyttäjä voi tämän määritelmän mukaan olla asiakas. (Strandvik & Heinonen 2015, 111 - 112.) Terveyskeskussairaala ei olisi ilman sen asiakkaita. Tämän kehittämistyön kohteena oleva asiakas on potilas, omainen tai potilaan läheinen eli terveyskeskussairaalaan palveluiden käyttäjä.

Arvo on aina yksilöllistä ja se syntyy vuorovaikutuksessa palveluntarjoajan kanssa. Arvo ei ole tuotteen tai palvelun ominaisuus tai lopputuote, jonka palveluntarjoaja on luonut, vaan käsitys, joka rakentuu tunteista, muistoista ja ajatuksista (Grönroos ym. 2015, 77). Arvo kertyy ja se koetaan käytön tai palvelun aikana. Kokemus on yksilöllinen: mikä on arvokasta yhdelle, se ei ehkä ole arvokas toiselle. (Grönroos & Voima 2013, 135.) Asiakas muodostaa itselleen arvoa käyttämällä palvelua (Heinonen ym. 2010, 283). Asiakkaan arvon muodostumisen laatuun vaikuttavat asiakkaan aikaisemmat kokemukset, jotka voivat muodostaa vertailukohdan (ns. referenssipisteen), johon hän nykyistä kokemustaan vertaa (Kahnemahn & Tversky 1979, Kahnemahn 2002).

Asiakaskokemus sisältää kaikki asiakkaan kognitiiviset, tunteisiin vaikuttavat, tunnepitoiset, sosiaaliset ja fyysiset reaktiot, jotka tapahtuvat asiakaspulun (customer journey) aikana, kun asiakas on yhteydessä palveluntuottajaan, brändiin tai tuotteeseen kontaktipisteissä (Bolton ym. 2014; Meyer & Schwager, 2007). Se kattaa kaikki kontaktit alkaen ennen palvelua, asiakaspalvelun laadun, palveluominaisuudet, käytön helppouden ja luotettavuuden (Tuulaniemi 2013, 74). Asiakaskokemusta ei luoda vain palvelun tuottajan kontrolloitavissa olevilla asioilla kuten ilmapiiri, käyttöliittymä, valikoima tai hinta, vaan myös ulkopuoliset tekijät vaikuttavat palvelukokemukseen kuten asiakkaan valitsema matkapuhelin (McColl-Kennedy ym. 2015).

Heinonen ym. (2010, 8) ovat sitä mieltä, että asiakaskokemus on aina enemmän kuin palvelukokemus, sillä siihen kuuluu kontakti ja kokemus ennen ja jälkeen palvelutapahtumaa. Heidän mukaansa olisi pyrittävä kohti kokonaisvaltaista ja syvällistä ymmärrystä asiakkaan elämästä, toiminnasta ja palveluun liittyvistä kokemuksista, joilla asiakas tavoittelee päämääriänsä. Asiakkaan tiedostettuja ja tiedostamattomia tarpeita ja motivaatioita voidaan hyödyntää asiakaskokemukseen perustuvassa palvelujen kehittämisessä.

Lipkin ja Heinonen (2015, 256 - 266) puolestaan lähestyvät asiakaskokemusta siihen muutosta aiheuttavien tekijöiden näkökulmasta. Heidän mukaansa asiakaskokemukseen muodostumisen ja asiakaskokemuksen muutokseen vaikuttavia asioita ovat asiakkaan elämänpiiri - perhe, ystävät, mielialat, tilanteet ja niissä tapahtuvat muutokset, joista palveluntarjoaja saa tietoa vain tiiviillä yhteistyöllä asiakkaan kanssa.

Lipkinin ja Heinonen (2015, 256 - 266) toteavat, että vain syvällisillä asiakasymmärryksen hankkimisen menetelmillä, kuten päiväkirjoilla, erilaisilla luotaimilla tai asiakaspersoonia rakentamalla voidaan ymmärtää tekijöitä, jotka vaikuttavat muutoksiin asiakaskokemuksissa.

Viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että asiakaskokemus on dynaaminen ilmiö, johon kuuluu tiedon etsiminen, asiointi, palvelun käyttäminen ja jälkiseuranta asiakaspolun aikana. Asiakkaat ovat yhteydessä palveluntuottajaan eri syistä ja heillä on erilaisia tavoitteita ja näistä prosesseista tiedetään vielä vähän. (McColl-Kennedy ym. 2015.) Bolton ym. (2014) ehdottavatkin, että olisi hyvä ymmärtää kaikki suorat ja epäsuorat tilanteet eri kontaktipisteissä, joissa asiakas on yhteydessä palvelun tuottajaan, palveluun tai brändiin. McColl-Kennedy ym. (2015) korostavat tarvetta tutkia asiakaskokemuksen tunnepitoisuutta (emotional attachment) asiakaspolun aikana. Asiakkaalla on esimerkiksi alhaisempi tunnepitoinen kiintyminen pika-ruoan ostotilanteessa verrattuna hoitotoimenpiteeseen.

Lisäksi nykyään ajatellaan, että organisaatio ei yksin tee asiakaskokemusta asiakkaalle. Jokainen asiakas arvostaa asiakaskokemuksen yksilöllisesti. (Heikkula ym. 2012.) Ei ole yhtä yhteistä asiakaskokemusta, sillä asiakaskokemukset tulkitaan aina sekä yksilöllisesti (Grönroos 2008, 282) että kontekstisidonnaisesti (Grönroos & Voima 2013).

Asiakaspolulla tarkoitetaan tässä työssä (customer journey) asiakkaan kokemaa prosessia, joka alkaa saapumisesta terveyskeskussairaalan asiakkaaksi ja päättyy asiakkaan kotiuttamiseen. Asiakaspolku visualisoi henkilön kokemuksen. Asiakaspolkuun ei kuulu vain vaiheet, jolloin asiakas on vuorovaikutuksessa yrityksen tai organisaation kanssa, vaan se paljastaa myös asiakaskokemuksen kaikki keskeiset vaiheet. Se auttaa löytämään asiakaskokemuksen aukkoja ja etsimään niihin potentiaalisia ratkaisuja. Asiakaspolut tekevät aineettomat kokemukset näkyviksi ja auttavat palveluntarjoajaa luomaan yhteistä ymmärrystä. (Stickdorn, Hormess, Lawrence & Schneider 2018, 44 - 45.)

Palvelupolku kuvaa palvelun käytön visuaalisena polkuna ensikohtaamisesta palvelupolun loppuun saakka. Palvelupolun avulla voidaan hahmottaa palvelun rakenne ja sen osatekijät eri näkökulmista kuten asiakkaan, asiakaspalvelijan tai tuottajan näkökulmasta. Palvelupolkua käytetään, kun halutaan kartoittaa ja kuvata, mistä tapahtumasta palvelu koostuu ja, miten eri osapuolet toimivat. (Tuulaniemi 2013, 78.) Tässä opinnäytetyössä palvelupolkua tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta. Palvelupolku kuvaa kaikki asiakkaan kokemat vaiheet alusta loppuun asti ja se tuo uuden ulottuvuuden organisaation tai yrityksen prosessien mallintamiseen ja kehittämiseen. Palvelutuokio koostuu palvelutuokioista ja kontaktipisteistä (touch points). (Ojasalo, Molainen & Ritalahti 2009, 73 - 74)

Palvelutuokiot ovat palvelupolun eri vaiheita. Palvelutuokiot koostuvat useista kontaktipisteistä, joiden kautta asiakas on yhteydessä palveluun. (Tuulaniemi 2013, 79 - 80; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 73.)

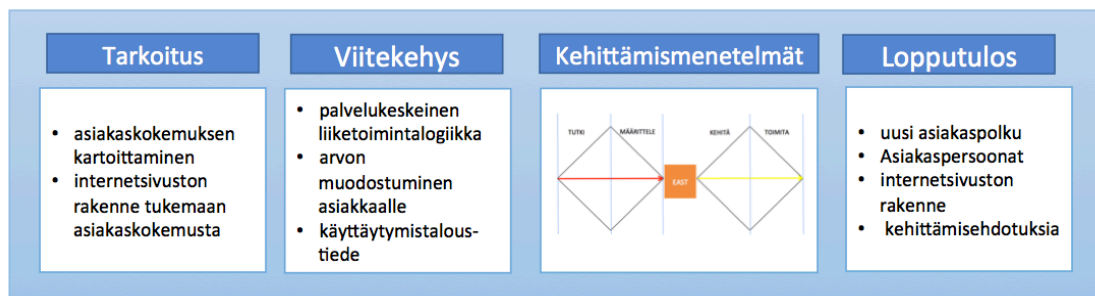
Kontaktipisteitä (touch point) ovat kaikki ne kohdat, joissa asiakas ja palvelun tarjoaja ovat yhteydessä toisiinsa (Stickdorn & Schneider 2010). Niitä ovat ihmiset, ympäristö, esineet sekä toimintatavat, joiden kautta asiakas on yhteydessä palveluun. (Tuulaniemi 2013, 79 - 80.) Organisaation pitää tunnistaa asiakaskokemuksen kontaktipisteet, ja valita mihin tunnistamiinsa kontaktipisteisiin se haluaa vaikuttaa (Vargo & Lusch 2008). Ihmiskontaktipisteitä ovat palvelua tuottavat ja kuluttavat ihmiset, asiakas ja asiakaspalvelija. Ympäristöt voivat olla fyysisiä tai digitaalisia tiloja, joissa palvelu toteutuu. Niillä on suuri vaikutus palvelun onnistumiseen. Fyysiset ympäristöt vaikuttavat asiakkaan mielialaan ja ohjaavat käyttäytymistä. Digitaalisissa tiloissa ympäristönä on käyttöliittymä. Sillä on merkittävä rooli palvelun kuluttamisessa. Usein erilaiset fyysiset tavarat ja esineet mahdollistavat palvelun kuluttamisen. Tavarat saattavat toimia todisteina käyttöoikeudesta palveluun esimerkiksi (elektroniset) matkaliput. Toimintatavat viittaavat palveluhenkilökunnan sovittuihin ja palveluun kuuluviin käyttäytymismalleihin. Myös asiakaspalvelun käyttäytyminen voidaan vakioida sopimalla halutut käyttäytymismallit ja toimintatavat. (Tuulaniemi 2013, 80 - 82.)

Informoinnilla eli tiedottamisella tarkoitetaan Juholinin (2017, 123 - 124) mukaan faktapohjaista tiedon tuottamista, jakamista ja välittämistä yhdessä sovituin käytännöin. Tiedon saatavuutta ja välittämistä säätelevät eri lait ja säädökset toimialan mukaan. Tiedottaminen on tietynlaista rutiinia ja se toimii, kun on määritelty, kuka vastaa tiedon saatavuudesta ja sen päivittämisestä. Sairaalakontekstissa henkilökunnan tehtäviin kuuluu asiakkaiden informointi.

Usein tiedottaminen sairaalassa on suullista ja se perustuu ihmisten väliseen yhteyteen eli dialogiin, jolla on kolme ulottuvuutta: merkityksen jakaminen, ymmärryksen luominen ja uuden tiedon muodostuminen (Erkkilä 2012). Merkitys välitetään sanoitetulla viestillä vastaanottajalle, joka ymmärtää tai ei ymmärrä sitä, sillä merkityksen syntyyn vaikuttavat muun muassa kieli, kulttuuri, ympäristö, henkilön menneisyys, historia sekä odotukset tulevasta (Juholin 2017, 25). Dialogi sisältää aktiivista kuuntelemista, erilaisten näkemysten hyväksymistä (Juholin 2017, 125), eikä se ole yksisuuntaista tiedon jakamista. Potilasturvallisuusohjeessa todetaan, että potilaan hoitoon osallistuvien kuuluu antaa potilaalle tietoa hoidosta, toimenpiteistä ja mahdollisista haitoista. Organisaation sisäinen tiedonkulun toimivuus tulee varmistaa henkilöstön kesken sekä moniammatillisten tiimien, yksilöiden, että organisaation eri tasojen välillä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 27).

1.4 Ketterät menetelmät kurssilta kohti tutkimuksellista kehittämistyötä

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö ja sitä voidaan kuvata neljän eri aspektin kautta (kuvio 1). Kimmokkeen kehittämistyölle antoi Laurean Ylemmän ammatinkorkeakoulun kurssi Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa, jossa toimeksiantajana oli suomalainen terveyskeskussairaala. Työryhmä suunnitteli, toteutti ja testasi kurssin aikana responsiivisen internetsivuston prototyypin visualisointeina toimeksiantajalle (esimerkiksi Piha 2017, Vakiala 2017). Teoreettinen viitekehys muodostui kolmesta eri lähtökohdasta: palvelukeskeisestä liiketoimintalogiikasta, arvon muodostumisesta sekä käyttäytymistaloustieteestä. Kaksi ensiksi mainittua ovat kytköksissä kohdeyritykseen sekä asiakaskokemuksen kehittämiseen yleisesti. Kolmas näkökulma, käyttäytymistaloustiede, tuo uuden näkökulman asiakaskokemuksen tarkasteluun sekä asiakaskokemuksen kehittämiseen. Kehittämismenetelmiksi valikoituivat palvelumuotoilun ja käyttäytymistaloustieteeseen pohjautuvan EAST-mallin yhdistäminen. Opinnäytetyön lopputuloksena syntyi uusia tarkempi asiakaspolku, asiakaspersoonat, internetsivuston rakenne sekä muita kehittämissuhteita.



Kuvio 1: Kehittämistyön viitekehys

Ensimmäisessä luvussa käsitellään opinnäytetyön taustaa ja määritellään opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus sekä rajaukset tutkimuskysymyksineen. Luvussa esitellään myös opinnäytetyön keskeiset käsitteet. Toisessa luvussa esitellään opinnäytetyön konteksti. Luvun tarkoituksena on kuvata lukijalle toimintaympäristö ja siihen liittyviä erityispiirteitä.

Kolmannessa luvussa on kuvattu teoreettinen viitekehys, joka on ohjannut opinnäytetyön tekemistä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Teoreettinen viitekehys on tarkentunut aineiston analysoinnin yhteydessä. Teoria-luvussa käsitellään muun muassa palvelukeskeistä liiketoimintalogiikkaa, arvonmuodostusta ja käyttäytymistaloustieteen keskeisiä ilmiöitä kehittämistyön kannalta. Neljännessä luvussa esitellään opinnäytetyöhön valittu palvelumuotoiluprosessi, sen eteneminen, eri vaiheet ja menetelmälliset ratkaisut. Viidennessä luvussa esitellään tulokset ja EAST-malliin perustuvat kehittämissuhteet.

Kuudennessä luvussa kootaan johtopäätökset tapaustutkimuksesta. Johtopäätöksissä arvioidaan menetelmiä ja prosessia sekä tehdään kehittämissuhteita käytettyjen menetelmien soveltuvuuden parantamiseksi. Johtopäätökset päättyvät ehdotuksiin, jotka koskevat jatkotutkimusta. Lukuun sisältyy myös eettistä pohdintaa. Lisäksi pohditaan palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan ja asiakaskeskeisen liiketoimintalogiikan soveltuvuutta terveydenhuoltoon.

2 Terveyskeskussairaala ja sen kohderyhmät

Terveyskeskuspalvelut ja terveyskeskussairaala ovat koko väestön käytössä. Käytännössä terveyskeskussairaalan palveluja käyttäjät ovat pääasiassa eläkeläiset, työkyvyttömyyseläkeläiset, työttömät ja opiskelijat.

Opinnäytetyö käsittelee suomalaisen terveyskeskussairaalan potilaiden ja omaisten asiakaskokemusta. [REDACTED]

Terveyskeskussairaalan yhteinen arvolupaus on ”*Altista itsesi asiakkaalle*”. Terveyskeskussairaalan palveluihin kuuluvat perusterveyshuollon akuuttiosasto ja kotisairaanhoido. Akuuttiosasto tarjoaa lyhytaikaista perusterveydenhuollon osastohoitoa. Akuuttiosastolle potilaat tulevat erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten päivystyksistä, avosairaanhoidon vastaanotoilta tai osastoilta. Hoitoa ja kuntoutusta suunnitellaan ja annetaan moniammatillisesti eri terveydenhuollon ammattilaisten kesken joihin kuuluvat lääkäri, vastuuhoitaja, fysioterapeutti sekä hoitokoordinaattori [REDACTED]

Terveyskeskussairaalassa on 54 potilaspaikkaa ja siellä hoidetaan akuutisti sairaita perusterveydenhuollon sairaalahoitoa tarvitsevia aikuisia potilaita. Työote on kuntouttavaa ja potilaan omia voimavaroja tukevaa. Osaston keskimääräinen hoitoaika on noin 10-14 vuorokautta. Hoidosta peritään potilasmaksu, joka on sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksen mukainen. Hoitovuorokauden hinta on 45,70€. Hoitomaksu osastolla kerryttää terveydenhuollon maksukattoa, jonka suuruus on 691€ vuonna 2017. Maksukaton täytyttyä hoitovuorokauden hinta on 21,10€. [REDACTED]

Yleisimmät syyt terveyskeskuksen sairaalahoitoon ovat esimerkiksi jonkin akuutin infektion hoito, sydän- tai keuhkosairauksien hoito, neurologinen alkukuntoutus (esim. aivoinfarktit) sekä syöpäpotilaiden palliatiivinen hoito eli saattohoito. Kotisairaالاتiimi hoitaa samoja potilasryhmiä kotikäynneillä tai poliklinikalla silloin kun lääkärin arvion mukaan kotiin vietävä sairaanhoito on turvallista ja potilas itse suostuu siihen. Saattohoitoa annetaan sekä kotisairaalan toimesta potilaan kotona, että osastotiimeissä. [REDACTED]

Terveyskeskussairaalaan henkilökuntaan kuuluu 71 henkilöä: 1 ylilääkäri, 4 lääkäriä, 1 ylihoitaja, 3 hoitotyön esimiestä, 1 hoitokoordinaattori, 2 osastosihteeriä, 42 sairaanhoitajaa 20 lähihoitajaa. Osa hoitajista on sijaisia ja joukossa on myös osa-aikaisia työsuhteita. Määrä sisältää myös 4 varahenkilöä. Neljällä osastolla on lisäksi yhteistä henkilökuntaa: lääkehoitaja, lisäyöhoitaja, arkisin kaksi osastosihteeriä, vuorovastaava, hoitokoordinaattori sekä kaksi fysioterapeuttia. Laitoshuolto on ulkoistettu [REDACTED] Oy:lle [REDACTED]

Henkilökunta on jaettu neljään tiimiin, joista kolme vastaa terveyskeskussairaalan potilaista ja yksi tiimi kotisairaanhoidon potilaista. Kolme tiimeistä on osastotiimejä ja yksi kotisairaالاتiimi. Potilaspaikkoja on 54. Jokainen osastotiimi vastaa 18 potilaspaikasta. Jokaiseen osastotiimiin kuuluu 1 lääkäri, 9 sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Aamuvuorossa on neljä hoitajaa, viikonloppuisin kolme, illassa kaksi hoitajaa ja yövuorossa yksi hoitaja. Kotisairaالاتiimi koostuu yhdestä lääkäristä ja yhdeksästä sairaanhoitajasta. [REDACTED]

Terveyskeskussairaalan kohderyhmää ovat pääasiassa eläkeläiset, työkyvyttömyyseläkeläiset, työttömät ja opiskelijat. On hyvä muistaa, että osa kansalaisista tarvitsee tukea digitaalisten laitteistojen ja ohjelmistojen käyttämisessä. Tilastokeskuksen (2015) mukaan ikääntyneitä (65 vuotta täyttäneitä) on Suomessa 1,4 miljoonaa. Heistä noin 500 000 ei ole kokemusta verkkopalveluiden käyttämisestä (Valtionvarainministeriö 2017). Ikäteknologiakeskuksen raportti

(2017) tuo esille, että ikääntyneet eivät ole homogeeninen ryhmä. Raportin mukaan 65-74 -vuotiaista 74 % on käyttänyt Internetiä, kun 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä luku on vain 31 %. Tämä ilmenee taulukosta yksi.

Ikä	65-74 vuotiaat	75 vuotta täyttäneet
Prosenttiosuus internetiä käyttäneistä	74%	31%

Taulukko 1: Internetiä käyttävien iäkkäiden suomalaisten osuudet

Lisäksi kansalaisten valmius siirtyä digitaalisten palveluiden käyttöön voi olla rajoitettua erilaisista syistä. Alla olevaan taulukkoon kaksi (taulukko 2) on tiivistetty erilaisia syitä, jotka rajoittavat ikääntyneiden valmiuksia digitaalisten palvelujen käytössä ja digitaalisten palveluiden käyttöön siirtymisessä. Lisäksi kielimuurin taakse jäävät esimerkiksi maahanmuuttajat. (Valtionvarainministeriö 2017.)

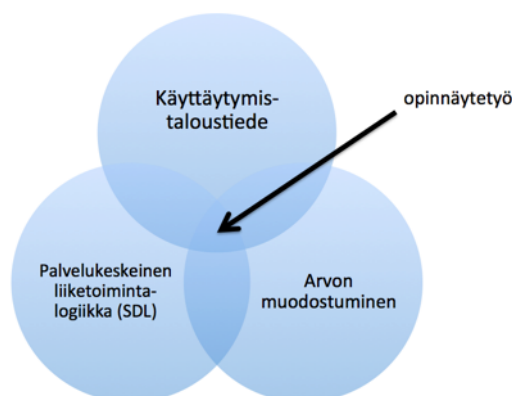
Syitä	Määrä Suomessa
Pienituloisuus yli 65 vuotiaissa	140 000
Yli 75-vuotiaat, joilla ei tietokonetta	300 000
Yli 65-vuotiaat, joilla ei älypuhelin	500 000
65-vuotiaat, jotka eivät ole koskaan käyneet netissä (1/4 ikäluokasta)	242 000
Näkövamma, lukivaikeus tai muu toimintarajoite (5% väestöstä)	250 000
Arkea haittaava muisti- tai muu kognitiivinen oire	393 000
Diagnosoitu muistisairaus	192 000

Taulukko 2: Kansalaisten digitaalisten palveluiden käyttöä rajoittavia syitä (Valtionvarainministeriö 2017)

Nyt ja tulevaisuudessa terveyskeskuspalvelun käyttäjistä löytyy kansalaisia, joille digitaalisten palvelujen käyttäminen ei syystä tai toisesta onnistu osana arkea. Digitaalisten palveluiden käyttöä eivät tulevaisuudessa ehkä rajoita älypuhelimien puuttuminen tai kokemattomuus samoin kuin tänä päivänä. Tulee kuitenkin huomioida, että esimerkiksi toimintarajoitteet ja muistisairaudet rajoittavat nykypäivänä noin 837 000 suomalaisen digitaalisten palveluiden arkikäyttöä. Tulevaisuudessakin Suomesta löytyy henkilöitä, joiden digitaalisten laitteiden käyttöä rajoittavat erilaiset sairaudet tai vammat.

3 Kohti asiakaskeskeisyyttä terveydenhuollossa

Opinnäytetyön teoriatausta muodostuu kolmen eri viitekehyksen yhdistelmästä, jotka on koottu alla olevaan kuvioon 2. Ne ovat: palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka (Service Dominant Logic) ja käyttäytymistaloustiede sekä arvon muodostuminen asiakkaalle. Kehittämisen lähestymistapana on palvelumuotoilu. Opinnäytetyön kehittämisehdotukset perustuvat käyttäytymistaloustieteeseen perustuvaan EAST-malliin. Opinnäytetyötä kuvaa kuvion yksi keskikohta, jossa ympyrät leikkaavat toisensa. Kolmesta eri viitekehyksestä sovelletaan tämän opinnäytetyön tavoitteen ratkaisemisen kannalta parhaiten sopivia osia. Opinnäytetyö ei siis yritä yhdistää kokonaisuudessaan kolmea eri viitekehystä.



Kuvio 2: Opinnäytetyön teoriatausta

Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät ovat peräisin palvelumuotoilusta. Kehittämistyön lähestymistavaksi on valittu Tupla-Timantti niminen palvelumuotoiluprosessi, joka on British Councilin (2015) kehittämä. Käyttäytymistaloustieteeseen pohjautuva EAST-malli toimii kehittämisehdotusten tausta-ajatuksena ja se on yhdistetty osaksi Tupla-Timanttia.

Palvelua tarkastellaan palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan näkökulmasta, sillä se on logiikka, jonka mukaan sairaalapalvelut toimivat. Opinnäytetyössä tarkastellaan asiakkaiden arvokokemusta. Arvon muodostumista ja asiakaskokemusta tarkastellaan eri näkökulmista. Palvelukeskeisessä liiketoimintalogiikassa arvoa tarkastellaan käyttöarvon näkökulmasta. Asiakaskeinen liiketoimintalogiikka tuo arvon muodostukseen ajatuksen, että arvo muodostuu vuorovaikutuksessa asiakassuhteissa. Prospektiteorian tavoitteena on tuoda esille, että myös arvokokemuksen vertailukohta vaikuttaa arvokokemukseen.

Palvelumuotoilun menetelmin tehtävä kehittäminen vaatii kokonaisvaltaista ymmärrystä ihmisestä, hänen mieltymyksistään asiakaskokemuksen ymmärtämisen lisäksi. Käyttäytymistaloustieteen ilmiöihin liittyvän kirjallisuuden on tavoitteena tuoda työhön ymmärrystä ihmisen luontaisista käyttäytymismalleista. Tämä tieto voi täydentää asiakasymmärryksen muodostamista palvelumuotoiluprosessissa ja tarjota siihen työkaluja. (Alakoski & Hytönen 2016, 15.)

Käyttäytymistaloustieteen ilmiöistä rajoittunut tarkkaavaisuus (bounded awareness) ja prospektiteoria otetaan mukaan asiakaskokemuksen teoreettisiksi tarkastelukohdiksi. Rajoittunut tarkkaavaisuus on valittu yhdeksi keskeisistä ilmiöistä, koska sairaalan saapuessaan potilaat ovat vieraassa ympäristössä ja sairaita, eivätkä välttämättä kykene havainnoimaan asioita terveen tavoin. Läheisen saapuessa sairaalaan myös omaiset ovat usein huolissaan tutusta poikkeavasta ympäristössä ja tilanteesta. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa omaisten tarkkaavaisuuden suuntautumiseen.

3.1 Mitä palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka tarkoittaa?

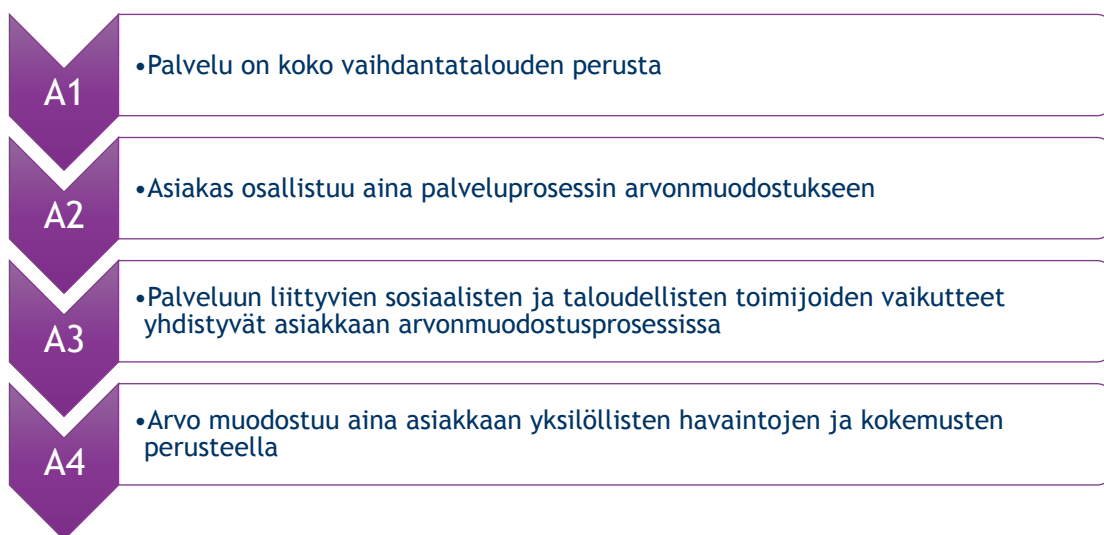
Vargo ja Lusch (2004) lanseerasivat **palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan** käsitteen, joka on vastakkainen näkökulma tuotekeskeiselle liiketoimintalogiikalle (Lusch & Vargo 2014, 15 - 16). Tuotekeskeisessä liiketoimintalogiikassa palvelua tarkasteltiin tuotteina tai aineettomina asioina, joihin kulutamme rahaa. Palvelukeskeisessä liiketoimintalogiikassa palvelua tarkastellaan omana toimintanaan. (Lusch & Vargo 2014, 12). Palvelukeskeisessä liiketoimintalogiikassa lähdetään liikkeelle palveluratkaisuista, prosesseista, yhteisestä hyödystä ja yhteiskehittämisestä (Lusch & Vargo 2014, 15 - 16).

Palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan teoria ja tutkimus ovat peräisin markkinoinnin alalta. Viime vuosikymmenenä sitä on kuitenkin sovellettu lukuisilla eri aloilla muun muassa palvelumuotoiluissa, innovaatiotutkimuksissa, insinööritieteissä, johtamisessa, tietojenkäsittelytieteissä ja terveydenhuollon tutkimisessa. Tämä osoittaa palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan suuren sovellettavuuden eri aloille. (Vargo & Lusch 2017, 58 - 59.) Joiner & Lusch (2016) ovat ehdottaneet jopa terveydenhuollon arvon määrittämiseen uutta paradigmat, joka pohjautuu palvelukeskeiseen liiketoimintalogiikkaan.

Opinnäytetyöhön on valittu palvelukeskeinen liiketoimintalogiikan käsite, koska siinä huomioidaan sekä palveluntuottajan että asiakkaan näkökulma. Tässä opinnäytetyössä palvelukeskeistä liiketoimintalogiikkaa tarkastellaan terveyskeskussairaalan kontekstissa. Sairaalassa palveluita tuottaa lukuisa määrä ihmisiä. Sairaalapalveluiden asiantuntijaosajia ovat lääkärit, hoitajat ja fysioterapeutit. Muita palveluntuottajia ovat siivoojat ja vartijat. Asiakkaiden eli kuntalaisten, jolta aineisto on kerätty, ei ole ollut mahdollista valita kunnallista terveyskeskussairaalapalveluita tuottavaa sairaalaa.

Palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan mukaan asiakkaan rooli on keskeinen palveluprosessin aikana, ja palvelu määritellään toiminnaksi, jolla pyritään tuottamaan vuorovaikutuksessa hyötyä palvelun kohteena olevalle asiakkaalle (Lusch & Vargo 2014, 74.)

Lusch ja Vargo (2014, 15 - 17) määrittelevät neljä palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan johtajatuotausta (kuvio 3). Ensimmäisessä väittämässä he tuovat esille, että palvelu on koko vaihdantatalouden perusta (Kuvio 3, A1). Palvelun tuottaja käyttää osaamistaan eli tietojaan ja taitojaan tuottaakseen hyötyä asiakkaalle. Väittäjä perustuu ajatukseen, että tavarat (goods) ja hyödykkeet eivät tuota itsessään arvoa. Lusch ja Vargo (2014, 15) toteavat, että *”tavarat ovat palvelujen tarjoamiseen tarkoitettuja välineitä”*. Tavarat ovat hyödykkeitä, jotka muodostavat vain osan palveluprosessista, ja ne toimivat erilaisten palveluiden välittäjinä. Esimerkiksi ambulanssi on väline, jolla potilas pääsee siirtymään kotoa lääketieteellisen asiantuntija-avun piiriin. (Lusch ja Vargo 2014, 15 - 17.)



Kuvio 3: Palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan keskeiset väittämät (Lusch & Vargo 2014, 15; Lusch & Vargo 2015)

Toisessa väittämässä todetaan, että asiakas osallistuu aina palvelun arvonmuodostusprosessiin. Lusch & Vargo (2014, 15 - 16) tähdentävät, että asiakkaan kokema arvo muodostuu palvelutilanteiden vuorovaikutuskohtaamisissa. Arvoa voi muodostua vuorovaikutustilanteissa henkilöiden välillä, tai välillisesti hyödykkeiden avulla (Kuvio 3, A2). Asiakassuhteille on tyyppistä verkostomaisuus, johon kirjoittajien kolmas väittäjä perustuu (Kuvio 3, A3). Arvonmuodostukseen ja päätöksiin vaikuttavat tuottajan ja asiakkaan keskinäisen toiminnan lisäksi monet muutkin seikat. Esimerkiksi kaikki palveluun liittyvät sosiaaliset ja taloudelliset reali-

teetit. Potilaan arvonmuodostukseen sairaalassa vaikuttavat esimerkiksi vaihtuvat vuorotyötä tekevät asiantuntijat, muu henkilökunta ja hyödykkeet, joita sairaalassa edustavat esimerkiksi potilashuone ja sen kalusteet.

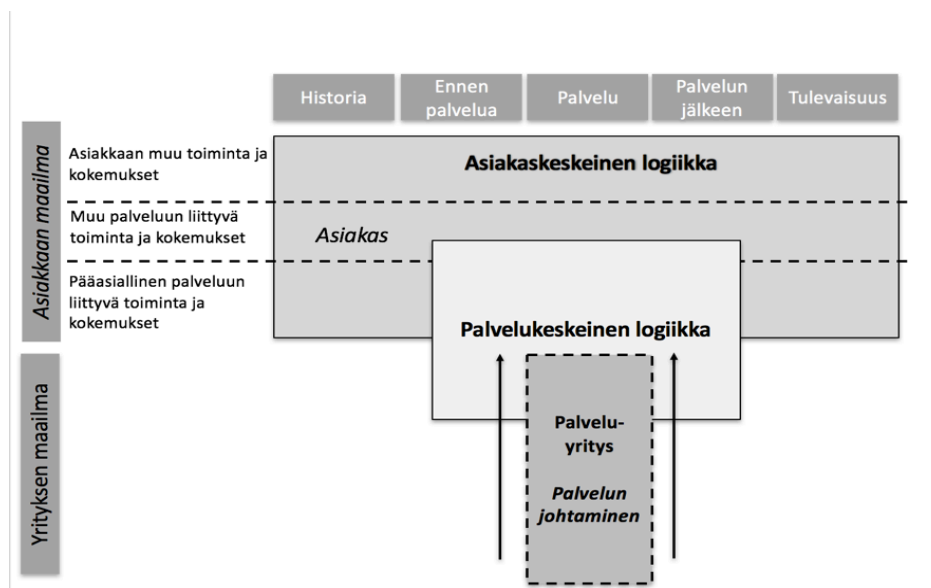
Neljännessä väittämässä (Kuvio 3, A4) korostetaan sitä, että arvo rakentuu aina palvelun käyttäjän subjektiivisten havaintojen ja kokemusten perusteella. Jokainen ihminen tulkitsee samalaiseltakin vaikuttavat tilanteet omasta kokemusmaailmastaan. Tästä syystä eri ihmisille syntyy samasta palvelutapahtumasta ja tilanteesta erilainen kokemus. Tästä syystä arvonmuodostuksen voidaan todeta olevan aina konteksti- ja kokemussidonnaista. (Lusch ja Vargo (2014, 16 - 17.)

Myöhemmin Luch ja Vargo lisäsivät vielä viidennen väittämän, palveluiden ekosysteemin. Se korostaa instituutioiden ja institutionaalisten järjestelmien tärkeää roolia arvoketjun järjestelmässä. (Luch & Vargo 2015.)

Lucsh ja Vargo (2014, 72 - 74) määrittelevät palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan asiakas-keskeiseksi lähestymistavaksi, joka yhdistää suhdemarkkinoinnin ja asiakas-keskeisyyden. Heidän mukaansa asiakas on huomioitava kaikessa.

Asiakas-keskeinen liiketoimintalogiikka menee palvelukeskeistä liiketoimintalogiikkaa lähemmäs asiakasta, tämän jokapäiväiseen elämään, ja sen tavoitteena on kehittää käytäntöjä, toimintaa ja ratkaisuja asiakkaan lähtökohdista käsin (Strandvik & Heinonen 2015, 111 - 112).

Heinosen ym. (2010, 353) malli (kuvio 4) kuvaa, kuinka asiakas-keskeinen liiketoimintalogiikka eroaa palvelukeskeisestä liiketoimintalogiikasta sekä asiakkaan ja palveluntarjoajan suhteen toisiinsa. Asiakkaan kokemusta tarkastellaan kolmelta tasolta. Alimpina on esitelty pääasialliset palvelurajapinnan kokemukset sekä muut palveluun liittyvät kokemukset. Lisäksi huomioidaan asiakkaan palveluun liittymättömät kokemukset eli muu elämä, joka vaikuttaa asiakkaaseen, hänen toimintaansa, valintoihin ja tunteisiin. (Heinonen 2010, 553 - 536) Asiakas-keskeinen liiketoimintalogiikka huomioi siis asiakkaan historian, tulevaisuuden ja palvelukokemuksen palvelukeskeistä liiketoimintalogiikkaa laajemmin.



Kuvio 4: Palvelukeskeisen ja asiakas-keskeisen liiketoimintalogiikan eroja (Heinonen ym. 2010, 535)

3.2 Asiakkaan kokeman arvon muodostuminen

Eri liiketoimintalogiikoissa arvon syntyminen nähdään eri tavoin. Yksi keskeisistä eroista on, missä ja miten arvo syntyy. Tuotokeskeisessä liiketoimintalogiikan mukaan arvon määrittää tuottaja ja arvo syntyy vaihtoarvona asiakkaalle ostotapahtuman yhteydessä. Palvelukeskeisessä liiketoimintalogiikassa asiakkaan nähdään rakentavan arvoa yhdessä palvelun tarjoajan kanssa. Palveluliiketoiminnan logiikan näkökulmasta asiakas määrittää arvon ja kokee sen käyttöarvona ja käyttöarvo syntyy yhdessä palvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä. Asiakskeskeisessä liiketoimintalogiikassa arvon nähdään rakentuvan vuorovaikutuksessa asiakassuhteessa. Arvo on konteksti- ja kokemussidonnaista. Käyttäytymistaloustieteen prospektiteroria tuo arvon muodostukseen referenssidonnaisuuden, joka tarkoittaa, että yksilö arvioi ja vertaa kokemuksia positiivisina tai negatiivisena suhteessa aikaisempaan kokemukseen.

Palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan (Service-Dominant Logic) mukaan kaikki liiketoiminta on palvelua, jonka tehtävänä on tukea asiakkaiden arvontuotantoa. Arvolla on kontekstisidonnainen luonne asiakkaan ja palvelun tarjoajan välisessä vuorovaikutuksessa. Prosessi on yksilöllinen ja kontekstisidonnainen. Asiakas on aina mukana arvon luomisessa ja hän myös määrittää arvon. (Lusch & Vargo, 2014, 14 - 15.) Keräsen ja Ojasalon (2011) mukaan asiakkaan kokemus ja käsitykset ovat tärkeässä merkityksessä ja arvoa luodaan siinä vaiheessa, kun palvelua kulutetaan tai käytetään.

Palvelukeskeisessä liiketoimintalogiikassa arvon nähdään syntyvän asiakkaalle käyttöarvona ja siitä käytetään käyttöarvo-käsitettä (value-in-use) (Lusch & Vargo 2014, 15 - 16, 91). Arvo luodaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja siihen vaikuttavat useat tekijät (Vargo & Lusch 2014, 57, Vargo & Luch 2008).

Palveluliiketoiminnan (Services as dominant logic) näkökulmasta tarkastelussa ovat asiakkaiden tarpeet ja arvomaailma. Grönroos ja Ravalid (2011, 12 - 13) nostavat esiin, että palvelun kehittäminen on jatkuva prosessi. Huomioimalla sekä asiakkaan tarpeet, että asiakkaan arvomaailma palvelun tarjoajalle avautuu mahdollisuus osallistua asiakkaan arvonmuodostusprosessiin. Asiakkaan käsitys palvelun arvosta on aina subjektiivinen. Palvelutarjoajan tehtävä on tuottaa prosessit ja resurssit, joiden raameissa palvelu ja siihen liittyvä arvonmuodostusprosessi tapahtuu. Asiakas on prosessin keskiössä käyttöarvon muodostumisessa, kun taas palvelutarjoajan tehtävänä on mahdollistaa ja tukea asiakkaan arvonmuodostumista.

Asiakas yhdistää henkilökohtaisen ja sosiaalisen kontekstinsa osaksi arvokäsitystä jokaisessa palvelupolun eri vaiheessa. Yrityksen tai organisaation arvolupaus (value proposition) testataan palvelun käytön yhteydessä. Asiakkaan arvokäsitys sisältää palvelukokemuksen lisäksi henkilökohtaisia arvonmuodostusprosessiin liittyviä tekijöitä. Grönroos ja Voima (2012, 138) kutsuvat käyttöarvoksi (value-in-use) asiakkaan lopullista arvokäsitystä ja siihen liittyviä arvonmuodostusprosessin seurauksena syntyneitä kokemuksia. (Grönroos & Voima 2012, 138.)

Palvelun arvon ja asiakkaan tarpeet saattavat vaihdella tilanteen ja asiayhteyden mukaan. Tarpeet ovat tilannesidonnaisia. Tilannesidonnaisuus tarpeiden osalta korostuu niissä palveluissa, joissa asiakas on suorassa kontaktissa palvelun tarjoajaan. Eri tilanteissa asiakas voi suhtautua samaan palveluun eri tavoin. Aika ja konteksti vaikuttavat myös arvonmuodostuksen prosessiin. Asiakas arvioi arvolupauksia aina kontekstista käsin, ja tähän vaikuttavat myös aikaisemmat kokemukset. Aikaisempien arvokokemuksien vaikutusta asiakkaan päätöksen tekemiseen on vaikea arvioida. (Heinonen 2004, 8.) Strandvik ja Holmlund (2015, 218) ovat tuoneet ilmi, että asiakkaan tarpeisiin ja arvonmuodostukseen liittyviin tekijöihin kuten tunteisiin ja mielikuviin kiinnitetään liian vähän huomiota.

Helkkula (2010, 26) tuo esille, että **asiakskeskeisessä liiketoimintalogiikassa** huomioidaan aikaisemmin esiteltyjen logiikoiden lisäksi, että asiakkaan menneet, nykyiset ja tulevat kokemukset vaikuttavat arvon muodostumiseen, ja täten asiakaskokemus on alati muuttuva prosessi. Asiakkaan henkisten ja tunteisiin liittyvien kokemusten vaikutus on tärkeä ymmärtää suhteessa asiakaskokemuksen koettuun laatuun. Asiakaskokemus koetaan yksilöllisesti. Tilan-

teina asiakaskokemus on kuitenkin sekä yksilöllinen että sosiaalinen, sillä ihmiset ovat toisiinsa yhteydessä. Asiakaskokemus tapahtuu palveluympäristössä, ja se on sekä subjektiivinen sekä tilanne- ja kontekstisidonnainen. (Helkkula 2010, 84.)

Palvelutarjoajakeskeinen näkökulma

Asiakaskeskeinen näkökulma

Liiketoimintalogiikka	Tuotokeskeinen liiketoimintalogiikka 1990-luku Goods-Dominant Logic (GDL)	Palvelukeskeinen liiketoimintalogiikka 2000-luku -> Service-Dominant Logic (SDL)	Palveluliiketoiminnan logiikka 2000-luku -> Services as dominant logic (SL)	Asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka 2010-luku -> Customer Dominant Logic (CDL)
Asiakas	Tavaroiden tai palveluiden ostaja.	Hankkii arvoa Arvon co-creator	Määrittää arvon	Arvon muodostaja
Arvo	VAIHTOARVO (value-in-exchange) Tuottajan määrittämä	KÄYTTÖARVO Value-in-use / value-in-context	KÄYTTÖARVO (value-in use) Luodaan yhdessä, asiakas määrittää ja kokee käyttöarvona	ARVON YHTEISMUODOSTUS/ KERTYMINEN value in-use + value formation -Perustuu vuorovaikutukseen
Arvon muodostuminen	Muodostuu asiakkaalle tai käyttäjälle vaihtoarvona ostotapahtumassa tai vaihtotapahtumassa (Luch & Vargo 2014, 6-7)	Asiakas muodostaa arvoa itselleen palvelua käyttäessään vuorovaikutuksessa (value co-creation)	Käyttäjä voi luoda arvoa. Yritys voi osallistua ja luoda arvoa yhdessä asiakkaan kanssa.	Asiakas säätelee arvon muodostumista -kokemuksesta syntyvä hyöty -pitkä jopa jatkuva prosessi -Konteksti- ja yksilösidonnaista (co-creation of value)
Tutkijat	Gummerson 2007; (Vargo & Luch 2004)	Vargo & Luch 2004; Vargo & Luch 2008; Vargo & Luch 2015; Vargo ym 2008	Grönroos & Rawald 2011; Grönroos & Voima 2013	Heinonen ym. 2010; Helkkula ym. 2012; Heinonen & Strandvik 2015;

Taulukko 3: Arvon muodostuminen eri liiketoimintalogiikoiden näkökulmasta

Taulukossa kolme on tiivistetty eri liiketoimintalogiikoiden näkökulma arvon muodostumisen näkökulmasta.

Vallitseva näkemys arvosta viittaa siihen, että arvon kokemisen myötä asiakas on jotenkin paremmassa tilanteessa kuin aikaisemmin (Grönroos 2008; 2011, 6), asiakkaan ongelma on ratkaistu, hänen elämänsä on helpottunut, hän on saanut lisää mielenrauhaa tai asiakkaan vaivannäköön käytettävä aika vähentynyt (Grönroos ja Voima 2013, 135). Arvo syntyy kokemuksen perusteella, joskus tosin kokemus saattaa vaikuttaa myös arvon menettämiseen (Grönroos ja Gummerus, 2014, 85).

Asiakkaalle arvo ei muodostu vain toiminnallisesta ja taloudellisesta näkökulmasta. Organisaatiot unohtavat välillä, että asiakkaat arvostavat myös emotionaalisia, eettisiä, sosiaalisia ja ympäristöasioita. (Grönroos ja Voima 2013, 135.)

Heinonen, Strandvik ja Voima (2013) toteavat arvon määräytymisestä asiakkaalle seuraavasti: arvoa ei aina luoda tarkoituksellisesti, eikä arvoa luoda vain palvelun tarjoajasta käsin, vaan se luodaan myös asiakkaan todellisuudesta käsin. Arvo koetaan sosiaalisessa kontekstissa sekä kognitiivisesta että toiminnallisesta näkökulmasta. Arvoa ei myöskään muodostu tyhjiössä, sillä asiakkaan todellisuus on yhteydessä aina toisiin ihmisiin ja eri ympäristöihin.

Käyttäytymistaloustiede, erityisesti prospektiteoria tuo mielenkiintoisen lisän arvonmuodostuksen tarkasteluun. Alun perin Nobel palkinnon voittanut Danielin Kahneman kehitti **prospektiteorian** yhteistyössä Amos Tverskyn kanssa vaihtoehdoksi taloustieteelliselle standardi-

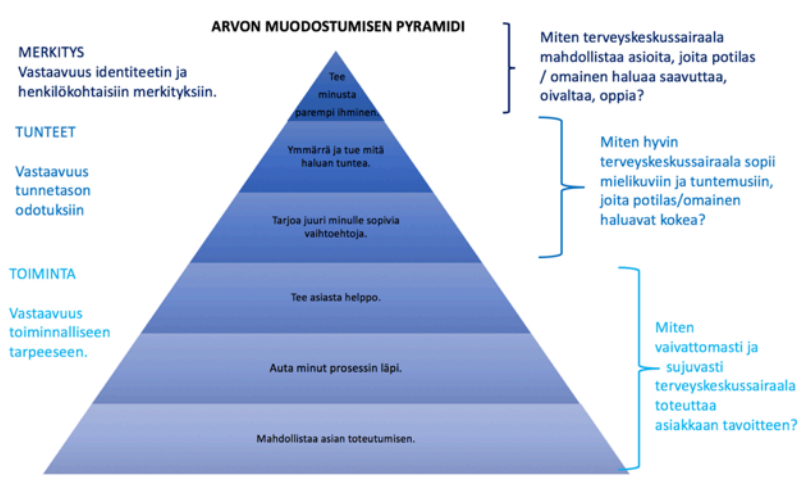
teorialle. **Prospektiteoria tuo referenssidonnaisuuden arvonmuodostuksen tarkasteluun** Se ottaa huomioon paremmin ihmisen käyttäytymisen. (Nobel-palkinto 2002.) Prospektiteoria osoittaa, että menetys on merkittävämpi kuin samanarvoinen voitto (Kahneman & Tversky 1981).

Prospektiteoriassa keskeistä on referenssidonnaisuus (Alakoski & Hytönen 2016, 10). Teoria osoittaa, että ihmiset välttelevät menetyksiä ja arvioivat vaihtoehtoja suhteessa referenssipisteisiin eli vertailupisteisiin. (Samson 2017, 2; Kahnemahn & Tversky 1979). Se tarkoittaa, että ihminen arvioi vaihtoehtoja suhteessa vertailupisteeseen voittona ja tappioiden. Vertailupisteinä voi toimia esimerkiksi nykyinen varallisuus, tavoitetaso tai odotettu varallisuus lähitulevaisuudessa. Prospektiteorian arvofunktion avulla voidaan ymmärtää useita poikkeamia ihmisten käyttäytymisessä. (Alakoski & Hytönen 2016, 10.)

Vaikka prospektiteoria on esitelty erityisesti taloustieteen näkökulmasta, teoria on valmis sovellettavaksi muihinkin asioihin, esimerkiksi elämän laatuun. (Kahnemahn & Tversky 1979) Teoriaa voidaan laajentaa valintatilanteisiin, joissa lopputuloksia ei ole nimenomaan annettu. Tällaisissa tilanteissa päätöksen painoarvo tulee pikemminkin liittää tiettyihin tapahtumiin kuin määrättyihin (stated) todennäköisyyksiin. Prospekti-teoria ottaa huomioon lähtökohdan (starting point) sekä miltä muutos tuntuu. Se ottaa myös huomioon, että ihmiset eivät ole toiminnassaan rationaalisia. Ihmiset eivät tee valintoja yksinomaan sen perusteella, mikä on hyödyllisintä, vaan sen perusteella, mikä valinta on vähemmän vastenmielinen (aversive) tai aiheuttaa vähemmän menetyksiä. (Kahneman 2003.) Referenssipiste ei ole vakio, vaan se muuttuu ajan kuluessa kokemusten myötä.

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan prospektiteoriaa asiakkaiden kokemusten tarkastelussa. Ihminen ei arvioi kokemusta oletusarvon suhteen vaan referenssipisteen suhteen. Ihminen arvioi tapahtumia ja kokemuksia vertaamalla niitä referenssipisteeseen eli aikaisempaan kokemukseen: jos jotain huonompaa tapahtuu, se koetaan pettymyksenä, ja jos jotain parempaa tapahtuu, se koetaan positiivisena asiana.

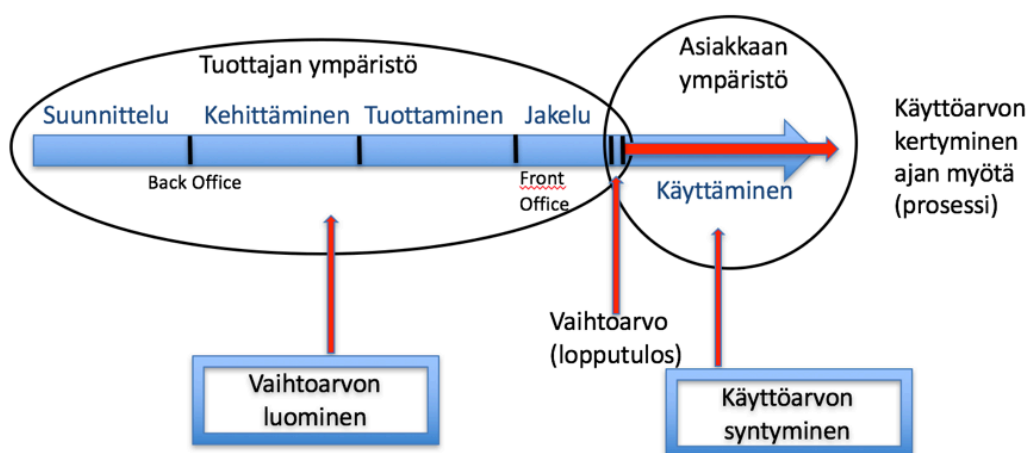
Tuulaniemi (2013, 74) kuvaa, että asiakaskokemus ja arvon muodostuminen voidaan jakaa kolmeen tasoon: toimintaan, tunteeseen ja merkitykseen. Alin toiminnan taso tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaan tarpeeseen eli sitä, kuinka sujuvasti ja vaivattomasti palvelu on hahmotettavissa ja, miten se vastaa asiakkaan tavoitteeseen. Keskimäinen taso eli tunnetaso tarkoittaa asiakkaalle syntyviä välittömiä tuntemuksia ja henkilökohtaisia kokemuksia. Kuinka miellyttävä kokemus oli? Minkälainen tunnelma vallitsi? Miten helposti asiat sujuivat? Ylin asiakaskokemuksen taso on merkitystaso, joka tarkoittaa kokemukseen liittyviä mielikuva- ja merkitysulottuvuuksia, kokemuksen henkilökohtaisuutta, oivalluksia, suhdetta asiakkaan elämäntapaan, kulttuurisia koodeja, unelmia, tarinoita, lupauksia, tai suhdetta omaan identiteettiin.



Kuvio 5: Arvon muodostumisen pyramidi Tuulaniemeä (2013) mukailten

3.3 Miten palveluntarjoaja voi vaikuttaa asiakkaan arvonmuodostusprosessiin?

Palveluntarjoajan roolia ja mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaan arvonmuodostusprosessiin voidaan Grönroosin ja Voiman (2013, 139 - 140) mukaan kuvata arvon kehillä (value spheres). Palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen arvon yhdessä luominen (value co-creation) on mahdollista ainoastaan heidän ollessa vuorovaikutuksessa keskenään. Palveluntarjoajan on mahdollista vaikuttaa asiakkaan arvonluontiin, kun hän on asiakkaan kanssa suorassa vuorovaikutuksessa. Jos palveluntuottaja ja asiakas eivät kohtaa, asiakas muodostaa arvon itse. Asiakkaan ja palveluntarjoajan yhteistä arvonmuodostusprosessia havainnollistaa palveluntarjoajan ja asiakkaan kehien kohtaaminen alla olevassa kuviossa (kuvio 6). Aktiivisen keskustelun avulla palveluntarjoaja voi oppia ymmärtämään asiakkaan tunteita ja käyttäytymistä (Payne, Storbacka & Frow 2008, 88).



Kuvio 6: Vaihtoarvon ja käyttöarvon syntymisen erojen vertailua (Grönroos & Voima 2013)

3.4 Palvelumuotoilu ja kehittäminen sairaaloissa

Brown (2008, 87 - 88) kuvaa, kuinka palvelumuotoilumenetelmin kehitettiin Yhdysvalloissa Kaiser-sairaalassa sairaanhoitajien työvuorovaihtoa ja siinä välitettävää potilastietoa. Tutkijat observeivat sairaanhoitajien vuorovaihtoa ja siihen liittyviä ongelmakohtia. Sairaanhoitajat siirtyivät ensin vuorovaihdon yhteydessä potilaan luokse välittämään potilastietoja. Viikossa kehitettiin prototyyppi, jolla sairaanhoitajat pystyivät nauhoittamaan potilasta koskevaa tietoa vuoron ajan suullisesti kirjallisesti välitettävän tiedon sijaan. Sovellus muokkasi äänitetyn puheen kirjalliseen muotoon. Tämä paransi tiedonvaihtoa, vähensi valmistelu-aikaa ja lisäsi sairaanhoitajien aikaa potilaille. Sairaanhoitajien työtyytyväisyys ja tuottavuus lisääntyivät.

Potilaslähtöisyyden parantamiseksi City Hospital Sunderland NHS Foundation Trust kehitti potilaspolun (patient journey), jonka tuloksena syntyi useita muutoksia palveluiden toimittamiseen. Potilaspolku-lähestymistavan merkittävimmät piirteet ovat: ”äänen” antaminen potilaille, moniammatillisen yhteistoiminnan lisääminen, jaettu päätöksenteko, tosiasioiden esittäminen muutoksen osoittamiseksi ja tulosten saavuttaminen. Baronin (2009) mukaan Sunderlandin potilaspolku-malli on tehokas, potilaskeskeinen ja yhteisöllinen palveluiden parannusmalli.

Linnanmäen (2017, 1623) mukaan tulevilla SOTE-uudistuksilla pyritään sosiaali- ja terveydenalan asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiskehittämiseen ja asiakasosallisuuteen, jolla tarkoitetaan asiakkaiden aktiivista osallistumista palveluiden suunnitteluun, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin. Pelkkä palautteen kerääminen ja asiakkaiden kuuleminen eivät toteuta sellaisenaan asiakaslähtöistä ajattelua (Leeman & Hämäläinen 2016).

Ahola ja Vainio (2016) ovat raportoineet palvelumuotoilun onnistuneesta käytöstä riskiryhmien palveluiden kehittämisessä. Asiakasosallisuuden tavoitteena on, että hoito ja palvelu toimisivat paremmin ja oikea-aikaisemmin asiakkaan tarpeita huomioiden. Asiakasosallisuutta ja yhteiskehittämistä voidaan toteuttaa kokemusasiantuntijoita, kehittäjäasiakastoimintaa, asiakasraateja, palvelumuotoilua ja asiakasarviointeja käyttämällä. (Linnanmäki 2017.)

3.5 Käyttäytymistaloustiede kehittämisessä

Seuraavaksi tarkastellaan ihmisen ajatteluun, tarkkaavaisuuteen, tiedonkäsittelyyn ja päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä, jotka on hyvä huomioida palvelumuotoilussa asiakaspolkua ja asiakaskokemusta kartoittaessa ja kehitettäessä, sillä ajatteluun ja informaation valikointiin vaikuttavat lukuisat tekijät. Sairaalaympäristössä potilaat sekä omaiset tekevät päätöksiä tietoisesti tai tiedostamatta. Päätökset voivat olla joko passiivisia tai aktiivisia. Ohjeidenantotilanteissa ja ohjauskeskusteluiden aikana potilas ja omainen tekevät päätöksen, millä asenteella he ohjeita kuuntelevat sekä noudattavatko he saamiaan ohjeita tai suosituksia, ja millä tavoin.

Amos Tversky ja Daniel Kahneman ovat käyttäytymistaloustieteen uranuurtajia ja he työskentelivät tutkimuksessaan vuosikymmenien ajan tutkien heuristiikkoja (heuristics) ja ajatusharjoja (bias), jotka ovat läsnä, kun ihmiset käsittelevät tietoa ja tekevät päätöksiä ja valintoja. Kahnemanin ja Tverskyn vuosikymmenien tutkimustyö muodosti lopulta perustan käyttäytymistaloustieteelle, joka huomio ihmisen intuitiivisen ajattelun olemassaolon, siihen keskeisesti liittyvät heuristiikat ja ajatusharhat, jotka johtavat epäsäännöllisyyksiin ihmisten käyttäytymismalleissa (Kao & Velupillai 2015, 242 - 244).

Ajattelu ja tarkkaavaisuus

Käyttäytymistaloustieteen ja psykologian tutkijat ovat esittäneet teorian, että ihmisellä on **kaksi erilaista ajattelun ja päätöksenteon muotoa**, joita ihmiset käyttävät informaation prosessoinnissa ja päätöstententessä (Kahneman 2002; Stanowich & West 2000, 658-659; Thaler & Sunstein 2009, 19-20, Kahneman 2013, 20-30). Stanowich ja West (2000, 658) nimesivät nämä termeillä systeemi 1 ja systeemi 2. Kahneman käyttää eri ajattelun muodoista samoja termejä kuin Stanowich ja West. Thaler ja Sunstein puolestaan käyttävät samasta asiasta termejä intuitiivinen ja reflektiivinen ajattelu. (Kahneman 2002.) Kahneman (2003, 1449) on todennut, että eri ajattelun muodot vastaavat suunnilleen arkielämän käsitteitä intuitio ja järkeily. Tässä opinnäytetyössä eri ajattelun muodoista käytetään Kahnemanin nimityksiä.

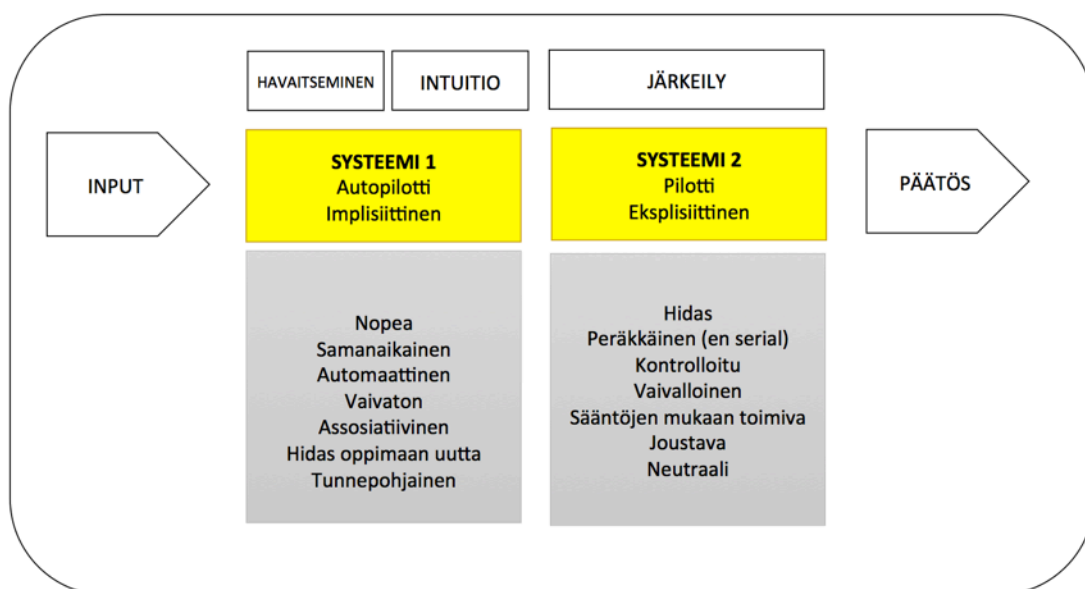
Systeemi yksi ajattelu on nopeaa, informaatio prosessoidaan intuitiivisesti ja automaattisesti. Ajattelun muotona se on vaistonvarainen ja emotionaalinen. Systeemi yksi yhdistää havainnoin ja intuition, 'eikä se koskaan nuku'. Se on assosiativinen, ja se prosessoi informaatiota rinnakkain, mutta se on hidas oppimaan uutta, ja turvautuu mentaaliin oikopolkuihin eli heuristiikkoihin, ja muodostaa intuitiivisia vastauksia ongelmiin sitä mukaan, kun niitä ilmaantuu. **Systeemi kaksi** ajattelu sen sijaan on hidasta, loogista ja harkitsevaa. Systeemi kaksi on tiedostava, energiaa ja vaivannäköä vaativa, mutta samalla se on joustava. Se auttaa meitä tekemään päätöksiä reflektoiden. (Stanowich & West 2000; Kahneman 2002; Kahneman 2003; Kahneman 2013, 20 - 30; Barden 2013, 8 - 9.)

Kahneman (2003, 1450 - 1451) toteaa, että suurin osa ajattelusta, päätöksistä ja arvioista tehdään intuitiivisesti eli systeemi ykköstä käyttäen. Bazerman & Moore (2012, 3) toteavat, että se riittää monissa tilanteissa. Yleensä ihminen päättää automaattisesti ja tiedostamatta,

kuinka hän tulkitsee verbaalista kieltä ja visuaalista informaatiota. Ihminen käyttää systeemi 1 ajattelua sekä silloin, kun hän toimii kuten aina ennenkin eli tapojensa mukaisesti, että silloin, kun hän hyödyntää heuristiikkoja eli päätöksenteon peukalosääntöjä (Alakoski & Hytönen 2016, 11).

Systeemi ykkösen tehtävänä on nopeuttaa ajatteluamme erilaisten heuristiikkojen avulla. Systeemi kaksi käynnistyy, kun systeemi yksi toteaa päätöksen vaativan kognitiivista vaivannäköä eli pohdintaa. (Bazerman & Moore 2012, 3 - 4; Kahneman 2012, 21, 41, 65).

Voidaan ajatella, että tunteita herättävässä tilanteessa ihmisen on vaikeampi omaksua uutta. Sairaalan saapuminen ambulanssilla kotoa tai leikkauksesta on varmasti usealle potilaista ja omaisista vieras tilanne, jossa huolestumisen ja pelon tunteet saattavat nousta pintaan. Tällöin systeemi 1 ajattelu ottaa vallan ja uusien ohjeiden ja toimintatapojen ymmärtäminen ja oppiminen voivat olla vaikeaa.



Kuvio 7: Ajattelun kaksi systeemiä, jotka määrittävät päätöksiä ja käyttäytymistä Kahnemania (2013, 1451) ja Bardenia (2013) mukailten

Ihmisen ajattelun ja päätöksenteon kaksi erilaista muotoa olisi hyvä huomioida sairaalakontekstissa asiakkaiden kanssa tehtävässä työssä ja sen suunnittelussa. Hoitohenkilökunnalle olisi varmasti hyödyllistä tuntea kaksi ajattelun systeemiä ja tunnistaa kohdat esimerkiksi ohjeiden annossa ja ohjaustilanteissa, joissa potilailta vaaditaan erityisiä ponnisteluja ajattelussa, jossa tarvitaan hidasta systeemi kakkosen ja pyrkiä etsimään näihin kohtiin esimerkiksi ennakolta ratkaisuja henkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen helpottamiseksi.

On olennaista, että toimintamallit ja käytännöt pyritään suunnittelemaan niin, että ne vaikuttaisivat potilaan systeemi kakkoseen, jotta hän ymmärtää paremmin itseään koskevien ohjeiden ja neuvon merkityksen oman terveyden ja kuntoutuksen edistämiseksi. Paremmat tiedottamisen ja selkeämpien hoitotoimenpiteiden selostuksien tarkoituksena olisi siis pyrkiä vaikuttamaan systeemi 2 mukaisen ajattelun lisääntymiseen potilaan toiminnassa, ja sitä kautta tämän terveyden edistämiseksi.

Valikoivasta tarkkaavaisuudesta (selective attention) tiedetään, että pystymme kerrallaan kohdistamaan huomioon vain rajalliseen määrään ärsykeitä. Terveyskeskussairaalassa saattaa potilaalle olla paljon informaatiota tarjolla yhtäaikaaisesti lääkärikierrosten ja hoitotoimenpi-

teiden aikana. Eri viestit vetävät potilaan tarkkavaisuuden puoleensa. Kerralla potilas pystyy tulkitsemaan vain osan viesteistä ja kohdistaa tarkkavaisuuden vain yhteen viestiin kerrallaan. Kun huomio kohdistetaan yhteen asiaan, muut suljetaan pois. (Rauste-von Wright, Von Wright & Soini 2003, 110.)

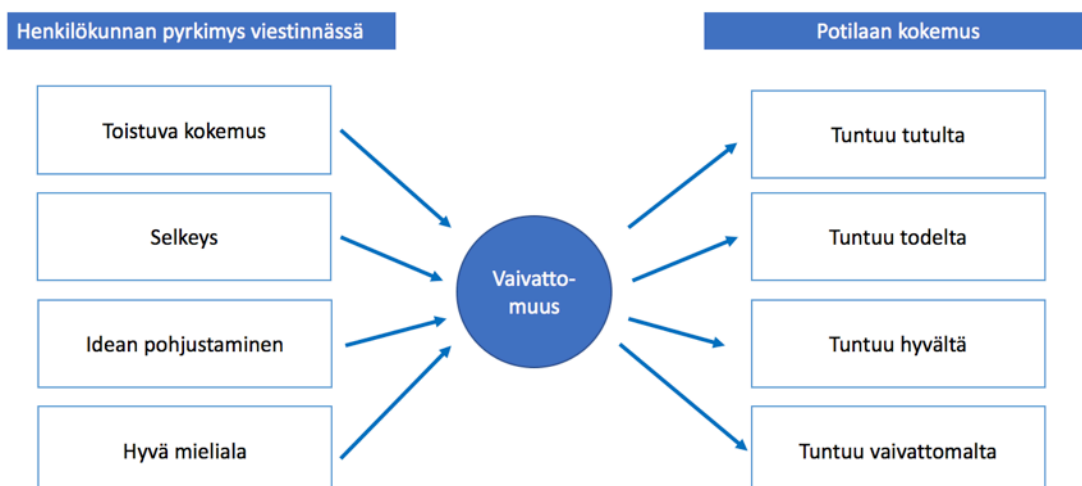
Tarkkavaisuutta on kuvattu resurssiksi, jonka määrä on rajallinen, mutta käyttö joustava. Ihminen voi keskittyä tarkkailemaan ulkoa tulevaa viestiä tai hän saattaa keskittää huomion sisäiseen pohdiskeluun. Mitä enemmän kapasiteettiä käytetään yhteen asiaan, sitä vähemmän sitä riittää muuhun. Ihmisen tiedonkäsittelykyky, aistit ja tarkkavaisuus ovat siis rajallisia. Tämän rajallisen käsittelykyvyn vuoksi ihmiset suodattavat tietoa. (Kahneman 1973, 135 - 136; Rauste-von Wright ym. 2003, 112.)

Valikoivaan tarkkavaisuuteen vaikuttavat havaintoärsyksen laatu sekä ulkoiset tekijät, että sisäiset tekijät. Ulkoisista tekijöistä esimerkiksi äänekkäät, kirkkaat, oudot tai yhtäkkiset ärsykkeet vetävät huomion puoleensa. Helposti huomataan myös nopea muutos. Sisäisillä tekijöillä tarkoitetaan tarpeisiimme liittyviä ärsykeitä. Nälkäisenä huomaamme ruoan merkkejä ja pelokkaana vaaran merkkejä. Havaitsemme myös herkästi emotionaalisesti tärkeitä ärsykeitä, kuten oman nimemme kovassa hälyssä. (Rauste-von Wright ym. 2003, 109.)

Rajoitetulla tarkkavaisuudella (bounded awareness) tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen ei näe tai kieltäytyy näkemästä hyödyllistä informaatiota, koska kiinnittää huomiota muuhun saatavilla olevaan, mutta hyödyttömämpään asiaan tai tietoon. Epäolennainen tieto häiritsee päätöksentekoa. Rajoitettu tarkkavaisuus ei ole valinta, vaan se on usein tahatonta, sillä ihmisillä on taipumus olla havaitsematta asioita, joita he eivät ole etsimässä. (Bazerman & Moore 2009, 43 - 47.) Tällaisia tilanteita voi sairaalassa olla lukuisia: kun potilas saa uutta ja monimutkaista lääketieteellistä tietoa sairauden hoidosta, kun kipu, väsymys tai lääkitys vaikuttavat tarkkavaisuutta heikentävästi.

Ihminen karttaa vaivannäköä ja pyrkii automaattisesti kohti **kognitiivista vaivattomuutta** (cognitive ease). Ihmisellä tapahtuu jatkuvasti tiedostetusti ja ehkä tiedostamattomastikin tiedon käsittelyä, jolla hahmotetaan ympärillä olevaa tilannetta: tapahtuuko jotain uutta, onko ympäristössä uhkia, pitäisikö tarkkavaisuus suunnata uudelleen tai tarvitaanko suurempaa vaivannäköä? Nämä arvioinnit tehdään automaattisesti systeemi 1 -ajattelulla, jonka tehtävänä on selvittää, onko ylimääräinen ponnistus tarpeen systeemiltä 2. Arviota seuraa kokemus kognitiivisesta vaivattomuudesta, joka vaihtelee välillä helppo - rasittava. Helppous on merkki, että asiat sujuvat hyvin. Rasittavuus on merkki ongelmasta. Silloin tarvitaan systeemi 2:sta, josta seuraa **kognitiivinen rasite** (cognitive strain). Rasite johtuu ponnistelusta ja vaatimuksista, joita ei pystytä täyttämään. Helppoudesta seuraa mitä todennäköisemmin positiivinen mieli, ihminen pitää näkemästään, uskoo kuulemaansa, luottaa intuitioonsa, mutta ajattelee pintapuolisesti ja huolettomasti. (kuvio 8) Kognitiivisen rasituksen seurauksesta ihminen on todennäköisemmin tarkkaavaisempi, mutta samalla epäluuloisempi. Ajattelu vaatii suurempaa ponnistelua, ja ihminen on todennäköisemmin epäluuloinen, tilanne on vähemmän miellyttävämpi, mutta ihminen tekee vähemmän virheitä. Samalla ajattelu sisältää vähemmän intuitiivisuutta ja luovuutta. (Kahneman 2011, 59 - 60.)

Seuraavan sivun kuvio 8 kuvaa, kuinka pohjustamalla esitettävä asiaa, pitämällä yllä positiivista mielialaa, pyrkimällä selkeyteen sekä toistolla henkilökunta voi tiedottamisessa ja ohjaustilanteissa vaikuttaa siihen, että asiakkaan kokemus tuntuu vaivattomalta ja hän uskoo kuulemaansa ja on positiivisella mielellä.



Kuvio 8: Kognitiivisen vaivattomuuden syyt ja seuraukset (Kahneman 2011, 60) sovellettuna sairaalakontekstiin

Sairaalassa potilaita hoitavat useat eri alan asiantuntijat: lääkärit, hoitajat ja fysioterapeutit. Heillä kaikilla on alakohtaista tietoa ja asiantuntijuutta. Ihmisellä on taipumus määritellä joku henkilö tai taho sellaiseksi, jolta hyväksymme informaation suoraan tiedoksi. Tällaista henkilöä kutsutaan **kognitiiviseksi auktoriteetiksi**. Merkittävä osa yksilön tiedoista, on peräisin näiltä auktoriteeteilta ja vain pieni osa tiedoista on peräisin yksilön omista havainnoista ja kokemuksista. (Uusitalo 1995, 11.) Yksilö on kasvanut ja oppinut siihen, että kun asiantuntijat, eli auktoriteetit kertovat jotakin, he ovat oikeassa (Ollila 2008, 324). Yksilöt voivat pitää kognitiivisina auktoriteetteina henkilöiden lisäksi myös kirjoja, instituutioita ja organisaatioita (Wilson 1983, 82). Yksilöt pitävät auktoriteetteina tahoja, joiden he arvioivat tietävän enemmän kuin muut. Siksi heidän sanomisilla on yksilön mielestä enemmän painoarvoa. Yksilöt saattavat kuitenkin sekoittaa tiedon ja mielipiteen. (Wilson 1983, 16 - 20.) Kognitiiviset auktoriteetit ovat alakohtaisia. Samaa henkilöä ei pidetä välttämättä kognitiivisena auktoriteettina esimerkiksi terveys- ja talousasioissa. (Wilson 1983, 16 - 20.) Joskus on myös yksilön edun mukaista, että hän uskoo auktoriteettiin, kuten silloin kun lääkäri määrää ottamaan lääkkeitä, mutta joskus auktoriteetti voi olla uutta rajoittava ja kahlitseva tekijä (Uusitalo 1995, 12).

Heuristiikat (heuristics)

Kahneman esitti Nobel-palkinnon voittaessaan, kuinka ihmisen päättely voi käyttää heuristisia oikoreittejä, jotka poikkeavat järjestelmällisesti todennäköisyyden perusperiaatteista (Nobel-palkinto 2002). Heuristiikat ovat mentaalisia oikopolkuja, jota käytetään ongelmanratkaisussa. Heuristiikoiksi kutsutaan yksinkertaistavia taktiikoita ja nyrkkisääntöjä, joita ihmiset käyttävät päätöksenteossa (Bazerman & Moore 2013, 6 - 7).

Saatavuusheuristiikka (availability heuristic) merkitsee, että ihmismieli muistaa helpommin tapahtumat, jotka esiintyvät useammin kuin tapahtumat, jotka esiintyvät harvemmin. Ihmiset muistavat tunteita herättävät, elävät, helposti kuviteltavat ja erityiset tapahtumat helpommin, kuin tapahtumat, jotka on luonteeltaan epämääräisiä, vaikeasti kuviteltavissa, tunteetomia ja mitäänsanomattomia. (Bazerman & Moore 2013, 7 - 8)

Bazerman ja Moore (2013, 50 - 53, 58) toteavat, että **ankkuroitumisessa** painotetaan ensimmäisiä havaintoja jostain asiasta ja aikaisempia kokemuksia. Ankkuroituminen tarkoittaa siis tilannetta, jossa mieli alitajuisesti tarttuu johonkin aikaisempaan kokemukseen, jopa epärelevanttiin seikkaan, mikä vaikuttaa ajatteluun ja päätöksentekoon Ankkurointivaikutusta on

tutkittu ensisijaisesti numeroin, mutta Thalerin ja Sunsteinin (2009, 23 - 24) mukaan vastavainlainen vaikutus on ensimmäisillä mielikuvilla, käsityksillä ja tunteilla. Ankkurointiharha ilmenee ajattelussa ja päätöksenteossa esimerkiksi siten, että uudessa tuntemattomassa tilanteessa muodostetaan tiedostettujen asioiden perusteella näkemys, joka toimii mielen ankkurina ajattelussa ja päätöksenteossa riippumatta siitä, kuinka hyvin se soveltuu senhetkiseen tilanteeseen. (Bazerman & Moore 2013, 50 - 53, 58.) Ankkurointivaikutusta on voitu vähentää tunnistamalla ankkuri ja etsimällä siihen vastakkaisia vastaväitteitä (Kahneman 2009). Mielen ankkureina toimivat luultavasti monilla potilailla aikaisemmat kokemukset sairaalakontekstista joka potilaina tai omaisina tai jokin ensivaikutelman aikana muodostunut asia.

Affekti- eli tunneheuristiikka tarkoittaa, että tunteita herättävät asiat muistetaan paremmin, ne huomataan helpommin ja ne prosessoidaan paremmin. Tunteet ovat aina todellisia ja oikeita niiden kokijalle, niitä ei voi pitää väärinä. Tunteiden mittaaminen samoin kuin kivun mittaaminen on hankalaa, sillä tunteet koetaan subjektiivisesti. Perustunteiksi on määritelty ilo, suru, pelko, suuttumus, yllättyneisyys sekä inho. (Chaudhuri 2006, 27 - 29.) Tutkimukset osoittavat, että positiiviset tunteet helpottavat tietojen yhdistämistä päätöksentekoa varten ja ne myös edistävät informaation avoimuutta (Isen 2000, 427).

Ajatteluharhat (bias)

Ajatteluharhat (bias) heikentävät ihmisten kykyä arvioida tietoa, muodostaa johtopäätöksiä ja tehdä tehokkaita päätöksiä (Beshears & Gino 2015).

Tappiokammon (loss aversion) käsite on peräisin Kahnemanin ja Tverskyin (1979) edellisessä luvussa esitellystä prospektiteoriasta. Se tarkoittaa, että ihminen on alttiimpi hyvinvoinnin tason vähenemiselle kuin lisääntymiselle (Benatzi & Thaler 2004, 590). Jonkin asian menettäminen tekee ihmisestä kaksi kertaa onnettomamman kuin saman asian voittaminen /saaminen tekee ihmisen onnelliseksi. Tämän takia ihminen haluaa pitää tiukasti kiinni siitä mitä hänellä tällä hetkellä on. Ihminen on paljon taipuvaisempi välttämään menetyksiä kuin tavoittelemaan saman suuruisia voittoja/hyötyjä. (Thaler & Sunstein 2009, 34.) Negatiiviset kokemukset koetaan voimakkaimpana kuin positiiviset asiat.

Satus quo harha tarkoittaa, että ihmiset ylikorostavat vallitsevaa tilannetta. Ihmisellä on alttius suosia nykytilaa muutoksen sijaan. (Kahneman 2012, 304.) Yksi sen syistä on tarkkaavaisuuden puute. Monet ihmiset omaksuvat helposti ”miten vaan”-heuristiikan, jolloin he hyväksyvät asian kuin asian sellaisena kuin se on, ajattelematta asiaa sen enempää. Tämä tarkoittaa, että ihmisille on tyypillistä hyväksyä nykyiset olosuhteet, vaikka rationaalisesti ajateltuna he hyötyisivät muutoksesta. Tämän takia tietyissä valintatilanteissa voi olla hyödyllistä miettiä, miten aloitustilanne kannattaa laatia. (Thaler & Sunstein 2009, 35, 37 - 38.) Potilaat viipyvät terveyskeskussairaalassa keskiarvolta kaksi viikkoa, ja he tottuvat vallitsevaan tilanteeseen. Sairaala voi pohtia, millainen olisi paras status quo -tila potilaan toipumisen ja kannalta, ja suunnitella potilaan sairaala-arki sekä arjesta viestiminen tältä kannalta. Silloin kun ihminen on muutostilassa, hän omaksuu uutta helpommin.

Oletusasetuksella tai oletusarvoilla (defaults) tarkoitetaan, sitä vaihtoehtoa, jonka valitsija saavuttaa tekemättä mitään. Oletusasetuksen merkitys ja vaikutus ova suuria, sillä ihminen hyväksyy tyypillisesti, minkä tahansa oletusvalinnan, vaikka sen seuraukset olisivat huomattavia (Thaler, Sunstein & Balz 2010). Tämä sisältyy moniin ihmisen päivittäin tekemiin päätöksiin, tunnisti ihminen sitä tai ei. (Dolan ym. 2010, 22 - 23.) Ihminen valitsee useimmiten helpoimman vaihtoehdon. Vähiten vaivannäköjä vaativan vaihtoehdon taustalla voivat olla laiskuus, pelko tai muut häiriötekijät. Päätös siitä, mikä asetetaan oletusvaihtoehtoksi tai, mikä asia esitetään oletusasetuksena on merkittävä, sillä suuri osa ihmisistä päättyy nimittäin oletusasetukseen riippumatta siitä, onko se hyvä tai huono hänelle itselleen. (Thaler, Sunstein & Balz 2010.) Vaivannäön vähentäminen siis kannattaa, koska se voi kasvattaa osallistumista tai vastausprosenttia. Viestien yksinkertaistamisesta on hyötyä. Se johtaa usein esimerkiksi vastausmäärän kasvuun. Erityisen hyödyllistä on tunnistaa, kuinka monitahoinen tavoite voidaan jakaa pienempiin ja helpompiin toimintaosiin. (Service 2015, 4.)

Kehystämisvaikutus (framing effect) Saman informaation esittäminen eri tavoilla herättää usein erilaisia tunteita (Kahneman 2011, 88). Eli teemme erilaisia johtopäätöksiä samasta informaatiosta riippuen siitä, kuinka tieto on meille esitetty. Kehystämisvaikutusta on tutkittu siten, että sama tieto esitetään kahdella eri tavalla, joko tappioina tai voittoina. Jos esitämme tiedon tappioina, sillä on suurempi vaikutus ihmisiin kuin, jos esitämme sen lisäyksenä. (Kahneman 2011.)

Vahvistusharhalla (confirmation bias) tarkoitetaan, että yksilö etsii lähes huomaamatta omiin ennakkokäsityksiin sopivaa tai omia ennakkokäsityksiä vahvistavaa tietoa (Bazerman & Moore 2009, 29). Tällöin ihminen siis huomioi vain aikaisempia käsityksiään vahvistavia asioita ja tietoa, ja jättää huomioimatta omalle käsitykselle vastakkaiset argumentit (Kahneman 2011, 80). Beshears & Gino (2015) korostavat, että vahvistusharhasta on kysymys silloin, kun ihminen antaa liikaa arvoa todistelle, jotka vahvistavat omia uskomuksia ja liian vähän arvoa todisteille, jotka ovat ristiriidassa omien uskomuksien kanssa. Yksilö ottaa siis helpommin tietoa vastaan, kun se vahvistaa omia käsityksiä, kuin silloin kun uusi tieto on ristiriidassa omien käsitysten ja tietorakenteiden kanssa. Haemme myös tietoa valikoiden ja vahvistusharha voi muodostua jo tiedonhakuvaiheessa. (Bazerman & Moore 2009, 29 - 30.) Ihminen etsii uutta tietoa saadessaan ensisijaisesti vahvistusta vanhoille uskomuksille, eikä automaattisesti ole valmis ottamaan vastaa uutta, aikaisemman tiedon kumoavaa tietoa. Vahvistusharha tulisi tunnistaa sairaalaympäristössä tekijänä joka saattaa vaikeuttaa tiedonvälitystä henkilökunnalta potilaille. Henkilökunnan olisi hyvä keskustella potilaiden kanssa aikaisemmista kokemuksista ja tuoda ilmi, missä asioissa terveyskeskussairaalassa toimitaan eri tai samalla tavalla. Uuden asian tiedottamiseen, joka on vastakkainen yksilön aikaisemmille käsityksille, ei yksi tiedotuskerta ole riittävä.

Nykyhetki on etusijalla (present bias) tulevaisuuden nähden. Tämä tarkoittaa, sitä että ihmisen arvostaa enemmän nykyhetkeä kuin tulevaisuutta. Ihminen ottaa mieluummin pienemmän palkkion nyt kuin suuren palkkion viikon päästä, vaikka taloudellisesti ajateltuna olisi paljon kannattavampaa odottaa yksi viikko. (O'Donoghue & Rabin 2004.) Jos vaihtoehtoina on omassa potilashuoneessa syöminen tai aulassa syöminen leikkauksesta toipuvalle vähemmän väivännäköä aiheuttaa luultavasti omassa huoneessa ruokailu. Liikkuminen parinkymmenen metrin päähän viisi kertaa päivässä luultavasti edistäisi kuntoutumista huomattavasti enemmän.

Ihmisen voi olla vaikea asettua sellaiseen henkilön asemaan, joka ei tunne asiaa yhtä hyvin kuin hän itse. Ihminen olettaa kommunikoidessaan muille, että kuulijoilla on riittävä ymmärrys asian käsittämiseen, vaikka näin ei ole. Tätä asiantuntijoille tyypillistä ajatteluharhaa kutsutaan **tiedon kiroukseksi** (curse of knowledge). Se tarkoittaa, että asiantuntijan, on vaikea eläytyä henkilön tilanteeseen, jolle selitettävä asia on uusi. Seurauksena saattaa olla, että asiantuntijan on vaikea selittää asioita ymmärrettävästi, koska hänellä saattaa olla liikaa itsestäänselvyksiä ja oletuksia, ja hän luulee ihmisten ymmärtävän itseään. (Bazerman & Moore 2012, 53 - 57).

Lääkärin ja sairaanhoitajan työ ovat asiantuntijatyötä. He saattavat toimia itselleen rutiinimaisissa töissä nopeasti ja puhua asiakkaalle vierasta asiantuntijajargonia, jolloin asiakkaan pitäisi pyrkiä käyttämään hidasta ja reflektiivistä systeemi kakkosta. Sairaalamailmassa asiantuntijoina toimivat lääkärit ja hoitajilla saattaa olla vaikeuksia asettua tietämättömän potilaan asemaan kertoessaan itselle tutuista, mutta asiantuntijaosaamista vaativista asioista liittyen sairauden hoitoon ja lääkitykseen. Sama ilmiö saattaa toistua, kun henkilökunta kertoo tutuista päivittäisistä käytännöistä osastolla.

3.6 EAST-malli kehittämisehdotusten suunnitteluohjaimena

EAST-malli tarjoaa neljä yksinkertaista tapaa soveltaa käyttäytymistaloustieteen ilmiöitä muutoksen aikaansaamisessa. Mallin tavoitteena on auttaa helpompien ja toimivimpien nettelytapojen luomisessa. EAST-nimi tulee sanoista Easy (helppous), Attractive (houkuttelevuus), Social (sosiaalisuus) ja Timely (oikein ajoitettu). Nämä neljä periaatetta perustuvat

Britannian Behavioral Insight Team ryhmän (BIT) työhön sekä tieteellisiin julkaisuihin. (Service 2012.)

Tässä opinnäytetyössä EAST-mallia on tarkoitus käyttää asiakaskokemuksen kehittämisehdotuksien tausta-ajatteluna eli suunniteltuohjaimina (design drivers). Yleensä suunnitteluohjaimet määrittävät, mitä tietoja ja ominaisuuksia asiakkaat tarvitsevat saavuttaakseen tavoitteensa, eivätkä ne ole palvelun tai tuotteen yksittäisiä ominaisuuksia. Sen sijaan ne käsittelevät asiakkaan tarpeita ja tavoitteita ja ohjaavat palvelun suunnittelua. (Goodwin 2009, 299-304, Cooper 2014, 106 - 109.) Koska EAST-malli perustuu teoriaan, se esitellään osana teorialukua.

BIT:in mukaan ensin on tärkeä ymmärtää, kuinka käyttäjät kokevat palvelut, ja jos mahdollista suunnitella interventio-muutokset käyttäjien ja palvelun tuottamisesta vastaavien ihmisten kanssa. (Service 2012, 8; Service 2015, 3; Gjerstad 2015, 27 - 28.)



Kuvio 9: EAST-malli Service (2012)

Tee se helpoksi! (easy)

Käyttäytymistaloustieteilijä Richard Thalerin suosikki sanontoja on, jos haluat edistää jonkin asian tekemistä, tee se helpoksi (Halpern 2015, 65). Asia kuin asia kannattaa siis tehdä aina vastaanottajalle mahdollisimman helpoksi. Helppous tarkoittaa esimerkiksi luvussa 3.5 esiteltyä ihmisen pyrkimystä kohti kognitiivista helppoutta, ihmisen taipumusta käyttää ajattelun systeemi ykköstä. Ihmisillä on taipumus valita ennalta asetettu vaihtoehto sen helppouden takia. Oletusarvojen (defaults) hyödyntämisen merkitys esiteltiin luvussa yksi. On hyvä muistaa, että oletusvalinnan ehdottaminen tekee asian valitsemisesta todennäköisempää. (Service 2012, 4.)

Terveystieteistä on esimerkkejä monimutkaisten asioiden yksinkertaistamisen tuomista eduista:

- sairaalan lääkemääräysten virheet saatiin pienemmään yksinkertaistamalla lomakkeita.
- kehittämällä selkeä itsehoitosuunnitelma ja keskustelemalla siitä sairaalassa potilaan kanssa vähensi 30%: ia takaisinottoa seuraavaan kuukauden aikana verrattuna muihin menettelytapoihin. Tämän lähestymistavan on soitettu toimivan sekä akuutissa että hoitokodeissa (nursing homes). (Jack ym. 2009; Berkowitz ym. 2013.)

Tee se houkuttelevaksi! (attractive)

Tämä ohjenuora perustuu luvussa 3.5 esiteltyyn valikoivaan tarkkaavaisuuteen ja rajoitettuun tarkkaavaisuuteen. Ihmisen tarkkaavaisuus on rajallista, eikä ihminen voi huomioida useita asioita yhtäaikaaisesti. Teemme helpommin sitä, mihin huomiomme kiinnittyy. Herätä siis huomiota. Huomiota voivat olla herättämässä kuvat, värit ja yksilöllistäminen (personalisati-

on). Huomiota voidaan kiinnittää myös palkitsevilla ja sanktioilla. Taloudelliset kannustimet ovat usein erittäin tehokkaita, mutta myös muunlaiset kannustimet toimivat esimerkiksi arvonnat. (Service 2015,5)

Tee se sosiaaliseksi! (social)

Osoita, että useimmat ihmiset toimivat halutulla tavalla. Kuvailamalla, mitä muut tekevät tietyssä tilanteessa kannustaa muita tekemään samaa, sillä ihminen ottaa usein mallia muista. Käytä verkostoja. Ihmiset ovat sosiaalisten verkostojen osia. Ne ihmiset joiden kanssa olemme tekemisissä muokkaavat toimintaamme. Edistä verkostoja, jotka mahdollistavat kollektiivisen toiminnan, keskinäistä tukea ja rohkaise käyttämisen leviämistä vertaisverkossa (peer-to-peer). Kannusta ihmisiä sitoutumaan lupaamalla asia muille. Sitoumusten sosiaalinen luonne on usein ratkaiseva. (Service 2015, 5.)

Tämä ohjenuora perustuu **sosiaalsiin ja kulttuurisiin normeihin**, joilla tarkoitetaan käyttäytymiseen liittyviä odotuksia tai sääntöjä ryhmässä tai yhteiskunnassa. Usein sosiaaliset normit omaksutaan muiden käyttäytymisestä, mikä merkitsee, että ne voivat muodostua ja levitä nopeastikin. (Dolan ym. 2010, 21 - 22.)

Ihminen on lajityypillisesti sosiaalinen oppija, joka hakee palautetta tekemisestään, ja jolle kanssaihmisyys on tärkeää (Rauste von Right ym. 2003, 33). Ihmisellä voidaan ajatella olevan tarve kuulua ryhmään tai laumaan. Tätä ilmiötä kutsutaan **laumakäyttäytymiseksi**, jolla tarkoitetaan, että ihmiset matkivat omaan sosiaaliseen viiteryhmään kuuluvien henkilöiden käyttäytymistä (Halko & Hytönen 2014.), joskus jopa siitä huolimatta, että yksilöllinen informaatio ehdottaa jotain muuta (Banerjee 1992, 798). Tutkimusten mukaan vaikuttaa siltä, että taipumus mukautua itseään lähellä olevien ryhmien käyttäytymiseen johtuu toisen asemaan asettumisen helppoudesta ja omaan viiteryhmään kuulumisen tarpeesta (Halko ja Hytönen 2014, 427). Ympärillä olevien ihmisten tai kuluttajien käyttäytyminen tarttuu kuin huomautta. Tätä kutsutaan **tartuntavaikutukseksi**. (Halko & Hytönen 2014.) Ihmisillä on taipumus toimia niin kuin ympärillä olevat jo toimivat (Dolan ym. 2010, 5). Sairaalassa potilaan viiteryhmän muodostavat muut potilaat, omaisten muut omaiset, henkilökunnan muut henkilökunnan jäsenet.

Sitoumusten tekemisessä niiden sosiaalinen luonne on osoitettu tieteellisesti tehokkaaksi. Sosiaalisten normien käyttö käyttäytymiseen vaikuttamisessa on ollut menestyksekkästä monilla alueilla ja suurin osa perustuu siihen, että kerrotaan mitä toiset ihmiset tekevät samankaltaisessa tilanteessa. Normeihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi viidellä yksinkertaisella tavalla: a) Jos normi on suotava, kerro se ihmisille, b) yhdistä normi kohdeyleisösi niin paljon kuin mahdollista, c) mieti sosiaalisia verkostoja, d) normit voivat tarvita vahvistamista, e) muista olla varovainen, kun käsittelet ei-toivottuja normeja. (Dolan ym. 2010, 21 - 22.)

Suurin osa sairaalan potilaista on yksityishuoneessa uudessa sairaalassa, jonka toimintatavat ovat uusia. Ensimmäistä kertaa yksilöhuoneeseen tuleva asiakas joutuu opettelemaan sairaalaan liittyvät käytännöt yksin. Todennäköisesti hän myös kysyy lähes samat kysymykset henkilökunnalta. Jos huoneessa olisi useampi kuin yksi potilas, potilaat voisivat jakaa tietoa henkilökunnan lisäksi toisilleen. Ehkä työntekijöiden aikaa myös säästyisi.

Oikea-aikaisuus (timely)

Oikea ajoitus on tärkeää. Innosta ihmisiä, kun he ovat todennäköisimmin vastaanottavaisia. Sama tarjous tai ehdotus voi eri aikoina voi tuottaa hyvin erilaisen onnistumisen. Käyttäytymistä on yleensä helpompaa muuttaa, kun osa tavoista on jo muuttunut, kuten suurien elämäntapahtumien ympärillä. Muutos pakottaa ihmisen pois nykytilasta (status quo) ja siihen jumiutumisen. Välittömien kustannusten ja hyötyjen tarjoamista kannattaa harkita, sillä ihmisiin vaikuttavat enemmän kustannukset ja hyödyt, jotka tulevat välittömästi voimaan verrattuna myöhemmin voimaan tuleviin hyötyihin. (Service 2012, 6; Kahnemahn 2002.) Tämä pohjautuu luvussa 3.5 esitettyihin nykytilan ylipainotus- ja status quo -ajatusharhoihin sekä prospektiteoriasta kumpuavaan tappiokammoon, joka on esitelty luvussa 3.4.

Aikeiden ja todellisen käyttäytymisen välillä on huomattu olevan suuri ero. Hyvä ratkaisu kehottaa ihmisiä tunnistamaan toiminnan esteitä ja kehittämään suunnitelman niiden ratkaisemiseksi. (Service 2012, 6)

Käyttäytymistieteellinen tiimi on kehittänyt EAST-kehysten toteuttamiseen nelivaiheisen menetelmän, jossa ensin tulee miettiä, miten ratkaisu helpottaa jotakuta tekemään jotain (Service 2012, 9). Prosessilla on seuraavanlainen, ja sillä on yhtymäkohtia palvelumuotoiluprosessiin:

- 1) Määritä lopputulos. Tunnista tarkalleen, millaista käyttäytyminen on tällä hetkellä. Harkitse, miten sitä voidaan mitattavasti ja tehokkaasti? Määritä, kuinka suuri muutos tekisi projektista kannattava ja minkä ajanjakson aikana?
- 2) Ymmärrä konteksti. Käy tilanteissa ja ymmärrä mukana olevia ihmisiä heidän näkökulmastaan. Käytä tilaisuutta uusien näkemysten keräämiseen, ja suunnittele herkkä ja toteutettavissa oleva interventio.
- 3) Rakenna interventio käyttämällä EAST-kehystä muokkaamaan käyttäytymistä. On todennäköistä, että se on iteratiivinen prosessi, joka palaa kahteen edellä esitettyyn vaiheeseen.
- 4) Testaa, oppii, sopeudu. Tee interventio käytännössä niin, että sen vaikutukset voidaan mitata luotettavasti. Mahdollisuuksien mukaan yritetään käyttää satunnaistettuja kontrolloituja kokeita toimivuuden arvioimiseen. Ota käyttöön vertailuryhmä, jotta voit ymmärtää, mitä olisi tapahtunut, jos et olisi tehnyt mitään.

4 Laadullinen tapaustutkimus ja palvelumuotoiluprosessi menetelmällisenä ratkaisuna

4.1 Tapaustutkimus asiakaskokemuksen kartoittamisen lähestymistapana

Tapaustutkimuksessa tavoitteena on hankkia eri menetelmin tutkittavan ilmiön nykytilasta laajaa ymmärrystä aidossa kontekstissa. Ojasalon ym. (2014, 53) mukaan tapaustutkimus sopii hyvin lähestymistavaksi, kun on tarve hankkia syvällistä ymmärrystä aiheesta ja aikaansaada uusia kehitysehdotuksia. Sitä voidaan käyttää käyttäytymisen, tilanteiden ja prosessien ymmärtämisessä. (Ojasalo ym. 2014, 53.) Yin (2009, 4) toteaa, että tapaustutkimus on asianmukainen lähestymistapa, kun tietystä sosiaalisesta ilmiöstä tarvitaan syvällisiä selityksiä. Tapaustutkimus tarkoituksena ei ole kontrolloida tai ohjaila tapahtumia eikä ilmiötä, joita tutkitaan. Fokuksessa tapaustutkimuksessa on nykyhetki menneen sijaan. Yksi tapaustutkimuksen vahvuuksista on erilaisten tutkimusaineistojen kuten dokumenttien, haastattelujen, artefaktien ja havaintojen käyttö. (Yin 2009, 9, 11).

Tapaustutkimuksessa tutkittava ilmiö huomioidaan todellisessa kontekstissaan. Tutkimisen aikana ilmiötä ei eristetä ympäristöstä, jossa se luonnollisesti tapahtuu, eikä tarkastelun laajuus ole rajoitettu ennalta määrättyihin muuttujiin, kuten tiettyihin tarkasti rajattuihin kysymyksiin. (Yin 2009, 18.) Yin (2009, 32) korostaa, että tapaustutkimuksissa tutkitaan tiettyä selkeästi rajattua tapausta, määriteltyä yksikköä. Ojasalo ym. (2014, 53) mukaan tapaustutkimus voi olla rajattu kategorisesti, toiminnallisesti tai tilannekohtaisesti, ja tutkittavan aiheen tapauskohtainen määrittely ja ymmärtäminen ovat välttämättömiä.

Tässä opinnäytetyössä tutkittavana tapauksena on terveyskeskussairaalan potilaiden ja omaisten asiakaskokemus. Tapaustutkimus kattaa terveyskeskussairaalan kaikki kolme osastoa potilaineen ja omaisineen. Terveyskeskussairaalan kotisairaalaosasto rajataan tapaustutkimuksen ulkopuolelle, koska tutkimuksen kohteena on potilaiden ja omaisten asiakaskokemus terveyskeskussairaalan osastolla. Tämän tapaustutkimuksen tarkoituksena ei ole kontrolloida, eikä ohjata terveyskeskussairaalaan millään tavoin, vaan tutkia asiakaskokemusta todellisessa kontekstissa.

Käytettyjen tutkimusmenetelmien dokumentointi on tärkeää tapaustutkimuksen luotettavuuden kannalta (Yin 2009, 45). Asiakaskokemuksen tutkimisessa käytetyt menetelmät kuvataan yksityiskohtaisesti opinnäytetyössä.

Tämä tapaustutkimus tuottaa syvällistä ymmärrystä omaisten ja potilaiden asiakaskokemuksesta terveyskeskussairaalaissa. Saatuja tuloksia käytetään opinnäytetyön kehittämisehdotuksiin sekä terveyskeskussairaalaan asiakaskokemuksen kehittämisessä. Tässä tapaustutkimuksessa käytettiin useita erilaisia kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä, jotka johtivat rikkaaseen aineistoon. Aineiston pohjalta muotoiltiin asiakaspersonat, asiakaspolut, nostettiin esiin asiakkaiden arvostuksen kohteet sekä kehitettiin palvelutuottajan palvelupolkua ja ehdotettiin erilaisia kehittämisehdotuksia asiakaskokemuksen kehittämiseksi.

4.2 Palvelumuotoilun prosessi

Kehittämistehtävän menetelmäksi valittiin palvelumuotoilu (Service Design), koska se tuo käyttäjät kehittämisen keskiöön (Stickdorn, Scheneider & co. 2010; Koivisto 2011, 49) sekä tarjoaa selkeän prosessin ja menetelmiä palvelun kehittämiseen (Ojasalo ym. 2014, 71). Luvussa kolme esitely EAST-malli otettiin palvelumuotoilun kehittämisvaiheeseen suunniteluohjaimiksi. EAST-malli tuo mukaan käyttäytymistieteellistä näkökulmaa, joita ei ole aikaisemmin juurikaan huomioitu palvelumuotoilussa. Tämä tarkoittaa, että palvelumuotoilun prosessia ja menetelmiä sovellettiin terveyskeskussairaalan asiakaskokemuksen kartoittamisessa, ja EAST-mallia hyödynnettiin kehittämisehdotuksien laatimisessa. Palvelumuotoilua käytetään nykyään yhä enemmän julkisen sektorin ja yritysten kehittämistyössä, kun organisaatiot ovat siirtyneet asiakaslähtöiseen arvoajatteluun (Ojasalo 2014, 71).

Palvelumuotoilun menetelmiä on useita, koska palvelumuotoilu on monitieteellinen ja kehittyvä ala ja siitä on useita määritelmiä. Tschimmel (2012, 4) ja Ojasalo ym. (2014, 7) nostavat esille, että palvelumuotoilun yhteydessä puhutaan usein muotoiluajattelusta (design thinking), joka viittaa muotoilun menetelmien, sekä kuluttajan tai asiakkaan tarpeiden, tuotannon mahdollisuuksien ja reunaehtojen, että taloudellisten vaikutusten huomioimista ja soveltamisesta palvelujen kehittämisessä. Tschimmel (2012, 4) korostaa, että palvelumuotoilu vaatii asettumista yhtäaikaaisesti sekä asiakkaan että palvelun tarjoajan asemaan, jolloin liiketoimintaymmärrys sekä analyttisyys ja empatia, että ihmisläheisyys kohtaavat vahvasti.

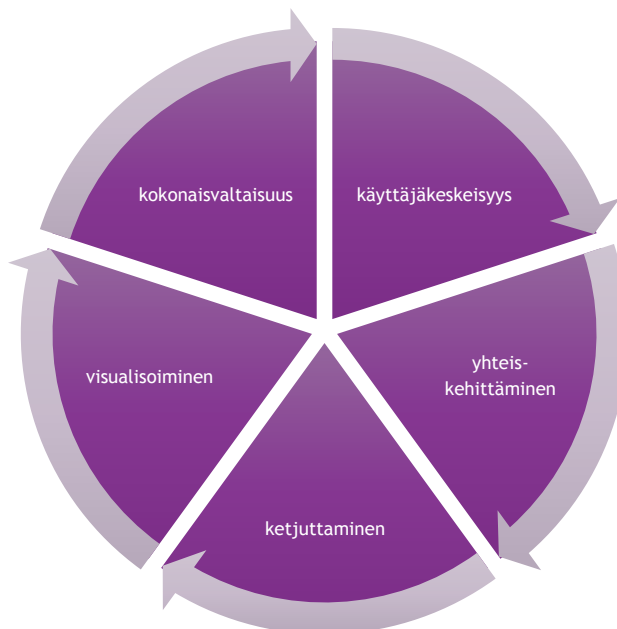
Palvelumuotoilussa on tarkoituksena tehdä tuotettavasta palvelusta hyödyllinen, käytettävä, tehokas, vaikuttava ja houkutteleva (UK Design Council 2010, Ojasalo 2014, 72).

Ojasalo ym. (2014, 72) mukaan organisaation näkökulmasta tavoitteena on luoda kilpailukykyisiä ja erottuvia palveluita. Palvelumuotoilu tuo kehittämistyöhön syvällisen asiakasnäkökulman ja -kokemuksen. Se tarkoittaa, että kehittäminen pohjautuu palvelun käyttäjien ja muiden toimijoiden tilanteiden, toiminnan, tarpeiden ja toiveiden empaattiseen ymmärtämiseen. Menetelmien käyttö ja tiedonkeruu ovat monipuolisia. Lisäksi eri osapuolien kuten asiakkaiden, henkilökunnan ja sidosryhmien osallistaminen kuuluu kehittämisprosessiin. Osallistamalla saadaan erilaisia ideoita nopeasti testatuksi. Tyypillistä palvelumuotoilulle on myös ideoiden nopea visualisointi ja prototypointi, joiden tavoitteena on havainnollistaa abstrakteja asioita, helpottaa eri ihmisten välistä keskustelua sekä testata nopeasti erilaisia ratkaisuja. (Ojasalo ym. 2014, 72.)

Palvelumuotoilu auttaa innovoimaan uutta tai kehittämään nykyisiä (Moritz 2005). Palvelumuotoilu soveltuu tilanteisiin, jossa tarvitaan syvällistä asiakasymmärrystä nykyisen tilanteen tai aivan uuden palveluinnovaation kehittämisessä. Palvelumuotoilun prosessia ja menetelmiä käytetään yhä useammin asiakaslähtöisen liiketoimintamallin, palvelukonseptin sekä digitaalisten palveluiden suunnittelussa. (Ojasalo 2014, 73).

Stickdorn ym. (2010, 28 - 33) toteavat palvelumuotoilun sisältävän viisi peruseriaa (Kuvio 10). Palvelumuotoilu on heidän mukaansa **käyttäjäkeskeistä**, jolloin palvelua tarkastellaan aina asiakkaan näkökulmasta. Palvelutapahtuma on palveluntarjoajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on tarjota asiakkaalle ratkaisu tai kokemus hänen tarpeeseensa. Asiakkaiden aito kuuleminen ja **yhteiskehittäminen** varmistavat osaltaan, että uusi tuote tai kehitettävä palvelu vastaavat tarvittavalla tavalla asiakaskunnan tarpeisiin.

Irralliset tekemisen osa-alueet **ketjutetaan** yhdeksi tapahtumien ketjuksi, jossa myös kaikista näkymättömistäkin palvelunosista tehdään näkyviä visualisoimalla. **Visualisoimalla** kaikki palvelun eri vaiheet rakennetaan ymmärrys, mistä kaikista osista palvelu koostuu. Tämä luo lähtökohdan palvelun kehittämiseksi. Reason ym. (2016, 9) tuovat esiin, että jo hyvin yksinkertaiset tarinalliset hahmotelmat ja piirustukset selkeyttävät ideointia ja kommunikaatiota. Palvelumuotoilu on myös **kokonaisvaltaista**, jolloin koko palvelun muodostumisen ja tarjoamisen konteksti ja sen erityispiirteet huomioidaan. (Stickdorn, ym. 2009, 34 - 41.)



Kuvio 10: Palvelumuotoilun viisi periaatetta (Stickdorn ym. 2010)

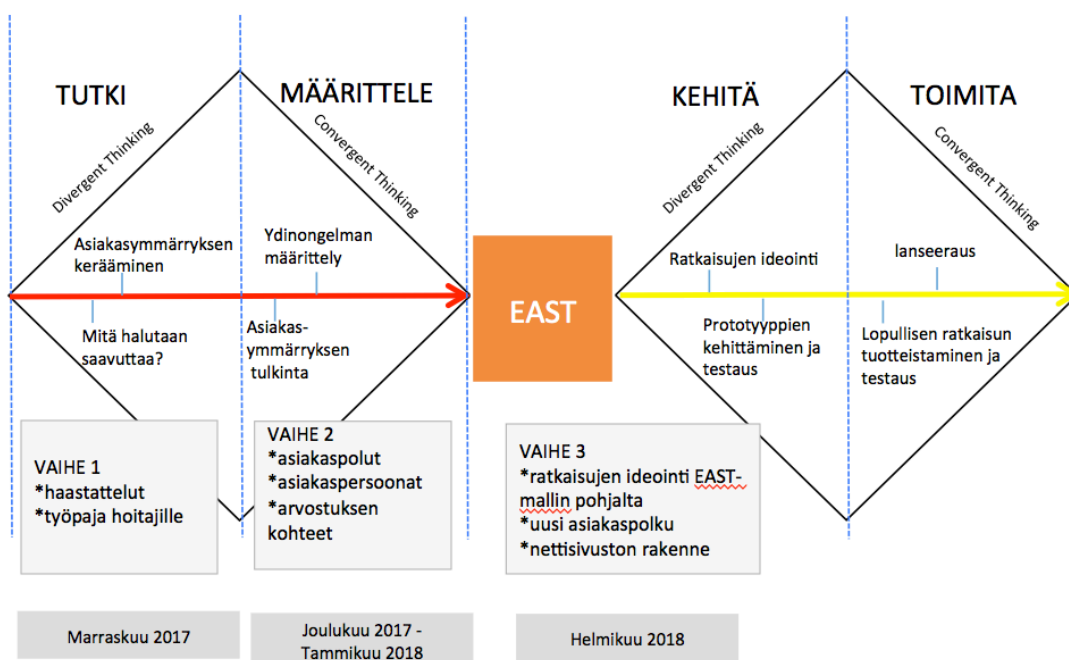
Eri palvelumuotoilun malleja yhdistää se, että malleissa etenemisjärjestys on hyvin samanlainen eri sisällöistä ja termieroista huolimatta. Eri malleissa vuorottelevat avaavat eli divergentit vaiheet sekä sulkevat konvergenssivaiheet, joissa korostetaan vuorotellen näkökulman laajuutta sekä kiteyttämistä, että valintojen tekemistä (Design Council 2015). Ensin divergenssivaiheessa kerätään tietoa ja ymmärrystä lähtötilanteesta. Siihen sisältyy ymmärryksen muodostaminen palvelukontekstin nykytilasta, dokumentteihin tutustumista ja asiakasodotusten ymmärtämistä. Sen jälkeen konvergenssivaiheessa kerätystä tiedosta tehdään päätelmiä ja yhteenvetoja. Tätä seuraa ideointivaihe, jossa ideoidaan suuri määrä vaihtoehtoja, joista parhaat ideat poimitaan jatkokehittettäviksi. Ideointia jälkeen on prototypointivaihe, jolloin ideat testataan käytännössä. (Tschimmel 2012; Ojasalo, ym. 2014; Stickdorn 2012.)

Palvelumuotoilun malleja on useita ja eri laajuisia. Vaiheiden lukumäärä vaihtelee neljästä seitsemään, mutta malleissa edetään tavallisimmin tutkimisen, ideoinnin ja reflektoinnin kautta konseptin toteutukseen. (Stickdorn 2011, 126.) Usein palvelumuotoilua kuvataan nelivaiheisena prosessina (Stickdorn & Schneider 2010, 122 - 123; Ojasalo ym. 2015, 202;) ja eri vaiheet voivat toistua useita kertoja nopeassakin tahdissa (Ojasalo ym. 2014, 74).

Yksi tunnettu malli on nelivaiheinen The Service Design Thinking (SDT) -malli (Stickdorn & Schneider 2010, 122 - 123), jonka vaihteita ovat:

- a) tutkiminen, jonka tavoitteena on saavuttaa ymmärrys asiakkaiden tarpeista ja palvelun haasteista,
- b) luominen, jossa kehitetään ja tuotetaan uusia ideoita sekä konsepteja,
- c) reflektointi, jossa ideat jatkojalostetaan, kehitetään erilaisia prototyyppisiä ja konsepteja sekä
- d) implementointi, jossa uusia ideoita ja luotua prototyyppisiä testataan ja kehitetään.

Toinen tunnettu malli on englantilainen Design Council:in malli Double Diamond, eli suomeksi Tupla-Timantti, jota sovelletaan tässä opinnäytetyössä. Tuplatimantti on yksikertainen ja visuaalinen malli, joka sisältää neljä vaihetta. Vaiheet ovat discover (tutki), define (määrittele), develop (kehitä) ja deliver (toimita), ja ne on esitelty alla olevassa kuviossa 10. Prosessin hahmottamista helpottavat mallissa selkeästi vuorottelevat divergentit ja konvergentit vaiheet. (Design Council 2015). Kyseisen mallin vahvuus on sen selkeydessä (Tschimmel 2012.)



Kuvio 11: Kehittämistyön vaiheet tuplatimanttia ja EAST-mallia mukailten

Valitsin tuplatimantin tähän työhön, koska se on selkeä, looginen ja helppo ymmärtää, ja siinä lähestytään uuden palvelun suunnittelua tai olemassa olevan kehittämistä konkreettisesti. Tässä opinnäytetyössä toteutetaan kokonaan kolme ensimmäistä vaihetta: tutki, määritä ja kehitä. Tuplatimanttiin on lisätty ideointivaiheen suunnitteluohjajameksi EAST-malli, koska se perustuu tieteellisesti testattuun tietoon, jota käytetään kehittämisehdotusten ideoinnin tausta-ajatuksena. Toimita -vaihe rajataan opinnäytetyön ulkopuolelle, eikä sitä toteuteta tämän opinnäytetyön aikana, koska opinnäytetyö keskittyy asiakkaiden asiakaspolun kartoittamiseen, asiakkaiden arvostuksen kohteisiin ja kehittämisehdotuksien esittämiseen toimeksiantajalle.

4.3 Palvelumuotoiluprosessin vaiheet

Seuraavan sivun taulukkoon neljä on koottu kehittämistyön vaiheet.

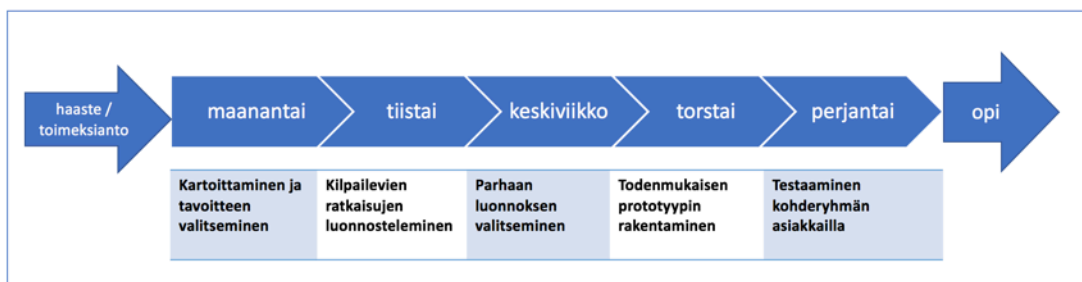
Prosessi- vaihe	Menetelmä	Osallistujat	Tarkoitus	Tuotos	Menetelmän valintaperuste
Ennen projektia	Ketterät menetelmät palvelumuotoilussakurssi 8/2017	Laurean opiskelijat + Tks:n osaston esimies	Digitaalinen ratkaisu toimeksiantajan ongelmaan	Käyttäjätstatu Prototyyppi	Testattu prototyyppi viikossa valmiiksi
	Tutkimusluvan hakeminen 10/2017		Luvan saaminen potilaiden ja omaisten haastatteluun	Tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupahakemus johtivat tutkimuslupaun 11/2017	Asiakasymmärryksen muodostaminen mahdollista vain potilailta ja omaisilta kysymällä
Vaihe 1	SOTE valinnanvapaus-malliin tutustuminen	Opinnäyetyöntekijä	Kontekstin ja valinnanvapausmallin ymmärtäminen	Näkökulmien valinta teoriaan ja johdannon osat	Terveysalan tulevaisuusnäkökymien ymmärtäminen
	Esihaastattelut	Potilaat (2kpl)	Haastattelurungon testaaminen	Tarkennettu haastattelu runko potilaille	Varmistaa haastattelurungon toimivuus
	Teemahaastattelut	Potilaat (10kpl)+ omaiset (7 kpl)	Kartoittaa ja ymmärtää asiakkaiden näkökulma	Asiakasymmärryksen muodostaminen	Syvällisen tiedon kerääminen asiakkailta
	Havainnointi	Opinnäyetyöntekijä	Tiedonkeruun syventäminen	Excel-taulukko havainnoinnista	Asiakkaiden kontekstin ja toimintamallien syvällisempi ymmärtäminen
	Työpaja	Hoitajat 16 kpl	Asiakkaiden arvostuksenkohteiden ja tiedonkulun ongelmien tarkentaminen työntekijöiden näkökulmasta	Bullseyes:it: asiakkaiden arvostuksen tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden kohteet sekä asiakkaiden FAQ	Bullseye tehokas tapa saada ryhmiteltyä informaatiota tärkeyden mukaan lyhyessä ajassa
Vaihe 2	Aineiston analysointi	Opinnäyetyöntekijä	Sisällön analyysi	Taustatiedot, asiakaspolun vaiheet, kontaktipisteet, arvostuksen kohteet, referenssipisteet	Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston käsittelytapa
	Persoonien ja asiakaspolkujen kuvaaminen	Opinnäyetyöntekijä	Tulosten visualisointi.	Asiakaspolut & asiakaspersoonat	Auttaa palveluntarjoajaa ymmärtämään asiakkaiden näkökulmaa.
Vaihe 3	EAST-mallin käyttö kehittämissuunnitteluvälineenä	Opinnäyetyöntekijä	Mahdollisimman toimivien ja asiakasta palvelevien ratkaisujen ideointi	Uusi asiakaspolku, internet-sivuston rakenne ym. kehittämissuunnitteluvälineenä EAST-malliin pohjautuen	Tieteellisesti testatun mallin hyödyntäminen kehittämissuunnitteluvälineenä ideoinnissa
Vaihe 4	Rajattu kehittämistyön ulkopuolelle				

Taulukko 4: Kehittämistyön vaiheet ja menetelmät

Ennen opinnäyetyön aloittamista osallistuin Laurean Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa -opintojaksolla ylemmän ammattikorkeakoulun valinnaisella palvelumuotoilun kurssilla.

Kurssin toimeksiantaja oli eräs suomalainen terveyskeskus. Opintojaksolla käytettiin Design Sprint menetelmää. Design Sprint on Google Venturesilla kehitetty viiden päivän mittainen prosessi, jonka aikana suunnitellaan ja toteutetaan digitaalinen palvelu prototypoinnin ja käyttäjätestauksen avulla asiakkaalle (Knapp, Zeratsky & Kowitz 2016).

Toimeksianto oli suunnitella prototyyppi terveyskeskussairaalan asiakkaille eli potilaille ja heidän omaisilleen. Opintojaksollamme (Kuvio 12) tiimimme viiden päivän sprintti seurasi Google Venturen mallia, jolloin joka päivälle oli erilaiset prosessia eteenpäin vievät aiheet ja ohjeet: a) Tavoitteen kirkastaminen, b) Ideointi ja sen luonnostelu, c) Päätös toteutettavasta ideasta, d) Prototyypin teko ja e) Käytettävyydestaus. (Knapp ym. 2016, 17).



Kuvio 12: Viiden päivän design sprint (Knapp ym. 2016, 17)

Työryhmä suunnitteli, teki ja esitteli prototyypin visualisointeinen (esimerkiksi Piha 2017, Vakiala 2017) asiakkaalle verkkoseminaarissa 15.8.2017, joihin asiakas oli erittäin tyytyväinen. Liitteestä kuusi löytyy työryhmän suunnittelema prototyyppi.

Näkökulma prototyyppiin tuli työntekijöiltä. Varsinaisia asiakkaita ei testaukseen osallistunut, ja prototyypin käytettävyyttä testattiin kolmella espoolaisella opiskelijalla ja kahdella henkilöllä, jotka eivät olleet terveyskeskussairaalan potilaita, eivätkä omaisia. Saatua palaute oli pääosin positiivista. Tämän pohjalta syntyi kiinnostus jatkaa aiheen käsitteilyä opinnäytetyönä.

Opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä terveyskeskussairaalaan syyskuussa 2017 ja ehdotti aiheen jatkamista opinnäytetyöksi. Määrittelyvaiheessa opinnäytetyöntekijä pyysi toimeksiantaja määrittelemään terveyskeskussairaalan palvelupolun. Se löytyy kappaleesta 5.1.6 kuviosta 25.

4.4 Kontekstin tutkiminen tapahtui eri tiedonkeruumenetelmin

Tässä vaiheessa käytin menetelminä teemahaastattelua ja havainnointia. Lisäksi pidin työpa-
jan.

4.4.1 Teemahaastattelu asiakkaille

Haastattelu sopii tiedonkeruumenetelmäksi, kun tavoitteena on kartoittaa tutkittavaa aluetta tai, kun tutkitaan henkilökohtaisia ja tunneperäisiä asioita (Hirsjärvi & Hurme 1985, 15). Yhtenä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, jonka avulla yksilön kokemuksia, ajatuksia ja tunteita voidaan tulkita. Haastattelutilanne on keskustelunomainen ja siinä esitettävät kysymykset perustuvat etukäteen suunniteltujen teemojen varaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 - 48.) Teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole teemahaastattelussa Vilkan (2015, 124) mukaan väliä, mutta tavoitteena on, että haastateltava pääsee kertomaan oman kuvauksensa kaikista teemoista. Haastattelun

edetessä on mahdollista selventää kysymyksiä ja tarvittaessa esittää tarkentavia lisäkysymyksiä haastateltavalle (Hirsjärvi & Hurme, 1995).

Ojasalon ym. (2014, 41) mukaan teemahaastattelun teemat tulee suunnitella etukäteen, mutta kysymysten käsittelyjärjestystä, sanamuotoja ja painotuksia voidaan muotoilla hyväksi huomattun mukaan haastattelusta toiseen. Potilaille ja omaisille on laadittu haastattelulomakkeet, jotka löytyvät liitteestä kolme ja neljä. Tässä työssä haastattelukysymykset laadittiin jo tutkimuslupavaiheen hankintaa varten. Haastattelusta tehtiin tutkimusluvan saamisen jälkeen koehaastattelu, jonka jälkeen haastattelulomake (liite 3) sai lopullisen muotonsa.

Teemahaastattelut tehtiin kontekstuaalisesti aidossa ympäristössä terveystieteiden osastolla marraskuussa 2017, koska siellä terveystieteiden osaston asiakkaat, potilaat ja omaiset, olivat helpoiten tavoitettavissa. Haastattelut suoritettiin potilashuoneissa tai osaston hiljaisessa tilassa. Oikeassa ympäristössä tehdyt haastattelut antavat usein syvällisemmän kuvan haastateltavan todellisista ajatuksista sekä tunteista. Kokemuksia on myös helpompi muistella ja kuvailla, kun ollaan niiden äärellä eikä irrallaan asiayhteydestä. (Ojasalo ym. 2014, 106.)

Teemahaastattelun aluksi tarkoituksena oli johdattaa haastateltava ensin yleisvaikutelmaan saadusta palvelusta, sitten tarkemmin omiin kokemuksiin eri palvelutuokiosta sekä kontaktipisteistä asiakaspöydän aikana. Sen jälkeen asiakkaalta kysyttiin arvostuksen ja tyytymättömyyden kohteita, jos ne eivät olleet ilmenneet jo aikaisemmin. Viimeiseksi oli tarkoitus kertoittaa, mitä lisäarvoa internetsivusto voisi asiakaskokemukseen eri vaiheisiin mahdollisesti tuoda. Jos potilas tai omainen ei omistanut älykännykkää tai osannut käyttää tietokonetta, internetsivustoa koskevat kysymykset jätettiin kysymättä. Asiakasnäkökulman saamiseksi työhön tehtiin 12 haastattelua potilaille ja seitsemän omaisille.

Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Henkilökunta oli arvioinut etukäteen, ketkä potilaista pystyvät osallistumaan haastatteluun, ja ketkä eivät ole kykeneviä haastatteluun heikon terveydentilansa osalta. Opinnäytetyöntekijä sai osaston esimieheltä listan kolmen osaston potilashuoneista, johon oli merkitty potilashuoneet ja potilaiden nimet, joita opinnäytetyöntekijä voisi haastatella. Haastattelun kohteena olivat siis terveystieteiden osaston parhaimmassa kunnossa olevat potilaat.

Potilaat ja omaiset viettävät terveystieteiden osastolla suhteellisen lyhyen ajan, joten haastateltavia ei voitu ennalta rekrytoida, vaan ensin oli odotettava tutkimusluvan saamista hyväksymistä. Kun tutkimuslupa oli saatu, opinnäytetyöntekijä kiersi sairaalan osastoja ja kysyi jokaiselta haastateltavalta henkilökohtaisesti suostumuksen haastatteluun kertoen opinnäytetyön tarkoituksesta. Opinnäytetyöntekijä sopi haastatteluajankohdat henkilökohtaisesti jokaisen potilaan kanssa. Yksi potilaista kieltäytyi haastattelusta, sillä hän oli seuraavana päivänä tutkimuksissa toisessa sairaalassa, muut suostuivat haastateltaviksi.

Omaisten tavoittaminen oli haastavampaa, sillä terveystieteiden osaston henkilökunta ei voinut luovuttaa opinnäytetyöntekijälle omaisten yhteystietoja. Opinnäytetyöhön rekrytoidut omaiset opinnäytetyöntekijä rekrytoi potilashuoneista tai käytäviltä. Kolme omaisista kieltäytyi haastatteluista kiireisen aikataulun takia. Haastattelut suoritettiin arkipäivinä. Viikonloppuna olisi ollut helpompi tavoittaa työssäkäyviä omaisia.

Suurin osa (n=10) haastatteluista suoritettiin yksilöhaastatteluina potilashuoneessa. Yksi omaishaastattelu suoritettiin aulassa, omaisen ja potilaan toiveesta. Muutama omainen (n=3) toivoi, että häntä haastatellaan samalla kun potilastakin. Haastattelija noudatti tässä haastateltavien toivomuksia, jolloin omaisen osuus jäi haastattelusta pienemmäksi.

Haastattelut kestivät 25-50 minuuttia haastateltavan ulospäin suuntautuneisuudesta ja sairaalakokemuksen määrästä riippuen. Paljon sairaalakokemusta omaavien potilaiden ja omaisten oli selvästi helpompi kuvailla kokemuksiaan verrattuna harvoin sairaalassa olleisiin potilaisiin tai omaisiin.

Potilashuoneissa ei ollut häiriötekijöitä, sillä kaikki haastatellut potilaat olivat ainoina potilaita yhden tai kahden hengen huoneissa. Muutama hoitaja tai laitoshoitaja piipahtivat huoneessa, jolloin potilaan ajatuskulku saattoi hetkeksi katketa, mutta nämä pienet pysähdykset eivät häirinneet haastattelun etenemistä. Yksi haastattelu jouduttiin lopettamaan kiirehtien, koska hoitotoimenpiteet odottivat.

Haastatteluin kerättyä tutkimusaineistoa ei voida pitää suurena, mutta kuten Vilka (2015, 150) mainitsee, laadullisen tutkimuksen aineiston kokoa ei säätele määrän sijaan laatu. Eskola ja Suoranta (1998, 62 - 63) lisäävät, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa tarvitaan juuri sen verran, kun aiheen ja asetetun tutkimustehtävän kannalta on tarpeellista. Yksi tapa ratkaista kysymys aineiston riittävydestä on saturaatio eli aineiston kylläntyminen. Saturaatio tarkoittaa, että aineistosta ei nouse tutkimusongelman kannalta enää uutta informaatiota eli aineisto alkaa niin sanotusti toistaa itseään. (Eskola & Suoranta 1998, 62 - 63.) Haastateltavien lukumäärää ei määritelty etukäteen, vaan tavoitellaan saturaatiopisteen saavuttamisesta.

4.4.2 Havainnointi terveystieteiden osastolla

Haastatteluja ennen ja haastattelujen välillä opinnäytetyöntekijä havainnoi toimintaa terveystieteiden osastolla neljännessä kerroksessa, jotta muodostuisi kattavampi käsitys terveystieteiden osaston kontekstista, sillä yhtenä palvelumuotoilun peruslähtökohtana on kontekstin syvälinen ymmärtäminen. Havainnointia käytettiin haastattelujen tukena. Hirsjärvi ym. (2004, 203) mukaan havainnoinnin eli observoinnin ansiosta ihmisen toiminnasta ja käyttäytymisestä saadaan suoraa informaatiota. Havainnointi toteutettiin ulkopuolisesta näkökulmasta (Flick 1998, 137-138) ja se oli strukturoimatonta. Flick (1998, 137) tuo esille, että strukturoimaton havainnointi sopii tilanteisiin, jolloin halutaan mahdollisimman monipuolista tietoa asiasta. Havainnointi dokumentoitiin tekemällä muistiinpanoja terveystieteiden osastolla asiakastyöstä ja asiakastyöhön liittyvistä ja niihin vaikuttavista asioista viitenä päivänä haastattelujen lomassa. Havainnointipaikkoja olivat potilaiden käytössä olevat käytävät ja aulat, haastattelun aikana potilashuone sekä hoitajien ja lääkäreiden kahvihuone sekä yhtenä päivänä muutaman tunnin ajan erään hoitotiimin tiimihuone.

4.4.3 Työpaja terveystieteiden osaston hoitajille

Yhtenä aineistonkeruun menetelmänä käytettiin työpajaa. Terveystieteiden osaston hoitajille järjestettiin työpaja (kuvio 12), koska palvelumuotoilussa on tärkeä osana asettua sekä asiakkaan että palvelun tarjoajan asemaan (Tschimmel 2012). Lisäksi halusin huomioida hoitajien näkökulman, sillä he ovat henkilökunnasta useimmiten kontaktissa sekä potilaisiin että omaisiin, sillä osalle potilaista oli haasteellista kuvailla kokemuksiaan haastattelussa. Myös omaisia oli vaikeaa tavoittaa haastatteluihin, koska henkilökunta ei voinut antaa omaisten yhteystietoja minulle. Työpajan tarkoituksena oli saada hoitajilta lisää tietoa sairaalan ja asiakkaiden välisestä tiedonkulusta sekä asiakkaiden arvostuksen kohteista. Lisäksi halusin selvittää asiakaskokemuksen kehittämiseksi, mihin hoitajat kokevat asiakkaiden olevan tyytymättömiä. Työpaja toteutettiin 2017 marraskuussa 60 minuutin mittaisessa osastokokouksessa, johon osallistui 16 hoitajaa ja heidän esimiehensä. Työpajan runko löytyy liitteestä seitsemän ja tulokset esitellään kappaleissa 5.2 ja 5.3 sekä liitteessä kahdeksan.

Lyhyen ajan takia työpajaan piti löytää hoitajia osallistava ja samalla tehokas ja ytimekäs tapa kerätä informaatiota. Aiheen esittelyn jälkeen, työpaja toteutettiin käyttämällä fasilitointimenetelmiä, joilla tarkoitetaan ryhmälähtöistä työskentelyä, jonka tarkoituksena on ryhmien työskentelyn helpottaminen erilaisin luovuutta edistävin menetelmin, tehokas ajan käyttö ja tulosten saamisen huomioiminen (Summa & Tuominen 2009, 8).

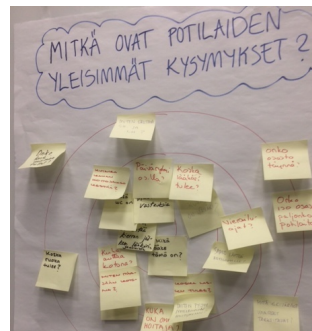
Toiset ideoivat parhaiten omassa rauhassa yksin ja hiljaa, mikä on hyvä huomioida työpajoissa (Kantjärvi 2012, 147). Tämän takia työpajan ensimmäinen vaihe sovellettiin kiertävät ideat -

menetelmän (brainwriting) perusideaa hyödyntäen. Osallistujat kiertävät hiljaisuudessa fläppitaululta toiselle post -it laput ja kynä mukanaan. Vaihtoehtona on kirjoittaa uusia ideoita post -it lappuihin aiheeseen liittyen tai jatkojalostaa tai täydentää toisen ideoita. Kiertäminen ja kirjoittaminen jatkuvat, kun kaikki ovat päässeet vastaamaan eri pisteissä oleviin kysymyksiin. (Kantojärvi 2012, 147.)

Hoitajien vastauksien lisäksi halusin samalla yhdistää brainwiting-menetelmään mukaan keinon, jolla osallistujat luokittelevat Post-it lapuille syntyneet vastaukset kysymyksestä riippuen niiden yleisyyden tai tärkeyden mukaan. Tämän takia valitsin Bullseye -menetelmän keskeiseksi menetelmäksi työpajan toiseen vaiheeseen. Bull's eye -menetelmässä fläppitaululle piirretään maalitaulu, jossa on napakymppi. Parit tai pienryhmät vastaavat fläppitaulun kysymykseen kirjoittamalla vastauksia Post-it -lapuille, jotka kiinnitetään fläppitauluun maalitaulun ulkopuolelle (ensimmäinen vaihe). Kun ryhmät ovat kiertäneet kaikki fläppitaulut, osallistujat siirtävät Post-it lappuja siihen kohtaan, kuinka hyvin he uskovat ratkaisun antavan vastauksen kysymykseen. Lopuksi Post -it -lappujen vastaukset ryhmitellään tärkeysjärjestykseen. Mitä lähempänä napakymppiä vastaus on, sitä yleisempi tai tärkeämpi se on. (ks. Esim. Mäkinen 2016; Tan 2016; Sampaio 2012). Toisen vaiheen hoitajat tekivät siirrelleen reunojen post -it lappujen vastaukset Bull's -eye -kuvioon. Mitä yleisempi tai mitä tärkeämpi lapussa oleva vastaus oli, sitä kesemmälle se sijoitettiin Bull's eye -kuvioita. Tämä ilmenee kuvioista 14.



Kuvio 13: Työpaja hoitajille



Kuvio 14: Hoitajien Bull's eye

Hoitajien työpajassa käytettiin Bull's eye -menetelmää identifioimaan ja priorisoimaan sekä hoitajien näkemyksiä, että kokemuksia omaisten ja potilaiden arvostuksen, tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden kohteista, potilaiden ja omaisten yleisimmistä esittämistä kysymyksistä sekä hoitajan työn osa-alueista, jotka vievät aikaa välittömältä potilastyöltä.

4.5 Määrittelyvaiheessa yhdistettiin laadullisen tutkimuksen traditiota ja palvelumuotoilun visuaalisia menetelmiä

4.5.1 Abduktiivinen sisällön analyysi

Haastatteluaineisto purettiin sisällön analyysillä, joka on menetelmä, jota voidaan käyttää joko kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen aineistoon. Sisällön analyysi voidaan tehdä induktiivisella, deduktiivisella tai abduktiivisella tavalla. Induktiivisella tarkoitetaan aineistolähtöistä luokittelua ja deduktiivisella teorialähtöistä aineiston luokittelua. (Elo & Kyngäs 2008; Tuomi & Sarajärvi 2002, 98 - 99; Eskola & Suoranta 2001, 136 - 137).

Sisällön analyysia käytettäessä tavoitteena on rakentaa malli, jolla ilmiötä kuvataan käsitteellisessä muodossa. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään tapauksissa, joissa ei ole aiempia tutkimuksia, jotka käsittelevät ilmiötä tai kun aiemmat tutkimukset ovat hajanaisia. Induktiiv-

visessa sisällönanalyysissä käsitteet ovat peräisin sisällönanalyysistä. Deduktiivista sisällönanalyysistä käytetään, kun analyysin rakenne pohjautuu aikaisempaan teoriaan. (Elo & Kyngäs 2008.)

Opinnäytetyössä käytetään abduktiivista sisällönanalyysia, joka tarkoittaa, että aineiston luokittelu ja analyysi tapahtuvat teorian ja aineiston vuoropuheluna (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98 - 99; Eskola & Suoranta 2001, 136 - 137). Abduktiivinen sisällönanalyysin valinta perustuu siihen, että teoriaosa koostuu palvelukeskeistä liiketoimintalogiikasta (SDL), arvonmuodostuksesta ja päätöksenteon ilmiöistä. Opinnäytetyöntekijän tiedossa ei ole, että näitä viitekehyksiä olisi aikaisemmin sovellettu yhdessä potilaiden ja heidän omaistensa asiakaskokemuksen ja asiakaspolun kartoittamisessa tai tutkimisessa.

Opinnäytetyössä aineistosta tehdyt havainnot, niistä nousseet ajatukset ja opinnäytetyöntekijän teoreettiset lähtökohdat ohjasivat analyysin etenemistä. Pyrkimyksenä oli löytää esimerkkejä samasta ilmiöstä muotoilemalla sääntöjä, jotka ovat löydettävissä koko aineistosta, joka on ominaista laadulliselle tutkimukselle. (Alasuutari 2001, 44 - 48.) Opinnäytetyöntekijä pyrki luokittelun alusta alkaen kategorioiden tai teemojen muodostumiseen ja niiden väliseen suhteiden ymmärtämiseen ja määrittelyyn, joka on tyypillistä kvalitatiiviselle tutkimukselle. (Eskola ja Suoranta 1999, 175 - 176).

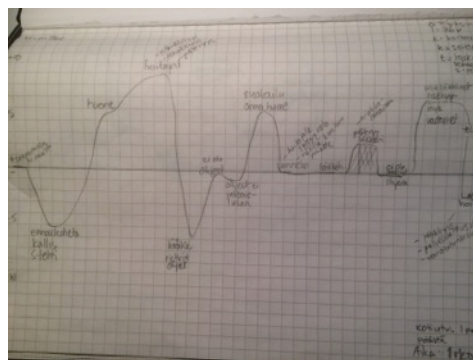
Analyysin eteneminen

Elo ja Kynkään (2008) mukaan sekä induktiivisessä että deduktiivisessä analyysimenetelmässä on kolme päävaihetta: valmistelu, järjestäminen ja raportointi. Valmistusvaihe on samanlainen molemmissa lähestymistavoissa. Eskola taas (2010) toteaa, että aineiston analyysissä voidaan ajatella olevan viisi vaihetta. Tässä opinnäytetyössä noudatetaan Eskolan ehdotusta, vaikka sisällön analyysi tehtiinkin abduktiivisesti.

Ensimmäiseksi aineisto litteroidaan eli puretaan nauhalta tietokoneelle (Eskola, 2010, 179). Aineiston litterointi tilattiin Tutkimustieto Oy:ltä. Tämän jälkeen litteroitu teemahaastatteluaineisto järjestetään teemoihin poimimalla jokaisesta vastauksesta teemaan liittyvä kohta (Eskola 2010, 189 - 190). Muodostin taustekijöihin liittyvät teemat tai luokat laadullisen aineiston atlas.ti -luokitteluohjelmaa käyttäen. Luokat olivat: ikä, sukupuoli, koulutus, puhelimen käyttötapa ja tietokoneen käyttökokemus. Tämän jälkeen luokittelin asiakaskokemuksen vaiheet ja päädyin tekemään visuaalisen single case analyysin jokaiselle haastateltavalle (kuviot 15 ja 16).



Kuvio 15: Potilaan asiakaspolku



Kuvio 16: Potilaan asiakaspolku

Kolmanneksi alkaa varsinainen analyysivaihe, jolloin aineisto luetaan monta kertaa ja opinnäytetyön tekijä esittää siitä omat tulkintansa tekemällä muistiinpanoja aineistosta ja merkiten aineiston kiinnostavimmat ja merkittävimmät kohdat. Opinnäytetyöntekijän ideana oli liittää aineistoon jo tässä vaiheessa teoreettisia kytkentöjä, pohdintoja ja ideoita niin, kuin Eskola (2010, 191) esittää. Tavoitteena oli, että aineistosta nostetaan esiin tärkeimmät kohdat niin, että aineisto tiivistyy ja jäsentyy siten, että sen informaatioarvo kasvaa, eikä mitään

olennaista jää pois. Aineiston teemoittelu kuuluu tähän vaiheeseen. Se tarkoittaa, että aineisto pyritään ryhmittelemään teemoittain ja nostamaan tutkimusongelmaan vastaavista teemoista esiin mielenkiintoisia sitaatteja tulkittaviksi. (Eskola & Suoranta 1998, 175 - 186: Eskola 2010, 191 - 193.)

Tässä vaiheessa teemoittelin aineistosta asiakaskokemuksen eri vaiheet ja potilaiden kokemukset eri vaiheista. Tämän jälkeen etsin aineistosta kontaktipisteet. Sen jälkeen luokittelin potilaiden ja omaisten arvostuksen kohteita. Nämä on esitelty tulosluvussa. Aineiston luokittelun yhteydessä huomasin, että lähes kaikki haastateltavat peilasivat tämän hetkistä sairaalakokemustaan aikaisempiin kokemuksiin. Tätä asiaa ei erikseen kysytty, mutta se tuli yleensä esiin opinnäytetyöntekijälle spontaanisti haastattelun lomassa esimerkiksi tyypillisestä päivästä, potilashuoneesta, terveyskeskussairaalaan saapumisesta tai hoitajista keskusteltaessa. Muutama peilasi nykyistä sairaalakokemusta useampaan kuin yhteen asiaan.

Lähes kaikki haastatellut peilasivat sairaalakokemusta aikaisempiin kokemuksiin. Muutama peilasi nykyistä sairaalakokemusta useampaan kuin yhteen asiaan. Kunnan käytöstä poistunut terveyskeskussairaala, alueen sairaala, josta monet potilaista olivat saapuneet terveyskeskussairaalaan, aikaisempi käyntikokemus terveyskeskussairaalassa sekä muut aikaisemmat sairaalakokemukset aina yli 80-vuotiaan potilaan keisarileikkauksen haavoihin asti. Yksi potilaista vertasi potilashuonetta laivahytin jakamiseen tuntemattoman kanssa. Yksi potilaista vertasi potilashuonetta laivahytin jakamiseen tuntemattoman kanssa. Osa potilaista koki hoitajien olevan kiireisiä. Silloin vertailupisteenä potilailla toimi oma työ, jossa oli koettu kiirettä.

Muodostin niistä kolme referenssipistettä, jotka ovat:

- a) aikaisempi sairaalakokemus (n=9) nykyisessä terveyskeskussairaalassa, vanhassa terveyskeskussairaalassa, sairaalassa a, sairaalassa b, sairaalassa c tai synnytyssairaalassa
- b) asumistapa (n=3)
- c) työelämäkokemukset (n=2).

Eskola (2010, 192) toteaa, että neljänneksi tulee päättää, kuvataanko aineistoa tasapuolisesti vai nostetaanko esiin aineiston mielenkiintoisimmat kohdat. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään usein jälkimmäiseen. Myös Hirsjärvi ja Hurme (2000, 194) korostavat, että kvalitatiivisen tutkimuksen ei ole tarkoitus esittää vain suuria linjoja ja päätuloksia, vaan tuoda esiin myös aineiston vaihtelu ja erilaiset haastateltavien korostukset. Päädyin ratkaisuun, että valitsin opinnäytetyön aineistosta mielenkiintoisimmat kohdat.

Aikaisemmat analyysivaiheet ovat tässä apuna, koska valinnat perustuvat niihin. Eskola (2010, 193) suosittelee, että aineistosta kannattaa valita ensin parhaimmat kohdat ja aloittaa siitä teemasta, joka kiinnostaa eniten ja valita ensin ne vastaukset, jotka ovat antoisimpia. Toimin näin arvostuksen kohteiden suhteen. Kontaktipisteitä löytyi 18 kappaletta. Ryhmittelin esineisiin, ympäristöihin, ihmisiin ja toimintatapoihin. Tässä vaiheessa aineistosta kirjoitetaan analyysin aineistositaatit ja omat tulkinnat siitä, mistä sitaateissa on kysymys. Tämän jälkeen sitaatit, niistä tehdyt tulkinnat ja teoria kirjoitetaan auki lähes valmiiksi tekstiksi. (Eskola 2010, 192-194, 198) Analyysiyksikkönä toimii merkitys tai asiakokonaisuus. Kontaktipisteiden suuren määrän takia valitsin aineiston pohjalta merkityksellisimmiltä vaikuttavat tarkastelun kohteeksi. Ne olivat: esineistä ranneke, ympäristöistä potilashuone ja ihmisistä hoitaja ja lääkäri.

Viidennessä vaiheessa pyritään kirjoittamaan hiematon läpikirjoitettu versio koko työstä. Analyysi ja tulkinnat kytketään teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin. Eskola (2010, 199) suosittelee etenemään teema kerrallaan aina teorian yhdistämiseen asti, sillä voi olla niin että ensimmäisistä teemoista syntyy niin paljon tekstiä, että kaikkia teemoja ei voida ottaa mukaan annetun sivumäärän puitteissa. (Eskola 2010, 198 - 199.) Tässä opinnäytetyössä kirjoitettiin läpikirjoitettu versio tuloksista ja analyysistä tuloslukuun. Teoriaan tulokset yhdistetään johtopäätöksissä.

4.5.2 Asiakaspersoonat ja asiakaspolut

Fiktiivisten persoonien tarkoituksena on visualisoida tuloksia ja kuvata tiettyjä asiakasryhmiä sekä auttaa palveluntarjoajaa ymmärtämään asiakasta ja hänen tarpeitaan (Stickdorn, Hormess, Lawrence & Schneider 2018, 128; Goodwin 2011; Grudin & Puit 2002).

Grudin ja Puit (2002) pitävät persoonien etuna sitä, että ne kiinnittävät huomion käyttäjiin ja tiettyyn kohderyhmään. Tämän lisäksi ne tuovat ilmi kenelle palvelua tai tuotetta suunnitellaan ja kenelle ei. Ne ovat myös kommunikoinnin väline.

Asiakaspersoonat muotoiltiin Goodwinin (2009, 243) yhdeksänvaiheisen ohjeistuksen perusteella. *Kursiivilla merkittyjä vaiheita ei ole suoritettu* tässä opinnäytetyössä. Hänen määrittämänsä vaiheet ovat:

1. Tutkimusyksilöiden jakaminen roolien perusteella.
2. Taustatekijöiden ja käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden tunnistaminen.
3. *Muuttujien määrittäminen ja selittäminen / yksilöiden jakaminen muuttujiin.*
4. Mahdollisten käyttäytymismallien tunnistaminen ja selostaminen.
5. *Mallien löytäminen ja tavoitteiden määrittäminen.*
6. Erojen selittäminen ja yksityiskohtien lisääminen.
7. Persoonien rikastaminen
8. Persoonien ryhmittely ja priorisoiminen
9. Tarinoiden ja muiden viestinnällisen asioiden kehittäminen

Aikaisempi aineiston luokittelu ja teemoittelu toimi apuna prosessissa. Tutkittaviin liittyviä rooleja oli kaksi: omaiset ja potilaat. Haastattelut suoritettiin pääasiassa erikseen potilaille ja omaisille, joten tämä jako oli jo tehty.

Toisen vaiheen taustatekijöihin liittyvät luokat oli jo muodostettu laadullisen aineiston luokitteluohjelmalla atlas.ti:tä käyttäen. Tämän jälkeen tunnistin vielä taulukkomuotoon kootuista taustatekijöistä potilaiden ja omaisten tyypillisimpiä viestintätapoja, jotka on esitelty tarkemmin tulosluvussa taulukossa yksi ja kaksi.

Kokemusten referenssipisteet oli löydetty jo aikaisemmassa vaiheessa aineistosta. Päätin ottaa ne mukaan persoonien rakentamiseen. Tähän liittyen huomasin, että aineistosta löytyi selvästi kaksi ryhmää: paljon sairaalakokemusta omaavat (n=5) ja vähän sairaalakokemusta omaavat henkilöt (n=7).

Käyttäytymiseen liittyviksi tekijöiksi aineistosta esiin tulivat ekstrovertit ja introvertit persoonat, aktiivisesti tietoa kysyvät ja passiiviset tietoa odottavat. Havaitsin myös, että osa potilaista sekä omaisista oli aktiivisesti hoitoa ja tietoa vaativia ja osa taas enemmän omaan kohtaloonsa tyytyviä. Lisäksi aineistosta löytyi myös vallitsevien käytäntöjen ymmärtäjät, ihailijat, ihmettelijät ja kyseenalaistajat. Tämän jälkeen kirjoitin ensimmäiset versiot persoonista tarinoiden muotoon. Niitä oli kolme potilasta ja kaksi omaista.

Seuraavaksi lähdin tarkastelemaan tarkemmin asiakkaiden tarpeita, kipupisteitä, elämäntilanteita ja palasin aineistoon sekä kirjoittamiini persooniin. Huomasin tässä vaiheissa merkittäviksi erottelviksi tekijöiksi haastateltujen kipupisteet, joita olivat liikuntakyvyttömyys/liikkumisen vaikeudet, ymmärtämättömyys, muistamattomuus, yksinäisyys, yhteisöllisyyden kaipuu sekä asunnottomuuden uhka. Tämän jälkeen tein persoonapohjan, johon sijoitin jo aikaisemmin valmiiksi kirjoittamani persoonatekstit.

Prosessin seurauksena tarkensin aikaisemmin muodostamia persoonia ja loin persoonapohjan. Tämän prosessin mukaisesti tein persoonat. Asiakaspersooniin ei ole tarkoituksellisesti otettu tarkasteluun persoonan tavoitetta, sillä kaikkien haastateltujen potilaiden tavoite oli sama, parantua tai toipua kotiutumiskuntoisiksi. Asiakaspersoonat eivät kuvaa ketään yksittäistä haastateltua, vaan rakensin ne kuvatun prosessin mukaisesti.

Muodostin kolme potilaita kuvaavaa asiakasprofiilia (kuviot 17, 19, 21) sekä kaksi omaisia (kuviot 23, 24) kuvaavaa asiakasprofiilia. Potilasprofiilille tehtiin myös omat asiakaspolut (kuviot 18, 30, 22). Asiakasprofiilit ja asiakaspolut on kuvattu jokaisen potilasprofiilin jälkeen. Omaisille ei tehty asiakaspolkuja, sillä he saattavat käydä sairaalassa vain kerran, useana eri päivänä tai jopa päivittäin.



Kuvio 17: Potilasprofiilia 1, Saara Syrjäytynyt



Kuvio 18: Saara syrjäytyneen asiakaspolku

Unto Ulospäin suuntautunut



Kuvio 19: Potilaspersoona 2 , Unto Ulospäin suuntautunut

Kristian Kriittinen

Ikä: 80
Ammatti: eläkeläinen
Koulutus: korkeakoulutus
Perhe: naimaton
Asumismuoto: esteetön asunto
Kännykkä: älypuhelin
Tietokone: on
Luonne: vaativa, kärsimätön

Viestintätavat:

Kasvokkain



Puhelut



Tekstiviestit



Nettisivu



Sähköposti



Paperi



Tieto- ja viestintätekniikan käyttötaidot:

Tietokone



Mobiililaite



Tekstiviestin vastaanottaminen



Tekstiviestin lähettäminen



Kipupisteet elämässä: elämässä:

- Yksinäisyys
- Liikkumisen vaikeus rajoittaa yksinasuvan elämää



Tarpeet sairaalassa:

- Perustarpeiden tyydyttäminen, koska liikkuminen vaikeaa.
- Selkeällä ja kuuluvalla äänellä viestiminen.

Mihin vertaa kokemuksiaan?

Toiseen sairaalaan ja toiseen terveyskeskussairaalaan

Arvostaa: Ammattitaitoinen hoito. Yksilöhuone. Tutut, ystävälliset hoitajat. Sairaalan siisteys.

Ei arvosta: Potilashuoneen toimimattomia yksityiskohdat kuten lukuvalaistuksen puuttuminen yöllä ja liian kaukana sijaitseva vessapaperirulla. Hoitajan tulemiseen kuluva aika vaihtelee. Osaamattomat harjoittelijat.

Sairaalakokemus: Kristianille on pitkäaikaissairaudesta seurauksesta kertynyt paljon sairaalakokemusta. Hän on saapunut osastolle toisesta sairaalasta. Saapuminen on jäänyt mieleen, sillä vuoron vaihdon yhteydessä Kristian joutui odottamaan hoitajaa, eikä rannekekaan toiminut. Häntä jännittää joka kerta, joutuuko hän jakamaan huoneen, koska hän elää omassa rytmisään. Kuulo on heikko - onneksi lääkäri on tullut tutuksi, ja muistaa puhua kovalla äänellä. Kristiania tympivät osaamattomat harjoittelijat. Hänellä on tunne, että hoitohenkilökunta hiukan pelkää häntä, koska hänellä on omat rutiinit ja käytännöt, joista hän on välillä vääntänyt kättä hoitajien kanssa. Vierailijoita ei ole käynyt, koska Kristian ei ole ilmoittanut kenellekään olevansa sairaalassa, koska vierailijat eivät häntä pysty parantamaan ja Kristian on väsynyt. Tietokone on mukana laskujen maksuun, omakannan seuraamiseen sekä lehden lukuun. Hän on juuri kirjautunut facebookiin.

Kuvio 21: Potilaspersoonaa 3, Kristian Kriittinen



Kuvio 22: Kristian Kriittisen asiakaspolku

Liina Lapsenlapsi

Ikä: 23

Ammatti: opiskelija

Koulutus: alempi korkeakoulu

Perhe: vanhemmat, isoäiti

Asumismuoto: yksin

Kännykkä: älykännykkä

Tietokone: on

Luonne: vastuuntuntoinen, huolehtiva, tunnollinen

Viestintätavat:

Kasvokkain

Puhelut

Tekstiviestit

Internet, some

Sähköposti

Paperi

Tieto- ja viestintäteknikan käyttötaidot:

Tietokone

Mobiililaite

Tekstiviestin vastaanottaminen

Tekstiviestin lähettäminen

Kipupisteet:

Isoäiti on niin huonokuntoinen, että hänellä ei ole enää puhelinta käytössä, eikä Liina voi olla isovanhempaansa yhteydessä muuten kuin tulemalla sairaalaan.

Tarpeet sairaalassa:

- päivärytmi
- yleistietoa sairaalassa

Mihin vertaa kokemuksiaan:

Kun vaari oli samassa sairaalassa saattohoidossa.

Arvostaa:

Hoitajien empaattista vuorovaikutusta.

Ei arvosta:

Tiedottamisen vähyys ja tervehtimiskulttuurin puuttuminen sairaalassa.



Sairaalakokemus:

Terveyskeskussairaala on Liinalle entuudestaan tuttu, koska hänen isoisänsä oli aikaisemmin terveyskeskussairaalassa saattohoidossa. Liina arvostaa suuresti henkilökunnan empaattista vuorovaikutusta sekä sitä, että hän sai jäädä osastolle yöksi ja hänelle järjestettiin oma sänky isoisan huoneeseen.

Koska Liina ei ole sairaalassa olevan isoäidin lähiomainen, Liinalla ei ole tietoa terveyskeskussairaalan aikatauluista tai isoäitiä hoitavasta henkilökunnasta. Liina vastaanottaisi mielellään linkin sairaalan nettisivuista älypuhelimensa, josta hän voisi selata sairaalaan yleistietoja.

Kuvio 23: Persoona 4, Liina Lapsenlapsi, omainen

Pekka Puoliso

Ikä: 75
Ammatti: eläkeläinen
Koulutus: kansakoulu
Perhe: vaimo
Asumismuoto: kerrostalo
Kännykkä: peruskännykkä
Tietokone: on
Luonne: myötätuntoinen, ratkaisukeskeinen



Viestintätavat:

Kasvokkain

Puhelut

Tekstiviestit

Nettisivu

Sähköposti

Paperi

Tieto- ja viestintätekniiikan käyttötaidot:

Tietokone

Mobiililaite

Tekstiviestin vastaanottaminen

Tekstiviestin lähettäminen

Kipupisteet elämässä:

- Kokee huonoa omaatuntoa, jos ei ole päivittäin läsnä puolisonsa luona.
- Huolehtii, miten muut potilaat pärjäävät yksin huoneissaan.

Tarpeet sairaalassa:

- Kirjalliset ohjeet omaiselle
- Hoitavan lääkärin nimi ja yhteystiedot

Sairaalakokemus:

Sairaalakokemusta omaisena on kertynyt, sillä puoliso on ollut useaan otteeseen sairaalassa. Koska Pekka on päivittäin läsnä, hänellä on ajanmukainen käsitys puolisonsa toipumisesta. Hän tapaa päivittäin sairaalahenkilökuntaa puolisonsa potilashuoneessa. Pekka käyttää tietokonetta kantapalveluun, laskujen maksuun, mutta kaipaa aikaa ennen digiaikaa.

Mihin vertaa kokemuksiin?

Vertaa hoitajien kiirettä omaan työaikaansa sekä vierailuihinsa toisessa sairaalassa ja toisessa terveyskeskussairaalassa.

Arvostaa:

Henkilökunnan ammattitaitoa. Keskustelumahdollisuutta lääkärin ja hoitajien kanssa omaisen hoidosta.

Ei arvosta:

hoitajien kiirettä.

Kuvio 24: Persoona 5, Pekka Puoliso, omainen

5 Kehittämistyön tulokset ja ehdotukset

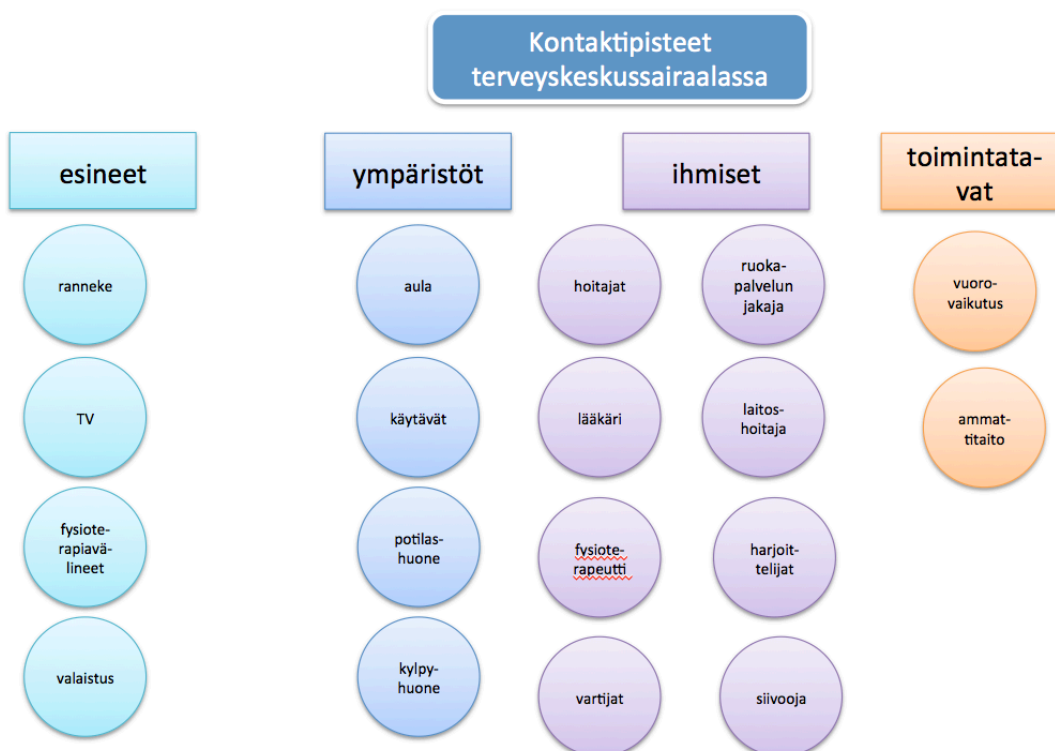
Tämän kehittämistyön tulokset esitellään tutkimuskysymyksittäin.

5.1 Asiakaskokemus terveyskeskussairaalassa

Ensimmäiseen tutkimuskysymys, minkälainen on nykyinen asiakaskokemus terveyskeskussairaalassa, on laaja. Asiakaskokemus koostuu monesta asiasta. Asiakkaalle arvoa tuottavan kokemuksen muodostavat palvelutuokioista muodostuva asiakaskokemus (Koivisto 2011, 51). Asiakaskokemus pyritään kuvaamaan tässä opinnäytetyössä asiakkaan silmin esittelemällä haastattelun ja havainnoinnin perusteella löydetyt kontaktipisteet, ydinpalvelutuokiot ja asiakaspolku, sillä ydinpalvelutuokioiden määrittäminen ja asiakaspolun visualisoiminen, ovat keinoja joiden avulla palvelua voidaan tarkastella käyttäjälähtöisesti. Ydinpalvelutuokioista taas muodostuu asiakaspolku. Jokainen palvelutuokio taas koostuu useista kontaktipisteistä, joiden kautta asiakas kokee palvelun. (Koivisto 2011, 49-50.)

5.1.1 Kontaktipisteiden suuri määrä yllätti

Terveyskeskussairaalassa on valtava määrä kontaktipisteitä. Haastattelujen ja havainnoinnin pohjalta terveyskeskussairaalaan kontaktipisteet saatiin kartoitettua. Alla olevaan kuvioon 25 on ryhmitelty terveyskeskussairaalaan kontaktipisteet esineisiin, ympäristöihin, ihmisiin ja toimintatapoihin.



Kuvio 25: Potilaan kontaktipisteet terveyskeskussairaalassa

Ihmiskontaktipisteitä on jokaisella potilaalla vielä enemmän, mitä yllä oleva kuvio 25 ilmaisee. Tämä johtuu luonnollisesti siitä, että potilaita hoitavat ympärivuorokautisesti useat eri hoitajat vuorotyöstä johtuen. Laitoshoitajia ja ruokapalvelun jakajia on samoin useita, koska heitä tarvitaan seitsemänä päivänä viikossa. Hoitava lääkäri ja kuntouttava fysioterapeutti on

usein yksi ja sama henkilö, tosin yksi haastatelluista mainitsi kahdesta lääkäristä, ja yksi omainen kahdesta fysioterapeutista.

Kontaktipisteiden kartoittamisen jälkeen, palveluntarjoajan tulee valita ne joihin vaikuttaa (Vargo & Lusch 2008). Meyer ja Schwager (2007, 3) korostavat, että kaikkien kontaktipisteiden arvo ei ole yhtä suuri. Kun on kysymys palveluista, heidän mukaansa vuorovaikutus on tärkeässä asemassa kontaktipisteistä. Lisäksi jokainen asiakas arvostaa kokemuksen yksilöllisesti jokaisesta kontaktipisteestä.

Tässä työssä tarkastelun kohteeksi valitaan aineiston ja havainnoinnin pohjalta asiakkaille merkittävimiksi nousseet kontaktipisteet, sillä niiden voidaan ajatella vaikuttavan eniten asiakaskokemukseen. Niistä ovat esineistä ranneke sekä potilashuone, ihmiskontaktipisteistä hoitaja, fysioterapeutti sekä lääkäri ja toimintatavoista tarkastellaan sekä vuorovaikutus että toimintatavat.

5.1.2 Ranneke koettiin tärkeäksi, vaikka osalla käyttöön liittyi haasteita

Kun suoritin tutkimusta tein havaintoja toimintaympäristöstä, ja havaitsin, että terveyskeskussairaalan **potilailla** on ranteessa turvaranneke, jolla he voivat soittaa nappia painamalla hoitajalle. Huomasin päivien aikana, että hoitajilla on kännykät, joihin potilaan napinpainallus yhdistyy soittona. Hoitajat voivat valita kahdesta vaihtoehdosta: yhdistävätkö he puhelun potilaan huoneeseen, ja kysyvät tilannetta vai lähtevätkö he vastaamatta suoraan potilaan luokse.

Miten saat henkilökuntaan yhteyden, oli kysymys, jolla selvitettiin yhteydenpitoa henkilökuntaan. Yhtä potilasta lukuun ottamatta kaikki esittelivät ranneketta, kontaktipistettä, jonka potilaat kokivat erittäin hyvänä asiana. Sen koettiin tuovan turvaa. Huonosti liikkuvat potilaat kokivat sen erittäin merkitykselliseksi, sillä heidän ei tarvinnut kurotella nappia pöydältä, vaan ranneke oli aina mukana. Tulosten haastattelu-sitaateissa K tarkoittaa kysyjää eli opinnäytetyöntekijää, V vastaajaa eli potilasta ja VO tarkoittaa vastaajana omaista.

K: Miltäs se tuntuu kun noin helposti saa sen hoitajan..?

V6: ..Sehän on kyllä hirveen mukavaa.

Osa potilaista ei ollut kuitenkaan ymmärtänyt, että ranneke hälyttää hoitajan kännykkään, ja hoitaja voi joko saapua paikalle tai olla potilaaseen puhelimitse yhteydessä.

V1: Tää hälyttää minun omahoitajalle..

K: ..Jos painaa siitä napista.

V1: Painaa siitä ni hänelle syttyy (valo) [0:12:39].

K: Onko siinä sitte jotaki muuta, siinä..

V1: Minä en tiiä..

K: Et tiiä.

V1: ..kyllä siitä kuuluu puhettakin välillä, en oo varma kuuluuko se tästä vai jostaki muualta.

Jotkut potilaat kokivat, että ranneke ei aina toiminut halutulla tavalla. Osa kertoi, että ranneketta piti painaa useita kertoja, ennen kuin apua saapui paikalle tai ranneke saattoi hälyttää turhaan osuessa esimerkiksi sängyn reunaan. Kahden potilaan mielestä aika rannekkeen painamisen ja hoitajan saapumisen välillä vaihteli suuresti, jopa niin että tilanne saattoi mennä ohitse.

V10: On sellasii tilanteita ...siis mun tilanne on menny ohi, että se (hoitaja) on myöhästyny siitä tulosta että sit se on ihan yhtä tyhjän kanssa ...

Omaisista osa oli siinä käsityksessä, että ranneketta voi käyttää vain potilas ja osa taas sitä mieltä, että omainen voi kutsua hoitajan luokseen rannekeella kertomaan esimerkiksi potilaan tilasta. Yksi omainen toi esille, että rannekeen painamisen ja hoitajan saapumisen välillä oleva aika vaihtelee suuresti, kahdesta minuutista aina 20 minuuttiin.

K: Miten omainen saa osaston henkilökuntaan yhteyden?

VO2: Oikein hyvin, aina tässä pyörii joku ja tossa lasikopissa.

H12: Ja kotoa puhelimella.

VO2: Tuo ranneke on vain potiaalle, en minä siitä voi painaa.

K: Miten omainen saa osaston henkilökuntaan yhteyden?

S: Hän voi soittaa osastolle, kysyä keneltä tahansa osaston henkilökunnasta tai painaa potilaan ranneketta.

5.1.3 Potilashuone

Suurin osa potilaista ihasteli uutta sairaalarakennusta ja oman huoneen tuomaa rauhaa.

V8: Kyllähän tämä nyt on ihan toista kun ajatellaan meidän vanhaa terveyskeskusta joka oli semmonen, minä sielläkin jouduin monta kertaa olemaan...

K: Minkälainen tää on verrattuna siihen vanhaan paikkaan?

V8: Onhan tää aivan, aivan ihana. Aivan niin siis semmonen, varsinkin nyt on jo tottunu silmä kun täs on kauemmin ollu mut, mie alussa ihan silmä lepäs et mie olin että voi kun tää on niin kaunista, kaikki sillä lailla laitettu vähän, ettei sitä vaan, että just että se on, oikein. Ja sitten muutenkin, värit on, tässäkin oli toisenlainen täs oli eriväri- nen tuoli se oli samanlainen tuoli mut se, oli vähän liian korkea mulle niin, vaihto sit- ten ja värit oli sillä tavalla hyvät.

V1: Hyvin rauhallista, mul on oma huone, täs ei oo kettää muuta ku minä. On tässä toinen paikka mut ei oo täytetty viel. Ja hyvät on näkymät, korkeet. Ja tekniikka on hienoo, tuol on kaikki (pesulaitteet) [0:05:58] ja, sit vessa on tossa, iso televisio. Hyvä paikka, hyvin suunniteltu se. Pikkusen on nuo, television kaukosäädinkin on pikkusen monimutkanen. Ei noudata tätä normaalia Sonyn ja näitten järjestelmää.

V6: Tää on hieno (huone) kyllä... mä oon semmonen vähän erakko..ihminen ollu aina ni, tää on minulle hyvä.

Liikuntarajoitteisilla potilailla kokemukset potilashuoneen epäkäytännöllisistä yksityiskohdat aiheuttivat harmia kuten valokatkaisijat (n=2).

V9: Tää huoneessa ei ole yövaloa, joko kaikki valot päällä tai pimeää.

K: Voitteko näihin muihin valoihin vaikuttaa?

V11: En mä voi vaikuttaa mihinkään kun mä en pääse liikkeelle.

VO7: Nyt jos sä tuut pyörätuolilla tänne näin, istut pyörätuolissa peset kädet ja sit sä pyyhit. Sä pyyhit tohon paperiin. Jos sä istutkin ylläts sä tonne?

K: Niin, ei varmastikaan.

VO7: Niin. Eikö se vois olla alempana?

K: Niin toi käsipyyhe?

VO7: Niin. Alempana täällä.

K: Kyllä, joo.

VO7: Täs on arkkitehdillä nähty siinä että kaikki pitää olla hienon näköstä.

VO7: Niin. Ei atellu ollenkaan sitä käytännössä. Tää on yks esimerkki.

Osa oli kokenut yksinäisyyttä potilashuoneessa.

V8: Joskus käy näin nyt kun minä oon paremmassa kunnossa, että, minä oon vähän unohdettu. Jotenkin mie koen että, aamulla aamupala tuodaan niin, seuraava on sitten ruoka kun tuodaan taas ja, sit ei ketään käykään koska mie en, en minä tarvi, minä en sano että mie tarviisin mutta, minä koen vaan että ehkä minä olen täällä vaan.

K: Onko sitten tuntunu yksinäiseltä?

V8: Enhän minä kieltäsi, jos mie kiellän niin se ei oo ihan totta. Mulla kyllä mul on kolme tyttöä ja ne, on suhteellisen usein käyny että mulla on melkein joka päivä, joku tulossa. Tänäänkin ne vissiinkin ainakin kaks tulee niistä, vissiinkin käymään.

5.1.4 Hoitajat ja fysioterapeutit

Potilaiden kokemukset hoitajista ja fysioterapeuteista olivat positiivisia tai erittäin positiivisia.

V11: No täälhän on ihan hyvä olla. Ei täällä mitään. Hyvä hoito mukavat hoitajat ja.. erinomaiset olosuhteet.

K: Mikä asia on erityisesti ilahduttanut täällä? Kuulostat tyytyväiseltä.

V1: Kyllä se on nuo pätevät ja tunnolliset hoitajat.

V2: Täähän on ihan luksusta, on kyllä niin, mul on sattunu niin ihanat hoitajat kaikki ja nämä tämmöset.

K: Miltä se tuntuu että on tuttuja hoitajia?

V10: On se kun se on ihanaa tulla, se on ihan kun sä tulisit työpaikalle, se on ihan sama asia. Ja niinhän se silloin kun mä tulin tänne, terve sieltähän se meidän Leena tulee, fiilis oli tää kun mut otettiin vastaan, totta kai se on kiva jokainen kokee sen kivana. Ei siihen mitään että, todella, kun oisit tullu töihin, sä oot myöhäs tänään [nauraa]. Siinäkin on, ihan hirvee mun vastata siten ton naapurin puolesta.

Vuorovaikutustyyliässä oli tosin koettu eroja.

V8: Hän (hoitaja) oli niin semmonen myötämielinen, ja sitten hän on ollu myötämielinen minulle koko ajan että, hän aina huomioi minut ihanasti.

VO3: hällä (fysioterapeutti) on semmonen, potilaalle semmonen kannustava, innostava ote siinä työssä.

V1: Se on joo, se on ihan semmonen että, niin kun siviilissäkin on että jotkut on varautuneempia ja hiljasempia ja hoitaja, sitten toiset räiskyy...

5.1.5 Lääkärit koettiin asiallisena

Minkälaiseksi olette kokeneet lääkärin tapaamiset, kysymyksellä selvitettiin potilaiden kokemusta lääkärikerrosta.

V3: Ihan hyväks, ei niissä oo moittimista

V2: asiallisia lääkäreitä ja lääkäreitä ja mikä mulla ollukin, toi sama lääkäri käyny koko ajan.

V5: ...tänäänkin lääkäri kävi ja kyseli ja, ei osannu sanoa sen enempää muuta. Hyvin asiallinen.

Suhde lääkärin ja potilaan välillä näyttäytyi asiallisena, mutta potilaan ja lääkärin välinen suhde jäi hoitajia ja fysioterapeutteja etäisemmäksi.

K1: Onko sitte saanu kuitenkin selvää loppupeleissä että mistä on kysymys tän lääkärin kanssa vai onko jääny ihan täysin mysteeriksi?

VO5: Kyl siitä selvääki saa mutta ne muutamat sanat mitä se on puhunu hoitohommist, ne vähän..

K1: ...Jääny arvotukseks?

VO5: Nii.

V3: Nii.

K1: No mitäs jos te ootte kysyny tarkentavia kysymyksiä niin tuleeko sitte teille ymmärrystä?

V3: Kyllä sitte hoitajilta.

VO5: Kyllä, hoitajat sit.

K1: Hoitajat sitte suomentavat ne..

VO5: Joo, tarkemmin.

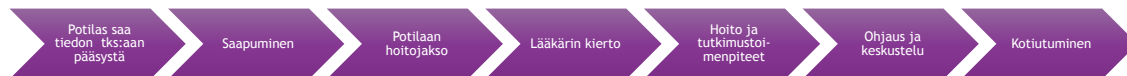
K1: ..lääketieteelliset asiat. Onko hoitaja mukana siinä lääkärinkierrolla sitte?

V3: On.

VO3: On, kakski oli tänä aamuna.

5.1.6 Asiakkaiden kokemista ydinpalvelutuokioista uusi asiakaspolku

Alla oleva kuvio 26 esittää hoitohenkilökunnan näkökulmasta palvelutuokioita, ja niistä rakentuvaa palvelupolkua. Tämän pohjalta myös haastattelulomake suunniteltiin.



Kuvio 26: Alustava palvelupolku hoitohenkilökunnan näkökulmasta (09/2017)

Potilaiden oli vaikea kuvailla erikseen hoito- ja tutkimustoimenpiteitä sekä ohjausta ja keskustelua. Sen sijaan potilaat kuvailivat päivittäisiä rutiineita terveyskeskussairaalaissa, ja he kertoivat saamistaan neuvoista. Kuvion 26 palvelupolku kuvaa kaikki ne toiminnot joihin, terveyskeskussairaalaan hoitajat osallistuvat. Asiakkaiden kokemat ydinpalvelutuokiot löytyvät alla olevasta kuviosta 27.



Kuvio 27: Asiakkaiden kokemat ydinpalvelutuokiot

Ydinpalvelutuokioista saapumista selvitetiin kysymyksellä, mitä teille kerrottiin, kun saavuitte terveyskeskussairaahan? Potilaista kahdeksan (n=12) eli kaksi kolmasosaa ei muistanut saapumista tai mitä saapumisen yhteydessä oli kerrottu.

K: Mitä teille kerrottiin kun, sanoitte että se oli semmosta showta kun tulitte tänne?

V8: Ei oikeestaan sen kummempaa sitten oli lääkäri ei kun, röntgeniin, ja, kaikennäköstä semmosta että, en minä edes muista enää. Sitten siitä tuli vielä mulle mahavaiva että.

V6: En minä muista mitä kerrottiin. Joo en.

V4: Ei mulle oikeen mitään kerrottu.

K: ...nii muistatteks te ku te tulitte tänne osastolle? Tätä mä yritän..

V4: Emmä oikeen muista.



Kuvio 28: Tuntemattoman potilaan saapuminen

Ohjeiden saamista selvitetiin pääasiassa kysymyksellä, millaisia ohjeita olet saanut? Potilaat kertoivat neuvoista, joita olivat henkilökunnalta saaneen. Vastuksissa oli paljon variaatioita. Suurin osa koki, että heitä oli neuvottu kaikissa asioissa erittäin hyvin, toiset toivat ilmi, että tietoa ja ohjeita saa kysymällä ja löytyi niitakin, jotka kokivat, että he eivät ole saaneet ohjeita tai, jos ovat saaneet, niin eivät muistaneet.

K: Ja, onko nää lääkärit antanu teille joitakin ohjeita tai neuvoja?

V7: [mieltii 7 s] Sitä mä en muista.

V2: Täällä on ne on ihan joka asiasta jos vaan kysyt mitään niin kyllä, neuvotaan heti että, vaikka siellä muuten oli siellä kun mä silloin makasin siellä näissä, kuus viikkoo sillohan mua piti syöttääkin kun mä en pystynyt syömään heti niin, molemmat kädet vielä niin.

Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

V9: Kyllä mut on hoidettu erinomaisesti

Kokemusta vierailuajkojen puuttumisesta selvitetiin mm. kysymällä, mitä mieltä olette siitä tänne saavat vieraat tulla ihan milloin vaan? Virallisten vierailuajkojen puuttumista pidettiin hyvänä asiana. Kaikille se ei ollut kuitenkaan selvää.

V2: Se on ihan kiva kun voi tulla mihin aikaan mun tyttökkin lähti yks kerran yheksän aikaan pois tästä illalla kun oli, hänkin on tuolla Helsingissä töissä

niin, ei aina, just sovittiin että, soitin että, jos kahelta tulis huomenna mut hakemaan kun hän on Helsingin kaupungilla taloustoimistos töissä, niin sano hän käy pomolta kysymässä et voiko hän lähtee aikasemmin että, niin hän lähtee sit miun kanssa ja tavaroitten kanssa.

K: Ja, täällähän ei oo, tääl ei oo niitä vierailuaikoja että saa tulla millon vaan?

V5: No kyl tääl jonkunlainen vierailuaika on.

K: Ahaa.

V5: Päivisin.

Haastatteluaineiston analysoinnin perusteella tunnistettiin palvelutuokiot, joiden pohjalta muodostettiin potilaan asiakaspolku. Sekä palvelutuokioiden sisältö, että määrä muuttuivat osaston esimiehen määrittelemään polkuun verrattuna, sillä asiakaspolkuun lisättiin haastattelujen ja havainnoinnin perusteella palvelutuokioita, joita ovat ruokailut, fysioterapia ja potilaiden pesu. Ohjauskeskustelu käsite muotoiltiin asiakaspolkuun potilaan kielelle eli neuvomiseksi. Myös hoitotoimenpide tai tutkimustoimenpide sanat olivat monille potilaille vieraita. Ne muotoiltiin yksinkertaisesti hoidoiksi, sillä potilaat puhuivat esimerkiksi haavan hoidosta tai siteiden vaihdosta. Tämän lisäksi voidaan ajatella, että myös vierailut ovat osa asiakaspolkua. Ne kuuluivat lähes kaikkien potilaiden (n=10) arkeen.

Alla olevasta kuvioista 28 löytyy haastattelutulosten pohjalta muokattu asiakaspolku. Monet niistä toistuvat potilaan sairaalajakson aikana lukuisia kertoja. Ruokailuja on viisi kertaa päivässä. Uusia tunnistettuja ydinpalvelutuokioita on osoittamassa neljä nuolta kuviossa.



Kuvio 29: Asiakaspolun ydinpalvelutuokiot potilaan näkökulmasta terveyskeskussairaalassa

5.2 Tiedonkulku näyttäytyy terveyskeskuksessa sirpaleisena

Miten tiedonkulku näyttää terveyskeskussairaalassa, tutkimuskysymykseen etsittiin vastauksia kartoittamalla potilaiden, omaisten sekä sairaanhoitajien näkökulmaa sekä nykyisiä internet-sivustoja tarkastelemalla (liite 5). Potilaiden ja omaisten näkökulmasta tiedonkulkua tutkittiin haastatteluissa muun muassa kysymyksillä: Kertoisitko, minkälaisia ohjeita olet saanut tks:ssa? Milloin? Keneltä? Minkälaista tietoa olet saanut käyntisi pituudesta tällä osastolla? Miten olet saanut tietoa sairautesi hoidosta?

Nettisivuilta tietoa terveyskeskussairaalasta ei ole helposti löydettävissä ja tätä asiaa kehitetään parhaillaan terveyskeskussairaalassa. Havaintojen perusteella tarvitaan tarkkaa keskittymistä ja kuusi klikkauksia, että päästään kaupungin sivuilta terveyskeskussairaalan yleistietoihin. (Liite 5)

Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että potilailla ja asiakkaila on erilaisia kokemuksia tiedonsaannista. Joidenkin mielestä kysymällä saa hyvin tietoa, toisten mielestä havainnoiden. Omaiset ja potilaat kokivat, että ohjeita oli saatu vähän. Jotkut omaiset kokivat, että he eivät olleet saaneet ohjeita tai tietoa.

V1: Ne antaa, tietoa kun kysyt, (-) [0:18:29] mihkä tää tabletti vaikuttaa ja mitä tällä on ja, samoin sitte lääkäri antaa kans, hyvin niukkasanasen tosin.

V10: ottaen huomioon tää, talon uutukaisuus niin mun mielestä ne, info tän talon toiminnasta niin se oli huono, se ei pelannu, eli nyt puhutaan kahvion tiloiss...

ta, elikä yleisistä tiloista, parvekkeesta, kahviosta, sitten nää yleiset just info ja nää pömpelit mitkä on täällä, aina siellä täällä täällä kerroksissa, et tää tämän informaatio mun mielest se ei toiminu täs talos, ei missään, osastolla täällä mä en muista et olis saanu sellast infoo et vitsi kun kiva et on meil on uus hieno sairaala.

K: Sitten mennään näihin ohjeihin, et minkälaisia ohjeita te ootte saanu ehkä tohon rannekkeeseen liittyen tai johonki muuhun liittyen täällä?

V3: En minä tiedä saatiinko me..

VO5: Ei me sit ku sul oli ranneke ku mä tulin ensimmäisen kerran tänne.

V3: Nii, muuta ku et tästä saa sitte hoitajan kutsuttua paikalle.

K1: Muita ohjeita ei sitte tullu tai suosituksia?

VO5: Ei, ei ole.

V3: Ei, ei.

K: Saitteko ohjeita että, mitä omainen saa täällä tehdä tai missä omainen saa liikkua tai mistä omaiselle löytyy just ne...?

VO1: Ei, ei kerrottu.

K: Ei sellasta?

VO1: Ei kerrottu.

K: Tuliko ne sit selväks ku te kysyitte sitä vai?

VO1: Sitte pikkuhiljaa mä huomasin minkälaisia käytäntöjä täällä on, että ihan itse havainnoimalla.

VO3: Onkohan mulla vieläkään puhelinnumeroa... Ei mulla varmaan ole vieläkään tämän osaston puhelinnumeroa.

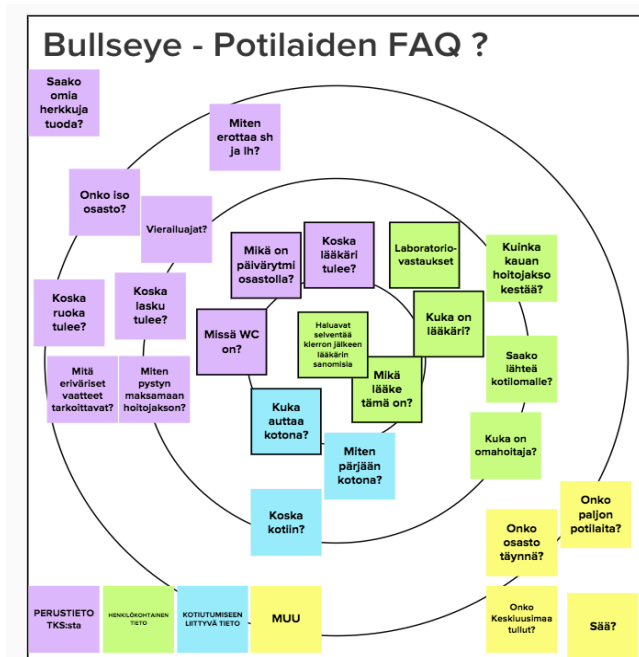
K: ...henkilökunta tietenkin kolmivuorotyössä vaihtuu, mutta onko hänellä joku omahoitaja?

VO3: Ei ole ainakaan ilmoitettu, että kuka olisi, ja enpä usko, että on erikseen.

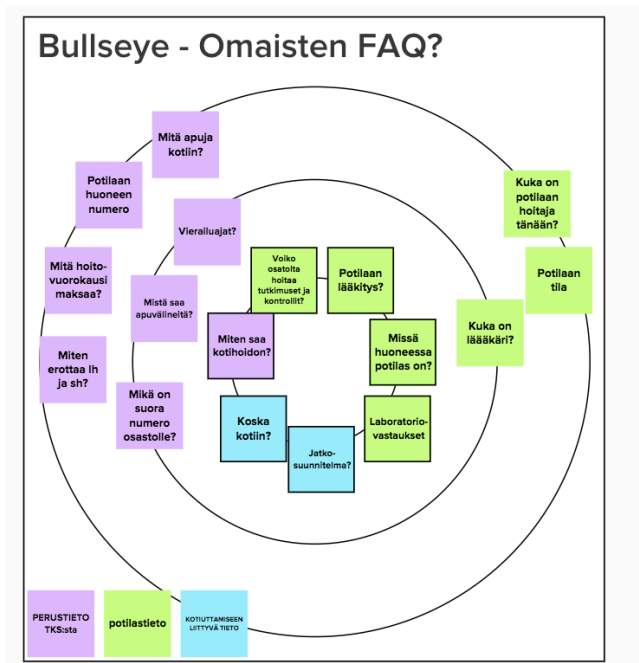
Voi olla jollekin ryhmälle että on, kuuluu niinku ryhmä. ... Lääkärin nimi ois kiva tietää, eihän se jää mieleen jos hän siinä, käynnillä sen nopeesti sanookin, en muista edes että sanoiko hän edes.

Sairaanhoitajille pidetyssä työpajasta saatiin lisäymmärrystä tiedottamisen nykytilasta, joka rakentui erityisesti kysymysten kautta, mitkä ovat yleisimmät kysymykset, joita potilaat ja omaiset esittävät hoitohenkilökunnalle. Potilaiden sairaanhoitajille esittämät kysymykset on ryhmitelty Bulls'ey-kehään (kuvio 31) Keskellä ovat yleisimmät kysymykset, ja kehän uloimilla reunoilla harvemmin kysytyt kysymykset. Tulokset on värikoodattu. Lila tarkoittaa terveyskeskussairaalan käytäntöjä koskevaan perustietoa, vihreä henkilökohtaista tietoa, sininen kotiutumiseen liittyvää tietoa ja vihreä muuta tietoa.

Yleisimmin hoitajille esitetyt kysymykset liittyvät terveyskeskussairaalaan liittyvään perustietoon, joista lilat laput kertovat seuraavalla sivulla kuviossa 31 ja 32. Lisäksi omaiset kysyvät paljon potilaaseen liittyvää tietoa (kuvio 32): lääkityksestä, laboratoriotuloksista, mutta myös esimerkiksi lääkärin nimeä (vihreät laput). Lisäksi omaiset kysyvät kotiuttamiseen ja jatkohoittoon liittyvää tietoa (siniset laput).

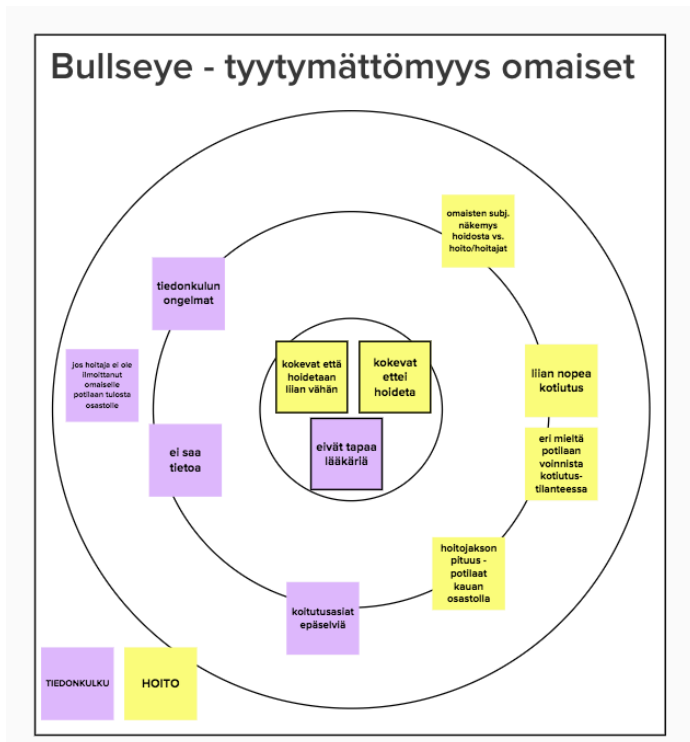


Kuvio 30: Potilaiden yleisimmät kysymykset hoitajalle

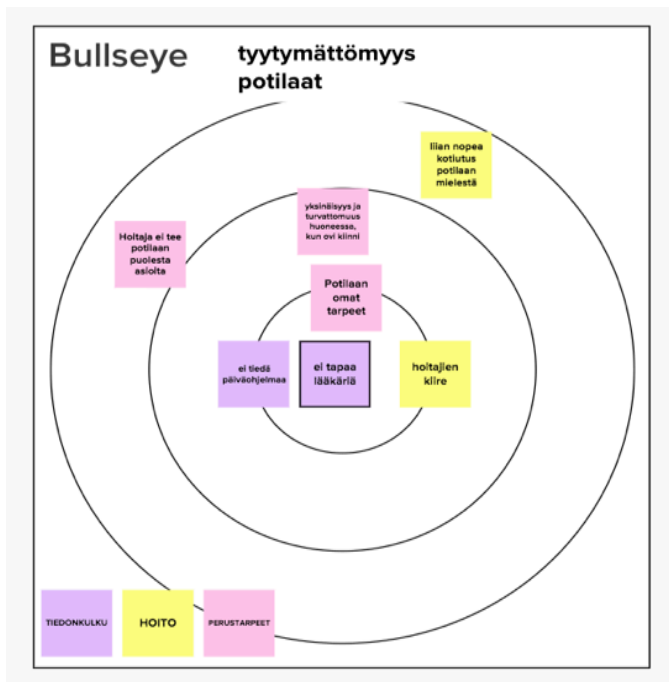


Kuvio 31: Omaisten yleisimmät kysymykset sairaanhoitajalle

Tytywättömyyden kohteita, joita omaisilla ja potilailla on terveyskeskussairaalassa, ei löytenyt paljon. Niiden joukosta nousevat tiedonkulun haasteet ja opinnäytetyöntekijän tiedonku-
luksi tulkitsemat asiat, jotka kuviot 33 ja 34 tuovat esille.



Kuvio 32: Omaisille tyytymättömyyttä aiheuttavat asiat



Kuvio 33: Potilaille tyytymättömyyttä aiheuttavat asiat

Tiedonkulku henkilökunnan ja asiakkaiden välillä sairaalassa näyttäytyi tulosten valossa sirpaleisena, sillä tulokset viittaavat siihen että, kaikki tiedottaminen henkilökunnan ja asiakkaiden välillä tapahtuu suullisesti. Asiakkaille ei jaeta kirjallista yleistietoa terveyskeskussairaalasta, osastosta tai sen käytänteistä. Asiakkaat saavat hyvin tietoa keskustelemalla, kysymällä ja havainnoimalla.

Kontekstuaalisten haastattelujen aikana ilmeni, että jokaisessa potilashuoneessa on televisio. Osa potilasta esitteli TV:n toimintaa haastattelun aikana opinnäytetyöntekijälle. Tällöin paljastui, että TV:ssä on tyhjä INFO-kanava.

V11: Info kertoo tasan tarkkaan näin paljon. (ei lue muuta kuin info)

K: Oho. Siin on aika tiivistetty info.

V11: Aika tiivistettyä tekstiä joo.

K: Jotain joo. [tauko 5 s potilas vaihtaa kanavaa] Sää.

V11: Sää nyt kertoo sen mitä sää. Mitäs siellä muuten on tänään?

VO7: Lumisateita.

V11: Kevyttä sadetta. Sitte on.. [potilas vaihtaa kanavaa] mitäs nää uutiset kertoo.

V11: Ei oo mitään uutisia tänään. Kyl tänne joskus on ollu. Tästä nyt toimii lähinnä televisio.

5.3 Mitä asiakkaat arvostavat terveystieteiden sairaalassa?

Tähän tutkimuskysymykseen saatiin vastauksia haastattelun eri vaiheissa.

Potilaiden arvostuksen kohteet

Potilaat arvostavat sairaanhoitajien ammattitaitoa:

V9: se, mutta kyl noi tytöt hyvin, hyvin ne kyllä juoksee tuolla että ja kun ottaa huomioon kun yks iltakin tossa kuuntelin jotain mammaa joka, rupes mulle kun mä olin siel käytävällä että kuka tulee että mikä ihminen tuol on että, minut tapetaan täällä, kunhan tälläsiä, niin sä voit kuvitella minkälainen on tää näitten, fiilis näihin se täytyis tietenkkin suodattaa, sen hoitajan mut kyl se pirun vaikee näitten duuni on. Ne tekee upeeta hommaa, ei jaksais montaa päivää.

V2: että kyllä musta noi sairaanhoitajat on, kyllä osaavia.

Asiakkaiden arvostuksen kohteista löytyy myös ystävällinen vuorovaikutus ja henkilökohtainen huomioiminen.

V1: minua on kohdeltu hyvästi täällä

V2: Mikähän se nyt olis [mieltii 6 s]. Minusta se on semmosta kun on aina, käyty kysymässä että miten jaksat, illallakin aika myöhään sit mä oon tässä välillä nukkunu ne käy varmaan kaks kertaa yölläkin kattomassa, niin se on minusta yllättäny että heti on apu, että ei tarvi ootella mittään että, olkoon vuorokauden aika mikä hyvänsä niin on saanu avun. Minäkin kun oon semmonen sairaalakammonen, oon ollu [naurua].

K: Ahaa, niin onko nyt muuttunu sitten?

V2: On ja onhan mä silloin jo tuolla kun mä olin tuolla, toisessa sairaalassa niin, siinäkin mulla meni jo sinnekin semmonen kauhun kanssa että [naurataa], se oli kyllä ihan yllättävää että..

K: Onko sairaalakammo sit kadonnu tässä?

V2: On on on.

V2:..tossa kun tutustu noihin ruuanjakajiin kun tos on semmonen ihana, mikä hän hänen nimi hän on tuolta Thaimaasta, hirveen ihana ihminen hän huutaa aina ovellakin et "no huomenta Kaino" ja tuntuu niin kivalle että, tommonen. Mekin kun on Karjalasta niin, tulee aina puhuttu niin paljon että [naurataa]...

V8: ...koko ajan on sanottukin että kipulääkettä täytyy kysyä, ihan silloin kun minä tulinkin alkuajoina et kun enempi oli kipuja niin, sano että kipua ei pidä kestää ne vielä selitti että se estää parantumista ja, semmosta että vielä nytkin sanotaan et pyydä, vaan lääkettä kyl mie, monena iltana, pyytänykin ihan että... Joo, kun tuntuu siltä niin saan ei oo koskaan kielletty, ei sulle anneta että, päinvastoin että, ei saa, kärsiä.

Alla olevaan kuvioon 35 on koottu potilaiden arvostuksen kohteet. Niissä korostuu yksilöllinen kohtaaminen arvostuksen kohteena.



Kuvio 34: Potilaat arvostavat yksilöllistä kohtaamista ja positiivista vuorovaikutusta

Lisäksi suurin osa potilaista arvosti potilashuoneen tuomaa yksilöllisyyttä ja huoneen siisteyttä (kuvio 36). Osa arvosti sitä, että vierailijat voivat saapua milloin vain, muita potilaita häiritsemästä, silloin kun vierailijoille parhaiten sopii.



Kuvio 35: Suurin osa potilaista arvostaa oman potilashuoneen tuomaa yksilöllisyyttä

Koska osan potilaiden oli vaikea kuvailla kokemuksiaan sekä, mitä he sairaalassa arvostavat, tähän asiaan kysyttiin lisätietoa hoitajilta, jotka työskentelevät asiakasrajapinnassa potilaiden ja omaisten kanssa päivittäin. Hoitajien työpajan tulokset ovat hyvin samankaltaisia potilailta saadun informaation kanssa, ja ne tukevat potilailta saatua tietoa arvostuksen kohteista.



Kuvio 36: Potilaiden arvostuksen kohteet sairaanhoitajien näkökulmasta

Potilaat arvostavat erityisesti vuorovaikutusta ja sen laatua (kuvio 37). Erityisesti arvostetaan kannustavuutta, ystävällistä ja kunnioittavaa vuorovaikutusta sekä samaa hoitajaa. Lisäksi hoitajien kokemuksen mukaan potilaat arvostavat kuulluksi tulemistä, kuuntelua ja hoitajien huumorintajua. Potilaat arvostavat myös omaa huonetta ja sen tuomaa rauhaa sekä tietoa siitä, mitä tapahtuu seuraavaksi.



Kuvio 37: Omaisten arvostuksen kohteet sairaanhoitajien näkökulmasta

Omaiset arvostavat sujuvaa tiedonkulkua ja hoitajien vuorovaikutuksessa erityisesti inhimillistä, myötätuntoista ja lämmintä kohtaamista potilaan kanssa (kuvio 38). Kuvioon 39 on tiivistetty haastatteluiden tulokset siitä, mitä potilaat eivät arvosta. Negatiiviseksi potilaat kokivat rakennuksen suunnitteluvirheet ja satunnaisesti tapahtuneen pidemmän odotuksen turvarannekkeen napin painamisen ja avun saapumisen välillä.

Ei arvostettu/ Negatiiviseksi koettiin:



Kuvio 38: Potilaat eivät arvosta toimimattomia käytäntöjä eivätkä toimimattomia laitteita

5.4 Responsiivinen internet-sivusto voisi tukea omaisten, mutta ei potilaiden asiakaskokemusta

Taustatietokysymyksillä, jotka liittyivät tietokoneen ja kännykän käyttöön saatiin hyvin vastauksia neljänteen tutkimuskysymykseen, miten responsiivinen internet-sivusto voisi asiakkaiden mielestä tukea asiakaskokemusta. Lisäksi asiaa selvitettiin kysymällä tietokonetta ja älykännykkää käyttäviltä haastatelluilta muun muassa, minkälaisista asioista kännykällä selattavasta terveyskeskussairaalan internet-sivustosta voisi olla hyötyä omaiselle?

Taustatiedot

Haastateltujen **potilaiden** keski-ikä oli 75,5 vuotta. Nuorin oli 50-vuotias ja vanhin 90-vuotias. Haastatelluista potilaista viisi oli naisia ja seitsemän miehiä. Potilaiden taustatiedot on koottu taulukkoon viisi.

Digitaalisten palveluiden käytössä tarvittavat taidot, tiedot ja mahdollisuus olivat suurella osalla potilaista heikkoja. Yli 50% (n=7) potilaista kertoi, että he eivät omista tai eivät osaa käyttää tietokonetta. Alle 50% (n=5) potilaista käytti tietokonetta lähinnä laskujen maksamiseen ja tiettyjen sivustojen seuraamiseen. Tietokonetta käyttävät potilaat toivat ilmi, että he eivät käyttäneet tietokonetta tiedon etsimiseen. Vain yhdellä haastatelluista potilaista oli tietokone ja toisella tabletti mukana sairaalassa. Potilaille ei ollut älykännykkää käytössä tai jos oli, he eivät välttämättä osanneet sitä käyttää esimerkiksi kuvien ottamiseen, netin selailuun tai muuhun vastaavaan. Kahdella potilaalla ei ollut ollenkaan kännykkää käytössä sairaalassa.

Ikä	Sukupuoli	Koulutus	Puhelimen käytötavat	Tietokoneen käyttö
76	m	ylempi korkeakoulu	Vain puhelut	Laskut, lehdet, pörssikurssit, sähköposti
81	n	kansakoulu	puhelut + viestit	Ei osaa käyttää.
73	m	kansakoulu	Vain puhelut	Ei osaa käyttää.
58	m	kansakoulu	puhelut + viestit	Ei ole.
87	m	työssäoppiminen	Vain puhelut	Ei ole.
86	m	lyseo	Vain puhelut	Ei ole.
66	m	ammattikoulu	Vain puhelut	Laskut ja uutiset
90	n	kansakoulu	Vain puhelut	Ei halua käyttää. Ei ole.
86	n	ylempi korkeakoulu	Puhelut + viestit	Laskut, facebook.
50	n	Ei kertonut	Vain puhelut	Laskujen maksu, ei muuta.
78	n	ammattikoulu	Puhelut + viestien lukeminen	Sähköposti, laskut + tabletti, josta vain lehtien luku
80	m	Ei kertonut	Ei mukana.	Ei osaa käyttää.

Taulukko 5: Haastateltujen potilaiden taustatiedot

Taulukkoon viisi on merkitty liilalla ne potilaat, jotka eivät käytä tietokonetta tai internetiä viestintävälineenä. Heitä on reilusti yli puolet 9/12. Potilaista 7/12 ei osaa käyttää tietokonetta tai ei omista sellaista. Potilaista reilusti yli puolet 8/12 ei käytä puhelinta muuhun kuin soittamiseen. Taulukkoon viisi tämä on merkitty keltaisella. Taulukko viisi havainnollistaa, että yli puolet 7/12 potilaista viestii ainoastaan suullisesti käyttämällä puhelinta. Alla kaksi esimerkkiä, joiden pohjalta viestintätapoja arvioitiin. K tarkoittaa kysyjää eli opinnäytetyöntekijää ja V vastaaja eli haasteltavaa potilasta.

Esimerkki 50-vuotiaan potilaan haastatteluista:

K: ...mihin käytätte kännykkää, muuhun kun soittamiseen käytätte?

V10: En mihinkään muuhun, pelkästään soittamiseen.

K: Tos on tietokone, ilmeisesti pöydällä, mihin käytätte tietokonetta?

V10: Se on ihan, vaan sekin työkalu joten laskun maksu, se on se pääsääntö, ei oikeestaan mitään muuta.

K: Etsittekö tietoo tietokoneella tai kännykällä?

V10: En, hyvin vähän.

Esimerkki 86-vuotiaan potilaan haastattelusta:

K: Lähetättekö tekstiviestejä tai soitatteko?

V6: En minä en oo niitä opetellut. Taikka opettelin ja sitten unohdin niin en sen verran..

K: ..Puhumiseen. Puhumalla, soitatte, asioita.

V6: Joo, (-)lla [0:01:42].

K: Onko teillä kotona tietokonetta?

V6: Ei ole.

K: Ootteko käyttänyt tietokonetta ikinä?

V6: En. Oisin silloin saanut koulutuksen... mutta minä aattelin että en minä tarvii mitään.

Potilaille suunniteltu responsiivinen internet-sivusto ei tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta parantaisi suurimman osan potilaiden asiakaskokemusta, koska suurin osa haastatelluista potilaista ei omista tietokonetta tai älykännykkää tai osan tietokoneen ja älykännykän käyttötaito

ovat heikkoja. Nämä tulokset ovat yhteneviä Valtionvarainministeriön (2017) raportin kanssa, jossa todetaan, että 75-vuotta täyttäneistä suomalaisista 31% ei ole käynyt internetissä.

On hyvä muistaa, että pelkkä ikä ei ole rajoittamassa osan suomalaisten valmiutta siirtyä digitaalisten palveluiden. Myös vammat ja muistisairaudet rajoittavat nykypäivänä noin 837 000 suomalaisen digitaalisten palveluiden arkikäyttöä (Valtionvarainministeriö 2017).

Omaisten osalta tilanne digitaalisten palvelujen käytön suhteen näyttää täysin erilaiselta potilaisiin verrattuna. Haastateltujen omaisten keski-ikä oli 57,3 vuotta. Omaiset käyttivät tietokonetta tiedon etsimiseen. Kaikki haastatellut omaiset osaavat käyttää ainakin tietokonetta, vaikka heillä ei välttämättä olekaan älykännykkää. Omaisten viestivät potilailta huomattavasti useammin kirjallisesti mobiililaitteilla sekä tietokoneella.

Huomioitavaa on, että vain yksi 30-vuotias omainen käytti älypuhelinia tiedon etsimiseen. Muut omaiset käyttivät tietokonetta tiedon etsimiseen. Tämä ilmenee taulukosta kuusi. Osa omaisista ja potilaista toivoi yhteishaastattelua. Heidän kohdaltaan omaisen ikä ja koulutus yksinkertaisesti unohtuivat selvittää.

Ikä	SP	Koulutus	Puhelimen käyttö	Tietokoneen käyttö
64	n	ammattikoulu	Puhelut + viestit	Tiedon etsiminen
63	n	kansakoulu	P + v + WhatsUp + kalenteri	Tiedonhaku, lehdet, omat asiat
72	n	ammattikoulu	Puhelut + viestit	Osa käyttää
30	n	ylempi korkeakoulu	Kaikki toiminnot	Työväline
-	m	jäi epäselväksi	Puhelut, viestit	käyttää
-	m	jäi epäselväksi	Puhelut, viestit	Osa käyttää
-	n	jäi epäselväksi	kaikki toiminnot	Tiedonhaku, lehdet, omat asiat

Taulukko 6: Haastateltujen omaisten taustatiedot

Haastateltujen omaisten suhtautuminen internet-sivustolta tulevaisuudessa saatavaan terveyskeskussairaalaan koskevaan tietoon oli varioivaa. Osa omaisista ei tulisi etsineeksi tietoa internet-sivustolta, mutta osa heistä toivoi suullisen tiedon lisäksi tietoa sairaalan käytännöistä kirjallisesti.

VO3: Niin no vois olla joku semmonen, esimerkiks just niin kuin tämän osaston toiminnasta semmonen oma esite, ja joskus toivoin että täällä vois olla semmonen lukujärjestys, päivän tapahtumista, et suunnilleen tietäis et mitä tapahtuu, mut se näköjään mun havaintojen perusteella niin se on aika vaikeeta kun, jostain syystä ne aikataulut ei pidä paikkaansa. ...

K: Mikä ois teille mieluisampaa että saisitte paperilla tai esitteessä sen tai että te katsoisitte kännykällä tai tietokoneella nettisivuilta?

VO3: No kyllähän se mun ikäiselle varmaan on se paperi paras, et se ois tossa (pöydällä) noin.

K: Hyvä. Eli siitä ois, paperista olis hyvä löytyä tää päivän aikataulu, oisko jotain muuta tietoa mitä siinä vois olla?

VO3: No siinä vois olla tänne puhelinnumerot ja, tämmöstä.

Toiset taas kokivat ajatuksen internetsivustolta löytyvästä omaisille suunnatusta perustiedosta tiedosta erittäin tarpeelliseksi ja tervetulleeksi. Tulokset osoittavat, että osan omaisten asiaskokemus saattaisi parantua perustietoa sisältävästä internet-sivustosta.

VO4: No varmaan jos jostain, tai kun tää on uus paikka kuitenkin niin osotetiedot ja joku karttakin vois olla siinä ja, no sitten aukioloajat aina kiinnostaa että millon ovet on auki ja pääsee sisään.

K: niin tulisiko teidän katottua niitä jostain nettisivulta jos tietäisitte että on joku net-

tisivu mist löytyy tietoo täst osastosta?

VO1: Joo, kyllä.

K: Mitkä näistä asioista mitä me ollaan tässä puhuttu olis hyvä löytyä sellaselta omaisten nettisivuosiosta?

VO1: Ehkä.. siellä vois olla ja sitte tääl vois olla jossain joku infotaulu esimerkiks siitä että mihin aikaan tehdään toimenpiteitä et millon, jos on toivottavaa et omaiset ei oo siellä huoneessa jos on jotain toimenpiteitä ja sitte.. et ois semmonen päiväohjelma vaikka jossa on suurin piirtein, et se on..

K: ..Ruokailu tai..

VO1: Nii ja semmoset noin-ajat. Sen ymmärtää et niistä ei voi pitää kellonlyömällä kiinni, mut joku semmonen päivänkulku.

K: Entä onko jotain muuta mitä vois olla hyvä tietää?

V: Sitten ku esimerkiks mä en oo tienny et mikä, ku nää on jaoteltu joihinki vastuualueisiin nii semmosia ei kans saa selville. Että menee sitte kysymään väärältä hoitajalta ku ei, et just tääl on joku semmonen vastuualue niin niistäkään ei oo mitään tietoo et mikä vastuualue se on kysymyksessä. Sitte on et.. tän alueen tai joku kolmosen tai joku, emmä tiedä et onko täällä jotaki osastoja vai vastuualueita... et mä en oo sen puolen hoitaja. Sit hän kyllä etsii sen oikeen hoitajan mutta ei voi tajuta et, heitä ei erota mitenkään [naurahtaa]. Emmä tiedä että jos.. Ja sen mä tiedän et tääl oli yks hoitaja joka on eri puolilla. Ilmeisesti hän on semmonen kiertävä, sillä tavalla että on sillä osastolla missä tarvitaan. Nii et tämmösistä vois olla kans jotain infoo, se vois olla siellä netissä se info.

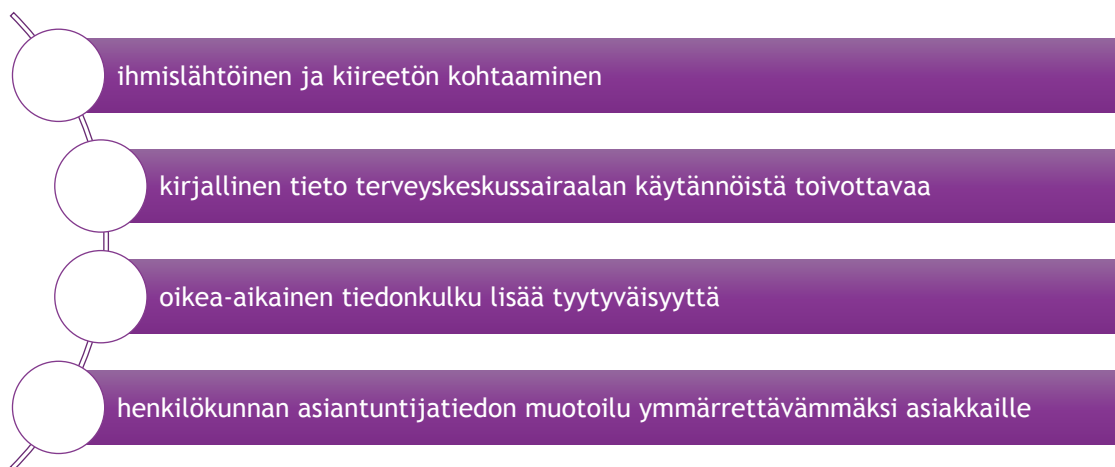
K: Jos olis tämmönen nettisivusto, jos on omaisille tietoa, niin miten haluaisitte tiedon?

VO1: Vaikka sähköpostiin

5.5 Aineiston pohjalta muotoutuneet suunnitteluohjaimet

Goodwin (2009, 299-30) ja Cooper (2014, 106-109) toteavat, että suunnitteluohjaimet määrittävät, mitä tietoja ja ominaisuuksia asiakaspersoonat tarvitsevat saavuttaakseen tavoitteen. Suunnitteluohjaimet eivät ole ominaisuuksia tai palvelun tai tuotteen yksityiskohtia. Sen sijaan ne käsittelevät asiakkaan tarpeita ja tavoitteita (esim. funktionaalisia tarpeita, ominaisuuksia ja kokemuksen osia) ja ohjaavat palvelun yksityiskohtaista suunnittelua.

Opinnäytetyöntekijä muotoili neljä suunnitteluohjainta (kuvio 40): ihmislähtöinen ja kiireetön kohtaaminen on asiakkaille tärkeintä, kirjallinen tieto terveyskeskussairaalan toiminnasta on tervetullutta, tiedonkulun oikea-aikaisuus luo asiakkaille turvaa ja rauhaa ja henkilökunnan asiantuntijatietoa on tarvetta selventää asiakkaille uusin keinoin.



Kuvio 39: Tulosten pohjalta muodostetut suunnitteluohjaimet

5.6 Kehittämisehdotukset

Tässä luvussa on tarkoitus saada vastaus tutkimuskysymykseen: Miten asiakaskokemusta voidaan kehittää terveyskeskussairaalassa British Insight Teamin EAST-mallin avulla? Malli on avattu luvussa kolme. EAST-malli toimii tulosten pohjalta laadittujen suunnitteluohjaimien lisäksi tässä opinnäytetyössä myös suunnitteluohjaimien (design drivers) roolissa.

Prosessi, jolla tässä luvussa esitettävät kehittämissuositukset on määritelty ja niihin on päästy, on ollut luonteeltaan iteratiivinen prosessi. Se sisältää palvelumuotoiluprosessin vaiheet: kontekstin kartoittamisen haastatteluin, havainnoinnin ja työpajan keinoin, persoonien ja asiakaspolkujen laatimisen, tulosten auki kirjoittamisen, tulosten pohjalta määriteltyjen design driverien muotoutumisen sekä tämän kaiken peilaamisen käyttäytymistieteelliseen teoriaan ja EAST-malliin. Kaikki kehittämissuositukset tähtäävät omalta osaltaan entistä parempaan asiakaskokemukseen. Suurimman osan ehdotuksista tavoitteena on kehittää asiakaskokemusta tiedotuksen osalta.

Potilaan näkökulmasta laaditut kehittämissuositukset:

A) Yleisohjeiden uudelleenanto ehdotus saapumishetken jälkeen (EASY, TIMELY)

Suuri osa potilaista ei osannut kertoa tai ei muistanut saamiaan ohjeita. Lisäksi sairaanhoitajien työpajassa tuli ilmi, että potilaat kysyvät hoitajilta paljon sairaalakäytäntöihin liittyvää perustietoa. Ratkaisuna tähän ja samalla merkittävimpänä kehittämissuosituksena opinnäytetyöntekijä ehdottaa uuden vaiheen lisäämistä asiakaspolkuun. Se on terveyskeskussairaalan toimintaan liittyvien yleisohjeiden uudelleenanto, siinä vaiheessa, kun potilas on vastaanotokykyisempi saapumishetken verrattuna. Uusi vaihe on merkitty asiakaspolkuun punaisella nuolella (kuviokuva 41). Tämä lisäys asiakaspolkuun perustuu helppouteen (easy) ja oikea-aikaisuuteen (timely).



Kuvio 40: Uusi vaihe terveyskeskussairaalan asiakaspolkuun

Tiedämme, että valikoiva tarkkaavaisuus voi kohdistua vain rajalliseen määrään ärsykeitä, jotka ovat joko sisäisiä tai ulkoisia. Kerrallaan huomio voidaan kohdistaa vain yhteen viestiin. (Kahneman 1973, 136 - 154; Rauste-von Right ym. 2003, 112.) Voidaan olettaa, että esimerkiksi pelon tunteet ovat lieventyneet, kun potilas on asettunut aloilleen ja sairaalakäytäntöjen aiheuttamat oudot ärsykkeet ovat muodostuneet tutummiksi. Tämä tarkoittaa, että tarkkaavaisuus ole enää niin rajoittunutta (Bazerman & Moore 2009, 43 - 47). Ohjeiden uudelleenanto perustuu siihen, että asetuttuaan aloilleen potilaan on mahdollista paremmin ajatella systeemi 2:sta käyttäen, jota uuden oppiminen vaatii. Tätä tarvitaan esimerkiksi turvarannekkeen käytön ymmärtämisessä. Myös saatavuusheuristiikka tukee uutta yleisohjeidenantoa ajatusta, sillä ihmiset muistavat asiat paremmin asiat ja tapahtumat, jotka toistuvat useasti. Service (2012) korostavat, että oikea ajoitus on tärkeää. Ihmisiä on hyvä kohdata, kun he ovat todennäköisimmin vastaanottavaisia, sillä sama asia tai ehdotus voi eri aikoina voi tuottaa hyvin erilaisen onnistumisen.

Asiat, joihin hoitajien kannattaisi tiedottamisessa pyrkiä ovat toistot, selkeys, asian pohjustaminen ja positiivisuus, sillä edesauttavat kognitiivista helppoutta, jolloin potilaiden on helppompaa omaksua ja muistaa uutta (Kahneman 2011).

Havainnoinnin, haastattelujen ja hoitajien työpajan tulosten perusteella yleisohjeiden uudelleenantoon olisi hyvä sisällyttää erityisesti rannekkeen käyttö, päivä- ja viikkoaikataulu, ruokailumahdollisuus aulassa tai huoneessa potilaan kunnosta riippuen sekä vierailuaikojen puuttuminen.

Vahvistusharhan vallitessa ihminen huomioi vain aikaisempia käsityksiään vahvistavia asioita ja tietoa, ja jättää huomioimatta omalle käsitykselle vastakkaiset argumentit (Kahneman 2011, 80; Bazerman & Moore 2009, 29). Saattaa olla, että osa potilaista pitää turvaranneketta pelkkänä turvapainikkeena, joka aikoinaan löytyi pöydältä sängyn vierestä. Opinnäytetyöntekijän havainnoinnin ja haastattelujen saaman tiedon perusteella, turvaranneke toimii puhelinmenetelmän tavoin. Hoitajat voisivat liittää ohjeiden uudelleenantoon helposti turvarannekkeeseen liittyvän harjoituksen tekemällä testisoiton. Hoitaja kertoo menevänsä oven ulkopuolelle, ja pyytää potilasta painamaan ranneketta. Näin potilas ja hoitaja voivat kokeilla, onnistuuko keskustelu huoneen kaiuttimien kautta.

b) Yleisohjeet kirjallisena potilaalle esimerkiksi kuvitettuna vihkona (EASY, ATTRACTIVE, TIMELY)

Ehdotus kirjallisesta vihosta perustuu saatavuusheuristiikkaa eli siihen, että ihmismieli muistaa helpommin tunteita herättävät, elävät, helposti kuviteltavat ja erityiset tapahtumat helpommin, kuin tapahtumat, jotka ovat luonteeltaan epämääräisiä, vaikeasti kuviteltavissa, tunteettomia ja mitäänsanomattomia. (Bazerman & Moore 2013, 7 - 8). Mitä paremmin asia on saatavilla sitä, paremmin se muistetaan. Tulosten pohjalta toimintatapojen ja ohjeiden ymmärtämisessä oli asiakaskohtaisia eroja. Opinnäytetyöntekijä ehdottaa kirjallisia ohjeita annettavaksi kaikille potilaille ja omaisille. Ohjeet voisivat olla esimerkiksi vihkon muodossa, jossa tekstin ymmärtämistä tukemassa on selkeitä värikuvia.

Tulosten perusteella vihkosta kannattaa löytyä tietoa aiheista: Kuka minua hoitaa? (toimenpiteiden ajankohta, ketkä vastaavat potilaan hoidosta, henkilökunta, mitä henkilökunnan eri värinen vaatetus tarkoittaa? Hoitavan lääkärin nimi, hoidosta vastaavan hoitajan nimi, puhelinnumero sekä miten tavoittaa parhaiten) Potilaana terveyskeskussairaalassa (päivän ja viikon aikataulu, rannekkeen käytöstä kuvalliset ohjeet, mihin tarkoitukseen ranneke on, onko ranneke vain potilaalle vai myös omaiselle, vierailuaikoja ei ole, tuliaisat), Kotiinlähtö (kotiuttaminen, Mistä apua kotiin?), Yleistietoa terveyskeskussairaalasta / Yleistietoa terveyskeskussairaalasta (Terveyskeskussairaalan osastot, ruokapalveluntuottaja, kahvion aukioloajat, vessat), Yleisimmin kysytyt kysymykset, Omaisen ohjeet (tärkeää tietoa omaisen kannalta ja linkki ja qr -koodi nettisivuille). Ohjeisiin, aina saa kysyä henkilökunnalta, me olemme teitä varten. Sisältöehdotus on samanlainen, kuin nettisivuston rakenteessa, joka löytyy liitteestä 10).

Sairaalassa osion kannattaa tulosten perusteella sisältää sairaalan viikko-ohjelma, sairaalan päiväaika- ja viikkoaikataulu lukujärjestysmuodossa, sillä se on tuttu malli menneisyydestä, johon on helppo ankkuroitua. Lisäksi vihon alkuun on hyvä varata paikka, jonne henkilökunta kirjoittaa potilaasta päävastuussa olevan hoitavan lääkärin ja hoitajan nimet sekä miten heidät tavoittaa.

c) Päivän ja viikon lukujärjestys potilashuoneen info-televisioon saataville (EASY, ATTRACTIVE, TIMELY)

Jokaisen potilashuoneen televisiota voitaisiin hyödyntää tiedottamisvälineenä, sillä niistä löytyi tyhjä INFO-kanava. Esimerkiksi viikon lukujärjestys, päivärhythmi ruokailuineen, toimenpiteineen, lääkärin kiertoineen voisivat löytyä vihkon lisäksi INFO-tv:stä sekä potilaan että omaisen saatavilla helposti. Tämäkin ehdotus perustuu saatavuusheuristiikkaan.

d) Haluaako potilas yhden vai kahden hengen huoneeseen? (EASY, SOCIAL)

Potilaat ovat yksilöitä ja arvostavat eri asioita. Lähes kaikki potilashuoneet (10kpl), joissa kävin, olivat kahden hengen huoneita. Ainakin yksi potilaista koki yksinäisyyttä ja toinen koki ensimmäisten öiden olleen vaikeita. Eräs potilas taas pelkäsi joka kerta sairaalan tullessaan joutuvansa kahden hengen huoneeseen. Ja toiset kokivat olevansa erakkoja. Tässä korostuu yksilöllinen arvostaminen. Potilailta voitaisiin kysyä, haluavatko he yhden vain kahden hengen huoneeseen. Tämä ehdotus perustuu siihen, että ihminen on lajityypillisesti oppija, jolla kanssaihmyisyys on tärkeää (Rauste-von Wright ym. 2003, 33). Ihmisillä on taipumus toimia niin kuin muut ympärillä olevat jo toimivat (Dolan ym. 2010, 427) ja he matkivat helposti ja jopa huomaamattaan omaan sosiaaliseen viiteryhmään kuuluvien yksilöiden käyttäytymistä (Halko & Hytönen 2014).

Omaisien näkökulmasta laaditut kehittämissuhteet:

Yleistietoa kirjallisesti vihkoon ja internetiin: (EASY, ATTRACTIVE, TIMELY)

Omaisille olisi hyvä olla tarjolla kirjallisesti yleistietoa. Tärkeää olisi tieto terveyskeskussairaalan osastoista, yhteystiedot, vierailuaika, osaston päivän ja viikon lukujärjestys, rannekkeen käyttö ja käyttötarkoitus, mitä osastolle saa tuoda (koirat, ruoka potilaalle), tulaiset, henkilökunnan ja vastaavan lääkärin & hoitaja tavoittaminen yhteystietoineen, yleisesti esitetyt kysymykset vastauksineen, alakerran kahvilan aukioloajat, omaisten vessojen sijainti, saattohoito - omaiselle ohjeita, henkilökunnan esittely ja eri asujen merkitys. Ohjeisiin neuvo, että aina saa kysyä henkilökunnalta, me olemme teitä varten

Yleistietoa löytymään helpommin nettisivulta omaisia varten. Tästä omaisia olisi hyvä tiedottaa s-postilla tai tekstiviestillä. Tätä ennen tulee selvittää, käyttäkö omaisen internetiä, sillä ei auta, jos tieto menee esimerkiksi vain potilaan puolisolalle, joka ei käytä älykännykkää, eikä tietokonetta.

Terveyskeskussairaalan nettisivuston näkökulmasta laaditut kehittämissuhteet (EASY):

- epäselvyyksien välttämiseksi yksi nimi terveyskeskussairaalle: akuuttiosasto tai terveyskeskussairaala
- responsiivinen internetsivusto, vaatisi koko kaupungin nettisivuston uusimista, voisiko terveyskeskussairaala toimia tässä pilottiryhmänä?
- rakenteen uusiminen puurakenteesta, jotta älykännykällä selaaminen yleensä mahdollista
- nettisivuston uusi rakenne (Liite 10) palvelemaan omaisia tiedotus s-postilla ja tekstiviestillä omaisille (ei auta, jos tieto menee vain puolisolalle, joka ei käytä kumpaakaan laitetta)

Hoitohenkilökaunan näkökulmasta laadittu kirjaamiskokeilu tiedonkulun nopeuttamiseen (EASY, TIMELY, SOCIAL)

Sairaalakontekstissa on tutkittu kommunikaation ja tiedonsiirron haasteita, ja niiden haitallista vaikutusta potilasturvallisuuteen ja jatkohoitoon. Tietokonein tuotetut tiivistelmät, standardoidut lomakkeet voivat helpottaa potilastietojen siirtoa perusterveydenhuollon lääkäreille, jotka vastaavat seurantahoidosta. (Kripalani, LeFevre, Seeman, Philipps, Williams, Basaviah & Baker 2007.) Potilaat arvostivat eniten kohtaamista. Jotta hoitajilla jäisi tähän enemmän aikaa, kannattaisi jollakin osastolla mahdollisesti kokeilla yhdysvaltalaisen Kaiser-sairaalan kirjaamiskokeilu, jossa vuorovaihtoa helpotettiin ja nopeutettiin, kun sairaanhoitajat nauhoit-

tivat potilasta koskevaa tietoa vuoron aikana kirjaamisen sijaan. (Brown 2008.) Voice-to-text -teknologia on kehittynyt varmasti paljon kymmenen vuoden aikana, joten opinnäytetyöntekijä olettaa, että sovelluksen löytäminen ei ole mahdotonta nykypäivänä.

EAST-malli	Käyttäytymistaloustieteen ilmiö	Malliin perustuva ehdotus
<p>Easy-Tee se helpoksi!</p> <p>Ihmiset kaipaavat helpoutta</p>	<p>Systeemi 1 vallitseva, systeemi 2</p> <p>Oletusarvojen käyttö</p> <p>Saatavuusheuristiikka</p>	<p>Ohjeiden anto: uusi vaihe asiakaspolkuun, Kirjalliset ohjeet suullisten ohjeiden lisäksi.</p>
<p>Atractive- Tee se houkuttelevaksi!</p> <p>Houkuttelevuus lisää kiinnostusta.</p> <p>Palkitseminen</p>	<p>Yksilöllistäminen</p> <p>Valikoivan tarkkavaisuuden suunnittaminen</p> <p>Rajoitettu tarkkaavaisuus</p> <p>Kannustimien käyttö</p>	<p>Ohjeisiin kuvia</p> <p>INFO-TV:n käyttö</p> <p>Diblomi viikon tuolijumppaajalle</p>
<p>Social-Tee se sosiaalisiksi!</p> <p>Ne ihmiset joiden kanssa olemme tekemisissä muokkaavat toimintamme.</p>	<p>Normien käyttö</p> <p>Laumakäyttäytyminen</p> <p>Tartuntavaikutukset</p>	<p>Halukkaat potilaat kahden hengen huoneisiin ja aulaan syömään myöhemmin saapunut oppii aikaisemmin tulleelta sairaalan tavat nopeasti. Esimerkiksi aulassa ruokaileminen ja tuolijumppaan osallistuminen liikunnan lisäämiseksi kunto ja vointi huomioiden.</p>
<p>Timely- Tee se oikea-aikaisesti!</p> <p>Innosta ihmisiä, kun he ovat vastaanottavimmillaan.</p>	<p>Oikea-aikaisuus on tärkeää tiedon kulussa ja tiedon saannissa</p>	<p>Ohjeiden anto tai kertaus: uusi vaihe asiakaspolkuun saapumisen jälkeen.</p>

Taulukko 7: EAST-malliin perustuvat kehittämissuhteet

Hoitajien hyvän vuorovaikutuksen vaaliminen ja mallintaminen

Tulosten pohjalta potilaat arvostavat hoitajien ammattitaitoa ja vuorovaikutustaitoja. Arvon muodostuminen on prosessi. Monet potilaat mainitsivat tutut hoitajat, jotka huomioivat potilaan erityisen hyvin. Kun sama hoitaja on mahdoton yhtälö vuorotyössä, niin samankaltaisilla hoitajien toimintatavoilla voitaisiin päästä lähelle tilannetta, että potilaille ei olisi väliä, onko kyseessä sama vai eri hoitaja.

Potilaiden toipumisen edistäminen liikuntaa lisäämällä

Osan potilaiden vastauksista tuli ilmi, että oli mahtavaa, kun ruoka tuodaan huoneeseen useita kertoja päivässä. Kotona selviytyäkseen liikkumisen lisääminen jo sairaalassa auttaisi oletettavasti kotiutumista. Jos potilaille esitetään heti alusta alkaen, että kun toipuminen on edistynyt tiettyyn pisteeseen, kaikki potilaat ruokailevat aulassa. Tällöin ohjeet kehystetään (framing) tiettyyn muotoon, oletusarvoksi annetaan ruokailun tapahtuminen myöhemmin muualla kuin potilashuoneessa. Ihmisillä on taipumus toimia, niin kuin muutkin.

Palveluiden räätälöinti eri asiakaspersoonille (EASY, ATTRACTIVE)

Eri asiakaspersoonat ja heille laaditut asiakaspolut suorine sitaatteineen osoittavat, että kaikille asiakkaille ei kannata tarjota samanlaisia ratkaisuja. Suurimpana esimerkkinä on sairaalapalveluiden personoiminen liikuntakyvyttömille, huonosti liikkuville ja hyvin liikkuville eri tavoin. Käyttäytymistaloustieteen mukaan personointi on tehokas tapa vaikuttaa ihmisiin (Dolan ym. 2010).

6 Johtopäätökset

6.1 Opinnäytetyön tulokset tavoitteiden ja tutkimuskysymyksiä näkökulmasta

Tavoitteena oli kartoittaa terveyskeskussairaalan asiakkaiden asiakaskokemusta ja asiakaspolkua. Terveyskeskussairaalan potilaan asiakaspolun määrittäminen palvelutuokioineen ja kontaktipisteineen on haasteellista verrattuna vakuutus sopimuksen päättämiseen tai verkkokauppaostokseen. Ensimmäisen haasteen toi asiakaskokemuksen kesto. Haastatteluissa tuli esille, että potilaiden terveyskeskussairaalassa olo vaihtelee muutamasta päivästä viikkoihin tai jopa useampaan kuukauteen keskiarvon ollessa 14 vuorokautta.

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan, ”minkälainen on nykyinen asiakaskokemus terveyskeskussairaalassa”, haettiin vastauksia palvelumuotoilun keinoin muodostamalla haastatteluiden ja havainnoinnin ja tulosten luokittelun ja analysoinnin pohjalta kuvitteellisia persoonia omaisille ja potilaille sekä asiakaspolut potilaspersoonille kuvaamaan asiakaskokemuksen moniulotteisuutta ja sitä, miten eri asiakaspersoonat kokevat saamansa palvelun eri tavoin. Palvelumuotoilussa käytettyjen persoonien tavoitteena on kuvata eri asiakasryhmiä ja auttaa palveluntarjoajaa ymmärtämään asiakasryhmiä ja heidän tarpeitaan (Stickdorn ym. 2018, 128; Goodwin 2011; Grudin & Puit 2002). Tässä prosessissa olennaisena osana oli kontaktipisteiden ja ydinpalvelutuokioiden luokittelu ja asiakaspolun hahmottaminen potilaan näkökulmasta.

Palvelutuottajan laatima palvelupolku oli erilainen kuin asiakkaiden kokema asiakaspolku. Vaikuttaa siltä, että asiakaskeskeinen liiketoimintalogiikka mahdollistaa palvelutuottajalle palvelukeskeistä liiketoimintalogiikkaa monipuolisemman tarkastelutavan asiakkaan kokemuksen ja arvonmuodostuksen osalta. Useat potilaat eivät myöskään rajanneet asiakaskokemusta koskemaan vain terveyskeskussairaala, vaan kokivat sen kokonaisuutena hoitokokemuksena, johon saattoi sisältyä esimerkiksi kaatuminen kotona, ambulanssikuljetus, akuutti-osastolla käynti, sieltä ohjaus sairaalaan ja sairaalasta siirtyminen terveyskeskussairaalaan.

Jokaisen asiakkaan asiakaspolku on ainutlaatuinen riippuen sairaudesta, siihen liittyvästä hoidosta, aikaisemmista kokemuksista sekä toipumisprosessista. Voidaan todeta, että yhtä yhteistä asiakaspolkua ei edellä luetelluista syistä voida edes potilaille tehdä. Tulososan asiakaspolku on yksinkertaistettu versio asiakaspolusta potilaan näkökulmasta sisältäen potilaan näkökulmasta oleelliset ydinpalvelutuokiot.

On myös huomioitava, että tulokset eivät koske kaikkia terveyskeskussairaalan potilaita, sillä osa oli niin huonokuntoisia, että eivät pystyneet osallistumaan haastatteluun. Samoin saattohoidossa olevat potilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle.

Toinen tutkimuskysymys oli: ”miten tiedonkulku näyttyy terveyskeskussairaalassa? Tähän tutkimuskysymykseen saatiin vastauksia tutkimalla kontaktipisteitä ja ohjeiden antoa. Potilaat saavat omaisia enemmän tietoa. Tulokset osoittavat, että he eivät aina ymmärrä tai muista saamaansa tietoa. Kognitiivista auktoriteettia tärkeämmäksi osoittautui tiedottamisessa henkilökohtaisuus (Doland ym. 2010).

Tästä yhtenä esimerkkinä on rannekkeen liittyvä suuri hajonta, jonka tulosluvun sitaatit. Harva asiakas oli kokonaisuudessaan ymmärtänyt, että rannekkeella sekä omaisen että potilas voivat kutsua hoitajan luokseen, ja että rannekkeen painamisen jälkeen sairaanhoitaja saattaa soittaa huoneeseen ja kysyä lisätietoa. Potilaat ja omaiset eivät osanneet myöskään kertoa, mitä ohjeita he olivat sairaalassa saaneet. Potilaat totesivat, että he eivät muista, jos jotain ohjeita on kerrottu. Tämä voi kertoa valikoivan tarkkavaisuuden suuntautumisesta (Rauste-von Wright ym., Kahneman 2011, 2012) muualle rannekkeen liittyvien ohjeidenannon yhteydessä. Valikoivaa tarkkavaisuuden suuntautumista voi häiritä kipu, uusi tilanne, pelko tai lääkitys. Silloin potilaat ja omaiset havainnoivat ohjeita rajoitetulla tarkkavaisuudella (Bazerman & Moore), josta ymmärtämisen puutteet voivat johtua. Voi myös olla, että ohjeidenannon yhteydessä potilaan systeemi 2:sta, joka prosessoi uutta tietoa, ei ole jaksettu pitää päällä, vaan systeemi 1 on mennyt päälle ja ymmärtäminen on osittaista. Hajonta rannekkeen käytön ymmärtämiseen liittyen voi myös kertoa hoitajien kehystämisaikutuksesta (Kahneman 2011, 88). Eri hoitajat voivat esitellä rannekkeen käytön eri tavoin, eli tietoa rannekkeen toiminnosta saatetaan jakaa eri tavoin. Voi olla myös mahdollista, että osalle omaisista ei ole opastettu lainkaan rannekkeen käyttöä. Tästä opinnäytetyöntekijälle ei kuitenkaan ole tietoa, koska työ ei kohdistunut hoitajien toiminnan observointiin ohjeidenanto- ja tiedottamistilanteissa.

Saatujen tulosten pohjalta näyttää siltä, että tiedottaminen näyttyy sirpaleisena, sillä terveyskeskussairaalan ensimmäisenä toimintavuotena omaiset ja potilaat ovat saaneet ainoastaan suullisesti terveyskeskussairaalaan, sen eri osastoihin ja sen käytäntöihin liittyvää tietoa. Tulokset osoittavat myös, että terveyskeskussairaalan ja potilaiden ja omaisten välistä tiedonkulkua kannattaa lähteä kehittämään eri tavoin. Potilaat hyötyisivät tämän tutkimusten tulosten pohjalta kirjallisista ja kuvallisista terveyskeskussairaalassa saatavista yleisohjeista ja yleistiedosta sekä ohjeiden ymmärtämisen varmistamisesta.

Kiinnostavana huomiona voidaan pitää, että toimeksiantaja lähti kehittämään asiakkaiden ja sairaalan välistä tiedonkulkua digitaalisesti. HUS:in potilasohjeiden (2018) mukaan matkapuhelimen ja mobiililaitteiden käyttöä on rajoitettua sairaalassa, koska ne saattavat häiritä lääkintälaitteita ja aiheuttaa jopa vaaratilanteita. Alkuperäisenä ajatuksena oli, että opinnäytetyöntekijä keskittyy jatkamaan Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa kurssilla kehitettyä responsiivista internetsivustoa asiakasnäkökulmaa asiaan kartoittaen. Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että asiakashaastattelut sekä hoitajille pidetty työpaja tuottivat rikasta ja arvokasta tietoa tiedonkulun kokonaisvaltaista kehittämistä ajatellen terveyskeskussairaalalle.

Kolmas tutkimuskysymys oli: ”mitä asiakkaan arvostavat terveyskeskussairaalassa”. Opinnäytetyön perusteella asiakkaiden arvotuksenkohteissa löytyy yhtäläisyyksiä. Kontaktipisteistä potilaille eniten arvoa tuottaviksi vaikuttaa tämän opinnäytetyön tulosten perusteella muodostuvan henkilökunnan toimintatavat eli iloinen ja kannustava vuorovaikutus sekä potilaan yksilöllinen huomioiminen ja myötätuntoinen kohtaaminen. Toinen eniten arvoa tuottava kontaktipiste vaikuttaa olevan ranneke, joka toimii yksilöllisen kohtaamisen mahdollistajana potilaan ja hoitajan välillä. Palveluntarjoaja eli sairaalan henkilökunta voi tukea asiakkaan arvomuodostusta vuorovaikutuksellaan (Heinonen ym. 2010; Heinonen & Strandvik 2015). Arvoa voi muodostua tai olla muodostumatta silloin kun henkilökunnan jäsen ja asiakas kohtaavat. Nämä arvotuksen kohteet kumpuavat asiakaskeskeisestä liiketoimintalogiikasta.

Arvotuksen kohteista löytyi myös eroja. Niitä havainnollistavat tehdyt persoonat ja asiakaspolut sekä kaikkien potilaiden asiakaspolujen koontitaulukko liitteessä yhdeksän. Persoonien tarkoituksena on havainnollistaa asiakkaiden erilaista persoonallisuutta, elämäkokemusta, koulutusta, viestintätapojen ja tarpeita, jotka eivät voi olla vaikuttamatta asiakaskokemuk-

sen myötä syntyviin arvostuksen kohteisiin. Vaikuttaa siltä, että arvokokemuksen tarkasteluun sairaalakontekstissa sopii palvelukeskeistä liiketoimintalogiikkaa ja palveluliiketoiminnan logiikkaa paremmin asiakaskeisänen liiketoimintalogiikan näkökulma. Se huomioi myös asiakkaan aikaisemmat ja tulevat kokemukset, arvon prosessin ja ajatuksena on, että palveluntuottaja voi vuorovaikutuksella tukea asiakkaan arvonmuodostusta (Heinonen ym. 2010; Helkula 2015; Heinonen & Strandvik 2015).

Sairaalapalvelut ovat asiakkaille kokonaisuus, johon sisältyvät kaikki kunnan tarjoamat palvelut asiakkaille riippumatta siitä kuka on palveluntarjoaja. Tulokset osoittavat, että sairaalapalveluja kannattaa tarkastella kokonaisvaltaisesti asiakaskeisänen näkökulmasta palvelumuotoiluprosessia hyödyntäen.

Alkuperäisenä tavoitteena oli lisäksi kehittää terveyskeskussairaalan responsiivisen internetsivuston prototyyppiä sen rakenteen osalta ja testata uudistettua prototyyppiä terveyskeskussairaalan asiakkailta. Neljänteen tutkimuskysymykseen, ” Miten responsiivinen internetsivusto voisi asiakkaiden mielestä tukea asiakaskokemusta? Tähän saatiin vastauksia sekä haastatteleamalla potilaita sekä omaisia ja tutustumalla nykyiseen internetsivustoon. Haastatteluun osallistuneet potilaat käyttävät puhelinta vain soittamiseen tai soittamiseen ja tekstiviesteihin, ja vain kaksi kahdestatoista haastatelluista omistaa tietokoneen. Tavoitettujen omaisten osalta 1/7 käyttää älykännykkää, mutta kaikilla on tietokone. Saatujen tulosten pohjalta internetsivustoa ei parantaisi potilaiden asiakaskokemusta, mutta se voisi helpottaa osan omaisten tiedonsaantia sairaalan yleisistä käytännöistä. Nykyinen internetsivuston rakennetta pitäisi muuttaa, jotta se olisi helppokäyttöisempi ja käyttäjäystävällisempi sekä pöytäkoneelta ja erityisesti älykännykällä selailtaessa. Tärkeää on päättää, miten omaisille tiedotetaan sivuston osoite. Terveyskeskussairaalan tiedonkulun kehittämiseen ei siis kannata lähteä pelkästään internetsivujen kehittäminen edellä.

Tulosten valossa internet-sivusto ei vaikuta tärkeimmältä tiedonkulkukanavalta terveyskeskussairaalan ja kohderyhmän välillä. Terveyskeskussairaalan internetsivuston kehittämisen tarkoituksena on tiedottamisen parantaminen ja helpottaminen terveyskeskussairaalan ja omaisten sekä potilaiden välillä. Tämä tavoite saavutettiin internetsivuston rakenteen määrittämisen osalta. Vaikka prototyypin muokkaaminen ja testaaminen rajattiin opinnäytetyön ulkopuolelle, opinnäytetyössä saatuja muita tuloksia voidaan pitää sairaalan näkökulmasta hyödyllisinä ja jopa tärkeämpänikin, kuin prototyypin laadinta ja testaus, sillä tulokset antavat selkeän kuvan tiedottamisen nykytilasta sairaalan ja asiakkaiden välisestä. Tulokset toimivat tärkeänä tausta-aineistona ja pohjana internetsivuston kehittämisen lisäksi koko terveyskeskussairaalan tiedottamisen kehittämiselle.

Yhtenä tavoitteena oli käyttäytymistaloustieteellisen tiedon soveltaminen palvelumuotoiluprosessiin. Tässä tavoitteessa onnistuttiin. Keskeisimpänä käyttäytymistaloustiede vaikutti opinnäytetyössä palvelumuotoiluprosessin ideointivaiheessa, jossa kehittämis ehdotukset laadittiin käyttäytymistaloustieteellisiä ilmiöitä ja erityisesti EAST-malli huomioiden. Seuraavan sivun taulukossa kahdeksan, pyritään tiivistetyssä muodossa tarkastelemaan päätöksenteon ilmiöiden näkökulman tuloksille ja kehittämistyölle tuomaa antia.

Taulukko 8: Käyttätymistaloustieteen ilmiöt oppinäytetyössä

	Käyttätymistaloustieteen ilmiö	Ilmiön kuvaus	Merkittävyys oppinäytetyössä
	Prospektiteoria	Tappiot koetaan noin kaksi kertaa voimakkaampina kuin saman suuruiset voitot. Ihmiset arvioivat tappiot ja voitot suhteessa vertailupisteeseen.	Löydetyt vertailupisteet Kokemusten vertailupisteiden esittely persoonien kuvaamisessa
Ajattelun duaalimalli	Systeemi 1 Systeemi 2	Intuitiivinen ajattelu Järkeily	Henkilökunnan olisi hyvä pyrkiä vaikuttamaan asiakkaan systeemi kakkoseen
Heuristiikat	Saatavuusheuristiikka	Ihmiset muistavat helpommin tapahtumat ja asiat, jotka toistuvat useasti.	Viestimistä tehostavat toistettavuus.
	Ankkuroituminen	Aikaisemmat havainnot tai kokemukset toimivat ankkureina, ja vaikuttavat ajatteluun.	Turvaranneke käsitetään perinteisenä kutsunappina, eikä kommunikointivälineenä. Käsitys lähtenee siitä, että aikaisemmin oli turvanappi ja potilaat ankkuroituvat siihen toimintoon. Vierailuajoihin liittyvä epäselvyys osalla voi kertoa, myös tästä, että osa potilaista ankkuroituu aikaisempiin kokemuksiin muista sairaaloista, joissa vierailuajat.
	Tunteet	Tunteita herättävät asiat muistetaan helpommin.	Persoona Kristian Kriittinen esimerkki negatiivisten tunteiden voimakkaasta vaikutuksesta
Ajatteluharhat	Tappiokammo	Jonkin asian menettäminen tekee ihmisen kaksi kertaa onnettomammaksi kuin saman	”Ruoka saapuu kuin Manulle illallinen” -huoneeseen. Potilaat eivät juurikaan kertooneet, siirtyneensä aulaan ruokailemaan toivuttuaan.
	Satus quo	Vallitsevan tilanteen korostaminen.	Miten luoda sairaalan toivoma status quo tiloille?
	Kehystämisvaikutus	Ihminen tekee erilaisia johtopäätöksiä asioita riippuen siitä, miten ne esitetään.	Tulisi huomioida ohjeiden annossa, jotta potilaat ymmärtäisivät sairaalan käytännöt (vierailuajat, ranneke)
	Vahvistusharha	Ihminen etsii pääasiassa omiin ennakkokäsityksiin liittyvää tietoa.	Persoona Kristian Kriittinen kertoi paljon omia ennakkokäsityksiä vahvistavia asioita. Vierailuajoista, rannekkeen käytöstä väärä käsitys.
	Nykyhetken ylikorostaminen	Ihminen arvostaa enemmän nykyhetkeä kuin tulevaisuutta.	”Ruoka saapuu kuin Manulle illallinen” -huoneeseen. Potilaat eivät juurikaan kertooneet, siirtyneensä aulaan ruokailemaan toivuttuaan.
	Oletusasetus	Ihminen valitsee useimmiten oletusvaihtoehdon, koska pyrkii helpouteen.	Tärkeää pohtia, mitä hoitajat asettavat potilaille oletusarvoksi. (ruokailut huoneessa)
	Tiedon kirous	Paljon tietävä olettaa muiden tietävän saman kuin hän itse.	Potilaat ja omaiset eivät olleet aina ymmärtäneet lääkärinä eikä hoitajina. Hoitajia tarvittiin selventämään potilaille lääkärin sanomisia.

Se, että lääkärit koettiin etäisempinä kuin hoitajat, voi osaltaan selittää saatavuusheuristiikka, sillä, mitä useammin asiat toistuvat ja mitä suuremman tunnejäljen ne jättävät, sen paremmin ne muistetaan. Lääkäriin kiertokierrokset ovat arkena kerran päivässä tai harvemmin. Viikonloppuisin osastolla ei suoriteta lääkärikiertokierroksia. Hoitajat puolestaan käyvät potilashuoneissa useampia kertoja joka päivä.

Osalla potilaista oli vaikea ymmärtää lääkäriä. Potilaiden kokema etäisyyttä lääkäriin voivat selittää käyttäytymistaloustieteen ilmiöistä asiantuntijoille tyypillinen tiedon kirous (Bazerman & Moore 2012, 53 - 57), eli haaste asettua tietämättömämmän vastaanottajan rooliin. Tästä kertoo erityisesti keskustelukatkelma tulosluvussa, jossa todetaan, että lääkärikiertokierroksella mukana ollut hoitaja tulee lääkärikiertokierroksen jälkeen kertomaan potilaalle, mitä lääkäri tarkoitti.

Ei muisteta saapumista, ohjeita ja potilaat ja omaiset kysyvät hoitajilta paljon perustietoa. Huomio suuntautunut muualle syystä tai toisesta. Tätä voi olla selittämässä rajoitetun tarkkaavaisuuden ilmiö tai uuden tiedon prosessoiminen systeemi 1:llä.

Potilaita hoitaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäreitä, fysioterapeutteja kolmi-vuorotyötä tekeviä hoitajia ja laitoshoitajia. Tämän lisäksi potilaat kohtaavat hoitoalan opiskelijoita. Haastatteluissa ilmeni, että potilaat eivät muista tai tiedä lääkäreiden ja vaihtuvien hoitajien. Konteksti on haastava, ja herää kysymys, kuka on kokonaisvastuussa potilaan hoidosta?

Haastatteluaineiston luokittelun pohjalta määriteltiin potilaille uusi asiakaspolku, jossa on huomioitu potilaan mahdolliset tiedonkäsittelykyvyn rajoitteet sekä eri palveluntuottajien tarjoamat palvelut. Opinnäytetyön alussa saatua palvelupolku on erinäköinen kuin potilaan asiakaspolku, koska siihen lisättiin kaikki eri palveluntarjoajien palvelutuokiot. Tämän lisäksi siihen lisättiin yksi uusi palvelutuokio, joka on saapumisen yhteydessä annetun tiedon ymmärtämisen ja muistamisen varmistaminen.

Nykyinen asiakaskokemus terveyskeskussairaalassa on moniulotteinen ja yksilöllinen prosessi jokaiselle potilaalle ja omaiselle, johon vaikuttavat erilaiset taustatekijät ja asiakkaan aikaisemmat kokemukset. Näitä on tuotu esille luvussa neljä, jossa on esitelty kolme potilaspersoonaa ja heidän asiakaspolut sekä kaksi omaisia kuvaavaa persoonaa. Laadittujen asiakaspersoonien avulla työntekijät voivat hahmottaa asiakkaiden erilaisia tarpeita, joiden pohjalta työntekijät voivat toivottavasti ohjata ja neuvoa asiakkaita entistäkin paremmin (Koivisto 2011, 53). Asiakkaille voidaan muotoilla sama polku, jossa palvelu on yksilöity. Voi olla myös mahdollista, että kaikille asiakkaille ei edes kannata rakentaa samaa polkua.

Asiakkailla, erityisesti potilailla voi olla sairaalaan saapuessa tai pitkäaikaissairautensa vuoksi rajoitteita tiedonkäsittelykyvyssä. Se voi osaltaan selittää tiedonkulun nykytilasta saatuja tuloksia potilaiden osalta. Omaisten kohdalla tilanne näyttää kuitenkin olevan sama. He esittävät sairaanhoitajille paljon tks:n yleistietoon liittyviä kysymyksiä ja saavat haastattelun ja havainnoinnin pohjalta potilaiden tavoin kaiken tiedon suullisesti.

Potilaat kysyvät hoitajilta luonnollisesti itselleen henkilökohtaisesti merkityksellistä tietoa, joka on merkitty vihreällä. Hoitajien mielestä eniten kysymyksiä potilaat esittävät lääkärin kiertoon liittyen. Potilaat haluavat selvittää lääkärin sanomista hoitajilta. Tätä voi olla selittämässä ilmiö tiedon kirous eli se että asiantuntijan on vaikea asettua tietämättömän potilaan rooliin, jolle asia on uusi. Lisäksi potilaat kysyvät lääkärin nimeä ja tietoa laboratoriotuloksista ja lääkityksestä.

Sairaanhoitajien vastauksista tulee esille, että potilaat kysyvät paljon perustietoa osaston käytännöistä kuten päivärytmistä, hoitajakson maksamisesta, hoitohenkilökunnan erivärisestä vaatetuksesta sekä vierailuajoista. Tämä on merkitty lilalla värillä (kuvio 31). Tämä tulos on yhdensuuntainen sen kanssa, että suuri osa potilaista ei muistanut juuri mitään saapumisesta. Tätä voi osaltaan selittää se, että saapumisen yhteydessä potilaiden valikoiva tarkkaavaisuus suuntautuu muuhun, kun suullisiin ohjeisiin ja tarkkaavaisuus on rajoitettua. Uusien ohjeiden

kuunteleminen ja sisäistäminen vaativat uuden oppimista. Tähän tarvitaan systeemi 2 ajattelua. Jos ohjeet käyvät liian vaikeaksi siirtyy ajattelu systeemi 1: sen puolelle.

Viiden tutkimuskysymys oli: ”miten asiakaskokemusta voidaan kehittää terveyskeskussairaalassa British Insight Teamin EAST-mallin avulla.” Tähän tutkimuskysymykseen saatiin vastauksia kehittämistyön loppuvaiheessa, kun tulokset olivat valmiit ja alkoi kehittämissuunnitelmien laadinta. EAST-malli sopii hyvin kehittämissuunnitelmien suunnitteluohjajaksi. Sen osoittaa taulukko 7. Mallista on sanottava, että sen soveltaminen on työlästä ja haasteellista henkilölle, joka ei ole aiemmin perehtynyt käyttäytymistaloustieteen ilmiöihin. Palvelumuotoiluun ja käyttäytymistaloustieteen yhdistäminen oli kaiken kaikkiaan haastavaa ja samalla antoisaa, sillä se vaatii aikaa ja perehtymistä. Saattaa olla, että ideoiden kehittämiseen käyttäytymistaloustieteen ilmiöihin peilaten vie enemmän aikaa, mutta käytetty aika maksaa itsensä takaisin, kun ei testata turhaan ideoita, jotka eivät ainakaan tieteellisen tiedon valossa onnistu. Käyttäytymistaloustieteen soveltaminen palvelumuotoiluun voisi vähentää iterointikiertoja, sillä jotkut ideat voitaisiin testata teoriaan peilaten ilman käytännön kokeiluja. Iterointikierrat mahdollisesti vähenevät ja aikaa ja rahaa säästyy pitkällä tähtäimellä.

Tärkeäksi osoittautui löytää ja tunnistaa asiakaskokemuksen vaiheista ne kontaktipisteet ja niihin liittyvät palvelutuokiot, joissa asiakkaan systeemi 2 aktivoituu, jolloin ajattelusta ja päätöksenteosta tulee asiakkaalle hidasta ja vaivalloista (Stanowich & West 2000; Kahneman 2002; Kahneman 2003; Kahneman 2013, Barden 2013), ja pyrkiä vaikuttamaan niihin. Kun asiakkaalle kommunikoidaan uusia tai monimutkaisia asioita, henkilökunnan olisi hyvä pyrkiä vaikuttamaan potilaiden systeemi kakkoseen, jota tarvitaan uuden oppimisessa. Tämä on esitetty alla olevassa kuviossa 39.



Kuvio 41: Käyttäytymistaloustieteen tuoma lisäarvo palvelumuotoiluun sairaalakontekstissa

6.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointia

Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt kuvaamaan tarkasti opinnäytetyön toteuttamisen eri vaiheita. Haastatteluaineiston luokittelu, persoonien muodostaminen ja asiakaspolkujen kuvaaminen johdattivat opinnäytetyöntekijän eettisten pohdintojen äärelle.

Potilashaastatteluaineisto antaa äänen yhteiskunnan hiljaisimmille jäsenille ja terveyskeskussairaalapalveluiden varsinaisille asiakkaille: sairaille, vähäosaisille, työttömille, asunnottomille sekä eläkeläisille. Kerätty haastatteluaineisto on siis erittäin sensitiivistä.

Keskeiset tulokset hahmottuivat melko nopeasti aineistosta, mutta tulosten esittämisen muoto, asiakaspersoonien kokoaminen sekä sitaattien valitseminen vaativat opinnäytetyöntekijältä pitkän kypsytelyä. Kuinka säilyttää samanaikaisesti haastateltujen anonymiteettiä, ihmisarvoa kunnioittava sävy sekä objektiivisuus ja laadullisen aineiston rikkauden esille tuominen?

Opinnäytetyölle oli saatu tutkimuslupa (liite 11), mutta tulosten nopea, objektiivinen esittäminen sellaisenaan olisi saattanut vaarantaa haastateltujen anonymiteetin. Haastateltavien suorien lainausten tyypistäminen tai sekoittaminen taas merkitsisi objektiivisuuden kadottamista ja laadullisen aineiston rikkauden kadottamista. Miten rakentaa asiakaspersoonia tuloksiin pohjautuen, mutta samalla ihmisarvoa kunnioittaen ja vaalien? Miten tuoda toimeksiantajalle tieto tuloksista mahdollisimman tarkasti asiakaskokemuksen kehittämiseksi ja samalla haastateltavilta saatu luottamus säilyttäen?

Ratkaisuksi osoittautui aika, aineiston syvällisen läpikäyminen, haastattelu haastattelulta sekä aineiston luokittelu asiakaspolkuvaiheiden mukaisesti, kontaktipisteittäin sekä arvostuksen kohteiden mukaan.

Haastattelukysymykset ja haastattelutilanteet tehtiin haastateltavia kunnioittaen. Haastateltavilta ei kysytty mitään parisuhteeseen tai tulotasoon liittyvää tietoa. Potilaaseen kajoavaa tietoa eli sairauteen tai seksuaalisuuteen liittyvää tietoa ei sisällynyt haastatteluihin. Jos haastateltava ei vastannut taustatietoihin yksityiskohtaisesti, päätin tietoisesti olla sensitiivinen ja jätin tarkentavan kysymyksen tekemättä taustatiedoista. Haastattelun kuluessa haastateltavat kertoivat kuitenkin usein spontaanisti sairauteen, parisuhteeseen ja tulotasoon liittyviä asioita kokemuksiaan kuvaillessaan. Tätä voidaan pitää merkinä luottamuksen syntymisestä haastattelun aikana opinnäytetyöntekijän ja haastateltavan välille. Päätin pitkällisen pohdinnan jälkeen häivyttää asiakkaiden itseään koskevan henkilökohtaisen tiedon, joista henkilökunta voisi asiakaan tunnistaa.

6.3 Tutkimuksen arviointi, tulosten yleistettävyyden ja hyödynnettävyyden

Lupamenettelyjen selvittämiset ja tiukat lupamenettelyt täytyi käydä läpi ennen kuin opinnäytetyöntekijä pääsi kenttätöihin sairaalamaailmaan. Ilman lupamenettelyjä opinnäytetyöntekijä ei olisi voinut haastatella asiakkaita, havainnoida sairaalassa eikä pitää sairaanhoitajien työpajaa. Tällöin opinnäytetyöntekijä ei olisi voinut saada selville, mitä asiakkaat arvostavat ja minkälaisia tiedonkulun haasteita uudessa terveyskeskussairaalassa. Tämä opinnäytetyö osoittaa, että palvelumuotoilun menetelmin saadaan arvokasta tietoa kehittämiseen.

Opinnäytetyöntekijänä tein suuren työn, kun perehdyin asiakkaan arvonmuodostukseen palvelu- ja asiakaskeisesta liiketoimintalogiikasta sekä prospektiteoriasta käsin. Käyttäytymistaloustieteen ilmiöihin perehtymisen lisäksi syvensin ymmärrystäni palvelumuotoilun teoriasta, menetelmistä ja työkaluista. Tarkastelin asiakaskokemusta eri paradigmoista käsin. Yhdistin eri paradigmojen teorioita, kun liitin tupla-timantti palvelumuotoiluprosessiin käyttäytymistaloustieteisiin pohjautuvaan EAST-malliin. Näin toimiessani palvelumuotoilussa käytetyt ideat saivat tulosten lisäksi taakse perustelut, mihin tieteellisesti todettuun asiaan kukin kehittämisehdotus ihmisen käyttäytymisestä perustuu. Aineistonkeruu oli monipuolista. Keräsin aineistoa haastatellen, työpajalla ja havainnoimalla. Eri tavoin kerätyt aineistot vahvistivat eri aineistoista tehtyjä havaintoja. Analysoin laadullisen aineiston atlas.ti -ohjelmalla ja käytin asiakaspolkuja tehdessäni työkaluina smaply.com asiakaspolkutyökalua.

Opinnäytetyöntekijä ei löytänyt tutkimuksia, joissa asiakaskokemusta, arvonmuodostusta ja tiedonkulkua kehitettäisiin palvelumuotoilua, käyttäytymistaloustiedettä ja arvonmuodostuksen teorioita yhdistelle. Opinnäytetyöntekijä ei löytänyt myöskään tutkimuksia, joissa olisi palvelumuotoilun menetelmin kehitetty tiedottamista sairaalakontekstissa henkilökunnan ja potilaiden välillä. Yhdistin Tupla-Timantti palvelumuotoilumalliin EAST-mallin. Tronvoll, Brown, Gremler & Edwardsson (2011, 576) nostavatkin esille, että palvelututkimuksen tutkimusyhteisölle ja palvelualalle on tärkeää tutkia palveluja ja markkinoita käyttämällä eri paradigmoista peräisin olevia lähtökohtia. Palvelututkimus (service reseach) voisi hyötyä eri paradigmoista tulevien lähtökohtien yhdistämisestä. Heidän mukaansa tämä voisi johtaa sekä uusiin teoreettisiin että johtamiseen liittyvien kehittämislähtökohtien muodostumiseen.

Tuloksia voidaan hyödyntää tutkimuksen kohteena olleessa terveyskeskussairaalassa tiedottamisen ja osastojen toiminnan suunnittelussa. Tulokset auttavat henkilökuntaa näkemään terveyskeskussairaalan toiminnan toisesta näkökulmasta, potilaiden ja omaisten silmin. Tulosten pohjalta voidaan kehittää muidenkin terveyskeskussairaaloiden tiedottamista, sillä asiakasryhmät ovat terveyskeskussairaaloissa samankaltaisia ja kehittämisehdotukset perustuvat tieteelliseen EAST-malliin. Näkökulmaa olisi hyvä jatkossa laajentaa tiedottamisesta viestinnän asiakaskeskeiseen kehittämiseen sairaalakontekstissa.

Tulokset osoittavat, että palvelumuotoilun prosessi sopii kehittämisvälineeksi SOTE-kontekstiin ja asiakkailta kannattaa kerätä tietoa. Sen lisäksi tulokset auttavat kohdeorganisaatiota toimintansa kehittämisessä ja entistä asiakaskeskeisemmän palvelulupauksen lunastamisessa SOTE-uudistusten rynnistäessä sosiaali- ja terveysalalle.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Arvioimme nykyistä kokemustamme vertaamalla sitä referenssipisteeseen joko parempana, huonompana tai samanlaisena. Prospektiteoria tuo arvon kokemuksen tarkasteluun kiinnostavan tarkasteluaspektin. Sen mukaan arvotamme negatiiviset kokemukset kaksi kertaa voimakkaammin kuin saman suuruiset positiiviset kokemukset, kun vertaamme niitä referenssipisteeseen. Luvussa 4.5.1. esiteltiin, että suuri osa potilaista vertaili nykyisiä terveyskeskussairaalan käytäntöjä tai kokemuksia aikaisempiin kokemuksiinsa. Lähes kaikissa haastatteluista löytyi referenssipisteitä. Useat potilaat kuvailivat, olivatko nykyiset käytännöt tai tilat huonommat tai paremmat kuin aikaisemmat. Prospektiteoria voisi tuoda arvonmuodostuksen tarkasteluun mielenkiintoisen näkökulman. Jatkotutkimusideana olisi kiehtovaa tehdä teoreettinen kehittämistyö, jossa yhdistettäisiin prospektiteoriaa kiinteämmin mukaan muihin arvonmuodostuksen teorioihin.

On paljon tutkimuksia, joissa tutkitaan sairaanhoitajan ja potilaan välistä viestinnän laatua, vuorovaikutusta potilaan näkökulmasta (Happ ym. 2012; McCabe 2003). Se osoittautui tässä opinnäytetyössä tärkeäksi. Tulosten mukaan potilaat arvostavat yksilöllistettyä, kunnioittavaa, kannustavaa, kiireetöntä, ystävällistä, huumorintajuista ja myötätuntoista vuorovaikutusta. Lisäksi tuli esille, että samaa tuttua hoitajaa arvostettiin. Samansuuntaisia tuloksia on saanut mm. McCabe (2003), joka toteaa, että hoitajat eivät mahdollisesti tiedä, mitä potilaat arvostavat. Tämän opinnäytetyön tulokset hoitajien työpajan tuloksien osalta ovat päinvastaisia McCabeen verrattuna, työpajan hoitajien osalta. Hän kuitenkin toteaa, osuvasti että elleivät sairaalat ja hoitajat tiedosta vuorovaikutuksen merkitystä potilaille osana hyvää hoitoa, hoitajien tehtäväkeskeinen ote säilyy. Olisi mielenkiintoista lähteä kokeilemaan hoitajien viestinnän yhdenmukaistamista sellaiseksi, jota potilaat arvostavat. Jos hoitajien, harjoittelijoiden ja sijaisten viestintää pyrittäisiin muotoilemaan yhdenmukaisemmaksi, potilaalle ei olisi enää väliä, tuleeko tuttu hoitaja potilashuoneeseen, vaan viestinnän ja vuorovaikutuksen laatu muodostaisivat tutun kokemuksen hoitajasta riippumatta.

Tämä opinnäytetyön tulokset ja menetelmät osoittavat, että palvelumuotoilun menetelmät kuten observointi, kontekstisidonnaiset asiakashaastattelut sekä työntekijöiden kuulemisella saadaan kartoitettua viestintään ja tiedottamiseen liittyviä haasteita asiakasnäkökulmasta. Lisäksi käyttäytymistaloustieteellinen näkökulma tuo ideointivaiheeseen ja persoonien laati-miseen lisäarvoa. Persoonat ja asiakaspolut tuovat asiakkaiden äänen kuuluviin ja auttavat suunnittelemaan entistä asiakaskeskeisempää viestintää, jonka tavoitteena on palvella entistä paremmin sekä henkilökuntaa että asiakkaita. On kuitenkin huomioitava, että haastattelin parhaimmassa kunnossa olevia potilaita.

Opinnäytetyö tuo esille tärkeitä seikkoja, kun ajatellaan laajemmin julkisen sektorin asiantuntijan ja kansalaisen kohtaamista. Vaikka tutkimus toteutettiin sairaalakontekstissa, voidaan tässä yhteydessä saatuja oppeja soveltaa julkisen sektorin toimialojen asiakastyöhön: aikuissosiaalityöhön, KELA:aan, TE-toimistoihin ja lastensuojeluun.

Lähteet

Painetut

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino. 3. Uudistettu painos.

Barden, P. 2013. Decoded, The Science Behind Why We Buy. Wiley.

Chaudhuri, A. 2006. Emotion and Reason in Consumer Behavior. Butterworth-Heinemann: USA.

Camerer, C. F. 2004. Prospect Theory in the Wild: Evidence from the Field. Teoksessa: Advances in Behavioral Economics, 148-161. New York: Princeton University Press.

Cooper, A., Reimann, R., Cronin, D. & Noessel, C. 2014. About Face: The Essentials of Interaction Design. 4th Edition. Indianapolis, United States: John Wiley & Sons, Inc.

Flick, U. 1998. Introduction to Qualitative Research. London: Sage.

Goodwin, K. 2009. Designing for the Digital Age. How to Create Human-Centered Products and Services. Indianapolis, Indiana: Wiley Publishing, Inc.

Grönroos, C. 2001. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Ekonomia. Helsinki: WSOY.

Grönroos, C. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. 2015. Helsinki: Talentum.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Erkkilä, P. 2012. Hetki lyö. Dialogi ja sen syntyminen johtoryhmän kokoustyöskentelyssä. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. 3. Painos. Helsinki, Kyriiri Oy.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 1995. Teemahaastattelu. Yliopistopaino.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Juholin, E. 2017. Communicare! Viestinnän käsikirja. Turenki: Hansaprint Oy.

Kahneman, D. 2003. Maps of Bounded Rationality: Psychology for Behavioral Economics. American Economic Review 93(5), 1449-1475.

Kahneman, D. 2013. Thinking, Fast and Slow. 1. painos. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Kantojärvi, P. 2012. Fasilitointi luo uutta: menesty ryhmän vetäjänä. Helsinki: Talentum.

Klie, L. 2014. Hot Customer Service Technologies. Customer Relationship Management, 12, 18-22.

Knapp, J., Zeratsky, J., & Kowitz, B. 2016. Sprint: how to solve big problems and test new ideas in just five days. New York: Simon and Schuster.

Linnanmäki, E. 2017. Asiakkaan ääni kuuluviin sote-palveluissa. Duodecim, 133, 1623-1625.

Mäkinen, M. 2016. Fasilitointi asiantuntijan työkaluna. Menetelmiä, kesä 2016. Laurea-ammattikorkeakoulu.

- Nielsen J. 1993. Usability Engineering. London: Academic Press Ltd.
- O'Donoghue, T. & Rabin, M. 2004. Doing it Now or Later. Teoksessa *Advances in Behavioral Economics*, 223-251. New York: Princeton University Press.
- Ollila, M-R. 2008. *Lauman valta*. Juva: Edita.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro. 3. Uudistettu painos.
- Ojasalo, K., Koskelo, M. & Nousiainen, A. K. 2015. Foresight and Service Design Boosting Dynamic Capabilities in Service Innovation. Teoksessa: *The Handbook of Service Innovation*, 193-212.
- Polaine, A., Løvlie, L. & Reason, B. 2013. *Service Design from Insight to Implementation*. Rosenfeld Media: New York, NY.
- Reason, B., Lovlie, L. & Brand Flu, M. 2016. *Service Design for Business - A Practical Guide to Optimizing the Customer Experience*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Lusch, R.F. & Vargo, S.L. 2014. *Service-dominant logic: premises, perspectives, possibilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stickdorn M. & Schneider J. 2011. *This Is Service Design Thinking*. NJ, USA: Wiley.
- Stickdorn, M., Hormes, M., Lawrence, A. & Schneider, J. 2018. *This is Service Design Doing, applying Service Design Thinking in the real world. A practitioners' Handbook*. Canada: O'Reilly Media Inc.
- Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. 2009. *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. London: Penguin Books.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tuulaniemi, J. 2013. *Palvelumuotoilu*. Talentum: Helsinki.
- Uusitalo, H. 1995. *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. Juva: WSOY.
- Vargo, S. & Lusch, R. & Morgan, F. 2006. Historical perspectives on service-dominant logic. Teoksessa: Lusch, R. & Vargo, S. (toim.). *The service-dominant logic of marketing. Dialog, debate, and directions*. New York, United States: M.E. Sharpes. 29-42.
- Vilka, H. 2015. *Tutki ja kehitä*. Jyväskylä: PS-kustannus. 4. Uudistettu painos.
- Wilson, P. 1983. *Second-hand knowledge. An inquiry into Cognitive Authority*. Greenwood Press. Westport: Connecticut.

Sähköiset

- Ahola, H. & Vainio, S. Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen. Oikeita palveluja oikeaan aikaan. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille - hanke 2013-2016. Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelma ja hankekunnat. Viitattu 28.9.2017. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/pppr-julkaisu_netti.pdf

- Alakoski, L. & Hytönen, K. 2016. Johdanto. Teoksessa: Päätöksenteon ilmiöt johtamisessa. Helsinki: Kopio Niini Oy. Viitattu 13.1.2018.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/115857/67.%20Alakoski%20Hytönen%20Paatoksenteon%20ilmiot%20johtamisessa.pdf?sequence=1>
- Alter, T. Prospect Theory - The Economics of Design. Interaction Design Foundation. Viitattu 12.1.2017. <https://www.interaction-design.org/literature/article/prospect-theory-the-economics-of-design>
- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. Viitattu 12.9.2017.
[theseus.fi](https://www.theseus.fi)
- Banerjee, Abhijit, V. 1992. A simple Model of herd Behavior. The Quarterly Journal of Economics 107, 797-817. Viitattu 10.2.2018.
<http://eds.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=982e4c26-7d1b-4124-b3c0-7f8c1845a99a%40sessionmgr4008>
- Baron, S. 2009. Evaluating the patient journey approach to ensure health care is centered on patients. Nursing Times: NT: London, 20-3. Viitattu 16.5.2018.
<https://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/evaluating-the-patient-journey-approach-to-ensure-health-care-is-centred-on-patients/5002441.article>
- Berkowitz, R. E., Fang, Z., Helfand, B. K., Jones, R. N., Schreiber, R., & Paasche-Orlow, M. K. 2013. Project ReEngineered Discharge (RED) lowers hospital readmissions of patients discharged from a skilled nursing facility. Journal of the American Medical Directors Association, 14(10), 736-740.
- Beshears, J. & Gino, F. 2015. Leaders as Decision Architects. Harvard Business Review. 5, 52-62. Viitattu 21.2.2018. <https://hbr.org/2015/05/leaders-as-decision-architects>
- Brown, T. 2008. Design Thinking. Harvard Business Review. June. Viitattu 4.9.2017.
- Design Kit, Ideo. Viitattu 5.9.2017.
<http://www.designkit.org/methods/62>
- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., Vlaev, I. 2010. MINDSPACE: Influencing behaviour through public policy. London: Institute for Government and the Cabinet Office. Viitattu 21.2.2018.
https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/MINDSPACE-Practical-guide-final-Web_1.pdf
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 62 (1), 107-115. Viitattu 12.12.2017. <file:///Users/virve/Downloads/document-3.pdf>
- Grudin, J. & Pruitt, J. 2002. Personas, Participatory Design & Product Development: An Infrastructure for Engagement. Participatory Design. Viitattu 14.3.2018.
<http://rossy.ruc.dk/ojs/index.php/pdc/article/view/249/241>
- Grönroos, C. 2011. Value co-creation in service logic. Marketing Theory, 11 (3). Viitattu 22.9.2017.
<https://pdfs.semanticscholar.org/cb67/527142ee2ca613cc8c5adae10c6e94989f20.pdf>
- Grönroos, C. and Ravald, A. 2011. Service as Business Logic: implications for value creation and marketing. Journal of Service Management 22(1), 5-22. Viitattu 4.5.2018. <https://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1360590441.0172service%20marketing16.pdf>

Grönroos, C. and Gummerus, J. 2014. The Service Revolution and its Marketing Implications: Service logic versus Service-dominant logic. *Managing Service Quality*, 24 (3), 206-229. Viitattu 22.9.2017.

https://www.researchgate.net/profile/Christian_Groenroos/publication/261958817_The_service_revolution_and_its_marketing_implications_Service_logic_vs_service_dominant_logic/links/563a2c7908aeed0531dca8ca/The-service-revolution-and-its-marketing-implications-Service-logic-vs-service-dominant-logic.pdf

Grönroos, C., Strandvik, T. and Heinonen, K. 2015. Value co-creation: Critical reflections. Teoksessa: *The Nordic School. Service Marketing and Management for the Future*. Helsinki, Finland: CERS, Hanken School of Economics, 69-82. Viitattu 22.9.2017.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156531/The%20Nordic%20School%20-%20Service%20Marketing%20and%20Management%20for%20the%20Future.pdf?sequence=1>

Grönroos, C. and Voima, P. 2013. Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Academy of Marketing Science*, 133-150. Viitattu 22.9.2017. [https://search-proquest-](https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1287360998/fulltextPDF/FE6000F33BA6413FPQ/1?accountid=12003)

[com.nelli.laurea.fi/central/docview/1287360998/fulltextPDF/FE6000F33BA6413FPQ/1?accountid=12003](https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1287360998/fulltextPDF/FE6000F33BA6413FPQ/1?accountid=12003)

Halko, M-L. & Hytönen, K. 2014. Sosiaalinen ympäristö ja kuluttajien käyttäytyminen. *Kansantalouden aikakauskirja*. 4/201, 466-476. Viitattu 20.2.2018.

http://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/wp-content/uploads/2014/12/KAK42014Halko_Hytonen.pdf

Hallituksen esitys asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 9.5.2017.

SOTE- ja maakuntauudistus. 2017a. Viitattu 28.9.2017. <http://alueuudistus.fi/lakiesitys-5-2017>

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta. 2017b. Viitattu 28.9.2017.

<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4663611/Hallituksen+esitys+eduskunnalle+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+9.5.2017.pdf/bfd12515-f0e7-4888-a6d7-8f0835148321>

Happ, M., Garret K., Dana DiVirgilio, T., Tate, J., George, E., Houze MS., Radtke, J. Sereika S. 2012. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *US National Library of Medicine. National Institute of Health*. 20(2). Viitattu 18.5.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222584/>

Heikkula, A., Kelleher, C. & Pihlstrom, M. 2012. Characterizing value as an experience: implications for researchers and managers. *Journal of Service Research*, 15 (1), 59 - 75. Viitattu 20.9.2017.

https://www.jarvenpaa.fi/--JUST_-_J%C3%A4rvenp%C3%A4n_uusi_sosiaali_ja_terveyskeskus--/sivu.tmpl?sivu_id=9174

Heinonen, K. 2004. Reconceptualizing customer perceived value: the value of time and place. *Managing Service Quality: an international journal*, 14 (2/3), 205-215. Viitattu 4.5.2018.

<https://www.emeraldinsight-com.nelli.laurea.fi/doi/full/10.1108/09604520410528626>

Heinonen, K., Strandvik, T., Mickelsson, KJ, Edvardsson, B. Sundström, E., Andersson, P. 2010. A customer-dominant logic of service. *Journal of Service Management*, 21/4. Viitattu 22.1.2018.

<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/743985307/fulltext/98F30197E6B44F1DPQ/6?accountid=12003>

Heinonen, K., Strandvik, T., & Voima, P. 2013. Customer dominant value formation in service. *European Business Review*, 25 (2), 104-123. Viitattu 27.9.2017.

https://www.researchgate.net/profile/Kristina_Heinonen/publication/257875231_Customer_dominant_value_formation_in_service/links/00b7d52602e16448ff000000/Customer-dominant-value-formation-in-service.pdf

HUS. 2018. Potilalle. Matkapuhelimien ja mobiililaitteiden käyttö sairaalassa.
http://www.hus.fi/potilaalle/hoidossa/puhelimen_kaytto_sairaalassa/Sivut/default.aspx

Ikäteknologiakeskus. 2017. Ikäihmiset ja sähköinen asiointi. Miten saadaan kaikki mukaan? Viitattu 10.2.2018.
http://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut__pdf/Raportit__pdf/ikaihmiset_sahkoinen_asiointi_nettti.pdf

Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., & Culppepper, L. 2009. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187. Viitattu 15.5.2018.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738592/>

Joiner, K. A. & Luch, F.L. 2016. Evolving a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 3, 25-33. Viitattu 23.1.2018.
<https://www.dovepress.com/evolving-to-a-new-service-dominant-logic-for-health-care-peer-reviewed-fulltext-article-IEH>

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Kao, Y.-F. & Velupillai, K.V. 2015. Behavioural economics: Classical and modern. *The European Journal of the History of Economic Thought* 22(2), 236-271. Viitattu 15.5.2018.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d8993082-d9c4-4b39-bcd6-a385385217a0%40pdc-v-sessmgr01>

Kahneman, D. 1973. *Attention and Effort*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice hall. Viitattu 4.5.2018.
<https://pdfs.semanticscholar.org/eeb9/7f210404ca6758c6cfe41cbe552feed5f59e.pdf>

Kahnemahn, D. 2002. Maps of bounded rationality: a perspective on intuitive judgement and choice. Prize lecture, December 8, 2002. USA: Princetown University, Cepratment of Psychology, Princeton, NJ 08544. Viitattu 13.1.2018.
https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/2002/kahnemann-lecture.pdf

Kahnemahn, D. & Tversky, A. 1979. Prospect Theory: an Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), s. 263-291. Viitattu 8.1.2018.
https://www.princeton.edu/~kahneman/docs/Publications/prospect_theory.pdf

Keränen, K & Ojasalo, K. 2011. Value co-creation in b-to-b-services. Viitattu 17.10.2017.
<http://myy.haaga-helia.fi/~encounters11/FULL%20PAPERS/FULL%20PAPERS%20THEME%203%20&%205%20Co-creati->

[on%20and%20Promoting%20Regional%20Development/Full%20Paper%20Theme%203%20Keranen Ojasalo.pdf](#)

Kronqvist, J, Järvinen, M & Leinonen, T. 2012. Games as Design Medium - Utilizing Game Boards for Design Enquiry with Cancer Patients. in Proceedings of ServDes.2012 Service Design and Innovation Conference. Viitattu 13.11.2017.

<http://www.ep.liu.se/ecp/067/014/ecp1267014.pdf>

Kyngäs, H. Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011 (2), 138-148. Viitattu 28.9.2017.

https://www.researchgate.net/profile/Tarja_Poelkki/publication/261723764_Sisallönanalyysi-suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf

Lusch, R.F. & Vargo, S.L. 2006. Service dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing Theory*. 6 (3), 281-288. Viitattu 13.10.2017.

<http://journals.sagepub.com/nelli.laurea.fi/doi/pdf/10.1177/1470593106066781>

Lusch, R. 2011. Reframing supply chain management: a service-dominant logic perspective. *Journal of Supply Chain Management*, 47 (1), 14 - 18. Viitattu 20.9.2017.

https://www.researchgate.net/profile/Robert_Lusch2/publication/227702747_Reframing_supply_chain_management_A_service-dominant_logic_perspective/links/00463527cdf76803d0000000/Reframing-supply-chain-management-A-service-dominant-logic-perspective.pdf

McCabe, C. 2003. Nurse patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 13 (1). Viitattu 18.5.2018.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

Meyer, C. & Schwager, A. 2007. Understanding customer experience. *Harvard Business Review*, 85 (2), 1 - 19. Viitattu 19.9.2017.

<http://www.dlss.univr.it/documenti/Avviso/all/all999201.pdf>

Mc-Coll-Kennedy, J.R., Gustafsson, A., Jaakkola, E., Phil, K. & Zoe, J. 2015. Fresh perspectives on customer experience. *The Journal of Services Marketing*. Santa Barbara, 430-435. Viitattu 20.9.2017.

<https://search-proquest.com/nelli.laurea.fi/central/docview/1712753300/fulltextPDF/7458EC47C2F04A9BPQ/1?accountid=12003>

Moritz, S. 2005. *Service Design. Practical access to evolving field*. London. Viitattu 11.9.2017.

<http://hci.liacs.nl/files/PracticalAccess2ServiceDesign.pdf>

Nobel prize. 2002. Press Release 9.10.2002. Viitattu 18.1.2017

https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/2002/press.html

Nurmilaakso, T. 2015. Kuka on pahin vihollisesi? Viitattu 9.1.2018.

<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/01/14/kuka-pahin-vihollisesi>

Payne, A., Storbacka, K., Frow, P. 2008. Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (1), 83-96. Viitattu 29.4.2018.

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11747-007-0070-0>

Rehman, M., Dean, A. M., & Pires, G. D. 2012. A research framework for examining customer participation in value co-creation: Applying the service dominant logic to the provision of living support services to oncology day-care patients. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 3(3-4), 226-243. Viitattu 23.1.2018.

<https://www.deepdyve.com/lp/inderscience-publishers/a-research-framework-for-examining-customer-participation-in-value-co-xeEbHSl8Js>

Sampaio, J. N. 2012. Approach to design practice based on collaborative platforms - Application to bicycle mobility system in Porto. Viitattu 26.2.2018.
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/14363/1/Approach-to-design-practice-based-on-collaborative-platforms.pdf>

Service, O. ym. 2012. The Behavioural Insight Team. EAST. Viitattu 7.9.2017.
http://www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT-Publication-EAST_FA_WEB.pdf

Sorsakivi, M. 2017. Luovan kaaoksen kesyttäminen - Innovaatiomallilla tukea konseptoinnin johtamiseen. YAMK opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.1.2018.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/135290/sorsakivi_milla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kärkihankkeet. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Viitattu 18.9.2017.
<http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>

Stanovich, K.E. & West R.F. 2000. Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate? Behavioral and Brain Sciences 23, 645-726. Viitattu 21.2.2018.
<https://static.cambridge.org/resource/id/urn:cambridge.org:id:binary:20170214114712226-0909:S0140525X00293436:S0140525X00003435a.pdf>

Strandvik, T. & Heinonen, K. 2015. Essentials of customer dominant logic. Teoksessa Gummerus, J. & von Koskull, C. (Toim.), The Nordic School - Service Marketing and Management for the Future. Helsinki: Hanken School Of Economics. Viitattu 22.1.2018.
https://www.researchgate.net/publication/304178244_Strandvik_Heinonen_2015_CDL_essentials_The_Nordic_School_-_Service_Marketing_and_Management_for_the_Future

Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorin käsikirja: menetelmiä sujuvaan ryhmätyökentelyyn. Kepan raporttisarja / Kehitysyhteistyön palvelukeskus, 103. Kehitysyhteistyön palvelukeskus. Keva ry. Viitattu 20.5.2018
http://www.globaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf.

Tan, M. 2016. Service Design Tools in Product Management. Viitattu 26.2.2018.
<https://medium.com/vlt-labs/service-design-tools-in-product-management-e3ba2141f02f>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Opas potilasturvallisuuslain-säädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Juvenes Printi - Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 22.2.2018.
<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Thaler, R., Sunstein, C., Balz, J. 2010. Choice Architecture. The Behavioral Foundations of Public Policy, Ch. 25, Eldar Shafir. Viitattu 21.2.2018.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1583509

Tilastokeskus. Liitetaulukko 2. Väkiluku ja väestöllinen huoltosuhde vuoden 2030 lopussa eri vuosina laadituissa ennusteissa. Viitattu 21.2.2018.
https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_002_fi.html

Tronvoll, B., Brown, S.W., Gremler, D.D. & Edwardsson, B. 2011. Paradigms in service research. Journal of Service Management, 22(5), 560-585. Viitattu 5.3.2018.
<http://bib.fi/1KWfEw>

Tversky, A. Kahneman, D. 1981. The Framing of decision and the psychology of choice. Science, 211(4481), 453-458. Viitattu 7.5.2018.
<http://webpace.pugetsound.edu/facultypages/gmilam/courses/econ291/readings/TvKa81.pdf>

UK Design Council. 2010. What is Service Design? Viitattu 9.11.2017.

<http://www.designcouncil.org.uk/about-design/Types-of-design/Service-design/What-is-service-design/>

Valtionvarainministeriö. 2017. Digituen toimintamalliehdotus. AUTA-hankkeen projektiryhmän loppuraportti. Viitattu 16.2.2018.

<http://vm.fi/documents/10623/6581896/AUTA+raportti.pdf/74d0c25e-fa60-43c6-8856-c418faef9085>

Vargo, S.L. and Lusch, R.F. 2008. Service-dominant logic: continuing the evolution. Journal of the Academy of Marketing Science, 36 (1), 1 - 10. Viitattu 29.9.2017.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=6428f8ff-fe53-496f-9ca6-5dbaa04772c9%40sessionmgr104>

Vargo, S.L. & Lusch, R.F. 2017. Service dominant logic in 2025. International Journal of research in Marketing, 34 (1), 46-67. Viitattu 23.1.2018. https://ac.els-cdn.com/S0167811615302007/1-s2.0-S0167811615302007-main.pdf?_tid=174d194a-0017-11e8-8692-00000aab0f26&acdnat=1516696161_e19cf67cc3d02cef48d73889b63c69eb

Vargo, S., Maglio, P.P. & Akaka, M.A. 2008. On value and value co-creation: A Service systems ans service logic perspective. Viitattu 20.4.2018. European Management Journal, 26 (3), 145-152.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026323730800042X>

Vermeeren, A., Law, E., Roto, V., Obrist, M., Hoonhout, J. & Väänänen-Vainio-Mattila, K. 2010. User Experience Evaluation Methods: Current State and Development Needs. Proceedings of the 6th Nordic Conference on Human-Computer Interaction: Extending Boundaries, 521-530. Viitattu 15.1.2018.

<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41173910/09e4150bdc1beb6cce000000.pdf20160114-19908-1gb8vkv.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1516095588&Signature=NV5Flqg0UiU8YUCqXPYc1fiX63U%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dp521-vermeeren.pdf>

Julkaisemattomat

██████████ 2017. Sähköpostikeskustelu osaston henkilömäärästä. 20.12.2017.

Piha, M. 2017. Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa raportti. Ylemmän ammattikorkeakoulun opintojako: Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa 10op. Laurea ammattikorkeakoulu.

Vakiala, V. 2017. Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa raportti. Ylemmän ammattikorkeakoulun opintojako: Ketterät menetelmät palvelumuotoilussa 10op. Laurea ammattikorkeakoulu.

Kuviot

Kuvio 1: Kehittämistyön viitekehys.....	11
Kuvio 2: Opinnäytetyön teoriatausta.....	14
Kuvio 3: Palvelukeskeisen liiketoimintalogiikan keskeiset väittämät (Lusch & Vargo 2014, 15; Lusch & Vargo 2015	15
Kuvio 4: Palvelukeskeisen ja asiakaskekeisen liiketoimintalogiikan eroja (Heinonen ym. 2010, 535).....	16
Kuvio 5: Arvon muodostumisen pyramidi Tuulaniemeä (2013) mukaillen	19
Kuvio 6: Vaihtoarvon ja käyttöarvon syntyminen erojen vertailua (Grönroos & Voima 2013)..	20
Kuvio 7: Ajattelun kaksi systeemiä, jotka määrittävät päätöksiä ja käyttäytymistä Kahnemania (2013, 1451) ja Bardenia (2013) mukaillen.....	22
Kuvio 8: Kognitiivisen vaivattomuuden syyt ja seuraukset (Kahneman 2011, 60) sovellettuna sairaalakontekstiin	24
Kuvio 9: EAST-malli Service (2012)	27
Kuvio 10: Palvelumuotoilun viisi periaatetta (Stickdorn ym. 2010)	31
Kuvio 11: Kehittämistyön vaiheet tuplatimanttia ja EAST-mallia mukaillen.....	32
Kuvio 12: Viiden päivän design sprint (Knapp ym. 2016, 17)	34
Kuvio 13: Työpaja hoitajille	37
Kuvio 14: Hoitajien Bull's eye	37
Kuvio 15: Potilaan asiakaspolku.....	38
Kuvio 16: Potilaan asiakaspolku.....	38
Kuvio 17: Potilaspersoona 1, Saara Syrjäytynyt	41
Kuvio 18: Saara syrjäytyneen asiakaspolku.....	42
Kuvio 19: Potilaspersoona 2 , Unto Ulospäin suuntautunut.....	43
Kuvio 20: Unto ulospäin suuntautuneen asiakaspolku	44
Kuvio 21: Potilaspersoona 3, Kristian Kriittinen	45
Kuvio 22: Kristian Kriittisen asiakaspolku	46
Kuvio 23: Persoona 4, Liina Lapsenlapsi, omainen.....	47
Kuvio 24: Persoona 5, Pekka Puoliso, omainen	48

Kuvio 25: Potilaan kontaktipisteet terveyskeskussairaalassa	49
Kuvio 26: Alustava palvelupolku hoitohenkilökunnan näkökulmasta (09/2017)	53
Kuvio 27: Asiakkaiden kokemat ydinpalvelutuokioiden.....	53
Kuvio 28: tuntemattoman potilaan saapuminen terveyskeskussairaalaan	Error! Bookmark not defined.
Kuvio 29: Asiakaspolun ydinpalvelutuokioiden potilaan näkökulmasta terveyskeskussairaalassa..	55
Kuvio 30: Potilaiden yleisimmät kysymykset sairaanhoitajille	57
Kuvio 31: Omaisten yleisimmät kysymykset sairaanhoitajalle	57
Kuvio 32: Omaisille tyytymättömyyttä aiheuttavat asiat	58
Kuvio 33: Potilaille tyytymättömyyttä aiheuttavat asiat	58
Kuvio 34: Potilaat arvostavat yksilöllistä kohtaamista ja positiivista vuorovaikutusta.....	60
Kuvio 35: Suurin osa potilaista arvostaa oman potilashuoneen tuomaa yksilöllisyyttä.....	60
Kuvio 36: Potilaiden arvostuksen kohteet sairaanhoitajien näkökulmasta	61
Kuvio 37: Omaisten arvostuksen kohteet sairaanhoitajien näkökulmasta.....	61
Kuvio 38: Potilaat eivät arvosta toimimattomia käytäntöjä eivätkä toimimattomia laitteita .	62
Kuvio 39: Tulosten pohjalta muodostetut suunnitteluohjaimet	65
Kuvio 40: Uusi vaihe terveyskeskussairaalan asiakaspolkuun.....	66
Kuvio 42: Käyttäytymistaloustieteen tuoma lisäarvo palvelumuotoiluun sairaalakontekstissa	75

Taulukot

Taulukko 1: Internetiä käyttävien iäkkäiden suomalaisten osuudet	13
Taulukko 2: Kansalaisten digitaalisten palveluiden käyttöä rajoittavia syitä (Valtionvarainministeriö 2017)	13
Taulukko 3: Arvon muodostuminen eri liiketoimintalogiikoiden näkökulmasta	18
Taulukko 4: Kehittämistyön vaiheet ja menetelmät.....	33
Taulukko 5: Haastateltujen potilaiden taustatiedot.....	63
Taulukko 6: Haastateltujen omaisten taustatiedot	64
Taulukko 7: EAST-malliin perustuvat kehittämissuositukset	69

Taulukko 8: Käyttäytymistaloustieteen ilmiöt opinnäytetyössä	73
--	----

Liitteet

Liite 1: Tiedote tutkittavalle - potilas

Arvoisa potilaamme,

olette hoidossa [REDACTED]

[REDACTED] on annettu lupa suorittaa Laurea ammattikorkeakoulun liiketalouden opintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus: **Potilaiden ja omaisten asiakaskokemus ja asiakaspolku [REDACTED] terveyskeskussairaalassa – Responsiivinen internetsivusto osana asiakaskokemuksen kehittämistä**. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan ja omaisen kokemusta hoidosta ja siihen liittyvistä tehtävistä. Lisäksi selvitetään, minkälaisesta [REDACTED] internetsivuilta löytyvästä tiedosta olisi potilaalle ja omaiselle apua ja hyötyä. Tulosten pohjalta suunnitellaan potilaita ja omaisia palvelevaa internetsivustoa. Tutkimuksen suorittajana on KM Virve Vakiala.

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimus on haastattelututkimus, joka kestää noin 20-30 minuuttia. Haastattelu tehdään [REDACTED]. Haastattelussa kartoitetaan potilaiden ja omaisten kokemuksia hoidosta [REDACTED]. Kaikki haastateltavat ovat potilaita tai potilaiden omaisia. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Voitte osallistua haastatteluun ilmoittautumalla terveyskeskussairaalan osaston työntekijälle Mari Järvisalolle.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne [REDACTED] nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja tutkimuksesta ja tutkittavien oikeuksista voitte saada seuraavilta henkilöiltä:

opinnäytetyöntekijä Virve Vakiala virve.vakiala@student.laurea.fi
[REDACTED] terveyskeskussairaalan yhteyshenkilö [REDACTED]

{hoitavan lääkärin / tutkimusluvan myöntävän henkilön allekirjoitus ja päiväys}

Liite 2: Tiedote tutkittavalle - omainen

Arvoisa omainen,

omaisenne on hoidossa [REDACTED]

[REDACTED] on annettu lupa suorittaa Laurea ammattikorkeakoulun liiketalouden opintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus: **Potilaiden ja omaisten asiakaskokemus ja asiakaspolku [REDACTED] terveyskeskussairaalassa – Responsiivinen internetsivusto osana asiakaskokemuksen kehittämistä.** Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan ja omaisen kokemusta hoidosta ja siihen liittyvistä asioista. Lisäksi selvitetään, minkälaisesta [REDACTED] internetsivuilta löytyvästä tiedosta olisi potilaalle ja omaiselle apua ja hyötyä. Tulosten pohjalta suunnitellaan potilaita ja omaisia palvelevaa internetsivustoa. Tutkimuksen suorittajana on KM Virve Vakiala.

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimus on haastattelututkimus, joka kestää noin 20-30 minuuttia. Haastattelu tehdään [REDACTED]. Haastattelussa kartoitetaan potilaiden ja omaisten kokemuksia hoidosta [REDACTED]. Kaikki haastateltavat ovat potilaita tai potilaiden omaisia. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Voitte osallistua haastatteluun ilmoittautumalla terveyskeskussairaalan osaston työntekijälle Mari Järvisalolle.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoon [REDACTED] nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja tutkimuksesta ja tukittavien oikeuksista voitte saada seuraavilta henkilöiltä:

opinnäytetyöntekijä Virve Vakiala virve.vakiala@student.laurea.fi
[REDACTED] terveyskeskussairaalan [REDACTED]

{hoitavan lääkärin / tutkimusluvan myöntävän henkilön allekirjoitus ja päiväys}

Liite 3: HAASTATTELULOMAKE POTILAALLE

Violetilla ja kursivilla kirjoitetut kysymykset jätettiin kysymättä potilailta, joilla ei ollut älykännykkää tai tietokonetta käytössä kotona / sairaalassa tai he eivät käyttäneet tietokonetta tiedonhakuun.

Kertoisitko itsestäsi? Kuka olet ja mitä teet?
 Minkä ikäinen olet?
 Minkälainen koulutus sinulla on?
 Mihin käytät tietokonetta, entä kännykkää?
 Oletko aikaisemmin ollut sairaalassa osastolla? Missä? Milloin?
 Kuinka pitkään olet ollut tks:ssa?

Mitä tietoa sinulla oli ennestään tks:sta ennen osastolle tuloa? Mistä sait tämän tiedon? Milloin? Haitko lisätietoa? Mistä? Mitä olisi ollut hyvä tietää ennen tks:n tuloa?
Minkälaisista asioista kännykällä selattavasta terveyskeskussairaalan internet-sivustosta voisi olla apua ennen saapumista tks:aan?
Miten haluaisit tiedon nettisivustosta? Mikä saisi sinut menemään nettisivulle?

Kerro, miten saavuit terveyskeskussairaalaan?

Kertoisitko, millaista on ollut olla potilaana täällä tks:ssa?
 Mikä sinua on erityisesti ilahduttanut täällä? /Mihin asioihin olet ollut tyytyväinen?
 Mihin asioihin ollut ollut tyytymätön?
 Mikä on yllättänyt?
 Mikä on aiheuttanut ihmetystä?
Mitä tietoa voisit katsoa nettisivustosta käynnin aikana?
Miten haluaisit tiedon nettisivustosta? Mikä saisi sinut menemään nettisivulle?

Kertoisitko, minkälainen sinun päivä täällä osastolla on ollut? Voisitko kuvailla sitä? Mitä tapahtuu? Mikä on tuntunut tärkeältä ja hyvältä?
Mitä tietoa voisit katsoa nettisivustosta käynnin aikana?

Miten usein olet kohdannut henkilökuntaa tks:ssa olosi aikana?
 Millaisissa tilanteissa? Ketä?
 Millaisiksi olet kokenut hoitotilanteet?
 Mihin olet ollut tyytyväinen hoitotilanteissa?
 Mihin et ole ollut tyytyväinen hoitotilanteissa?
 Miten saat henkilökuntaan yhteyden tarvittaessa?

Kertoisitko, minkälaisia ohjeita olet saanut tks:ssa? Milloin? Keneltä? Miltä ne tuntuivat?
 Miten olet noudattanut saatuja ohjeita? Miksi?
 Minkälaista tietoa olet saanut käyntisi pituudesta tällä osastolla?
 Miten olet saanut tietoa sairautesi hoidosta? Keneltä? Miltä se tuntui?
Mitä apua nettisivustosta olisi voinut olla sinulle ohjeisiin liittyen? Miksi?

Ovatko kotijoukot /ystävät käyneet tervehtimässä sinua? Kerrotko vähän, miten he löysivät sinut täältä 4. Krs:sesta?
Mitä apua nettisivustosta olisi voinut olla teille tässä asiassa? Miksi?
Mitä tietoa tks:sta olisi hyvä löytää netistä sinulle? Entä omaisille?

Kiitos haastattelusta ja hyvää jatkoa!

Liite 4: HAASTATTELULOMAKE OMAISELLE

Kertoisitko itsestäsi? Kuka olet ja mitä teet?

Minkä ikäinen olet?

Minkälainen koulutus sinulla on?

Mihin käytät tietokonetta, entä kännykkää?

Onko omaisesi ollut aikaisemmin sairaalassa? Milloin? Missä?

Kuinka pitkään omaisesi on ollut tks:ssa?

Mitä tietoa sinulla oli ennestään tks:sta? Mistä sait/löysit tämän tiedon? Milloin? Haitko lisätieto? Mistä?

Mitä olisi ollut hyvä tietää ennen tks:n tuloa?

Minkälaisista asioista kännykällä selattavasta terveystieteiden keskuslaitoksen internet-sivustosta voisi olla apua ennen saapumista tks:aan?

Miten haluaisit tiedon nettisivustosta? Mikä saisi sinut menemään nettisivulle?

Kertoisitko, miten sait tiedon, että omaisesi on tks:ssa? Mitä sinulle kerrottiin?

Entä, miten löysit tänne? Miten löysit omaisen osastolta? (Osasiko omaisesi kerto sijainnistaan?)

Mitä olisi ollut hyvä tietää ennen omaisen luokse saapumista?

Miten netistä oleva tieto olisi voinut auttaa sinua asiassa?

Miten sinulle olisi helpointa saada tieto nettisivustosta? Mikä saisi sinut menemään nettisivulle?

Minkälainen vaikutelma sinulle on tks:n toiminnasta?

Mikä on täällä parasta?

Mihin asioihin ollut ollut tyytymätön?

Mikä on aiheuttanut ihmetystä?

Mikä on yllättänyt?

Mikä olisi ollut hyvä tietää näin jälkikäteen ajateltuna? Mikä mainitsemistasi asioista olisi hyvä löytyä nettisivustosta?

Minkälaisista asioista kännykällä selattavasta terveystieteiden keskuslaitoksen internet-sivustosta voisi olla apua vierailukäynnin aikana?

Ketä osaston henkilökuntaa olet tavannut? Kuinka usein?

Miten helppo sinun on ollut tavoittaa hoitajia tai lääkäreitä, jos sinulla on ollut jotain kysymystä?

Minkälaisia ohjeita olet saanut tks:ssa olosta? Milloin? Keneltä? Miltä ne tuntuivat?

Minkälaisista asioista olet saanut omaisesi käynnin pituudesta tällä osastolla?

Miten olet saanut omaisesi sairautesi hoidosta? Keneltä? Miltä se tuntui?

Mitä tietoa olisit toivonut saavasi?

Minkälaisista asioista kännykällä selattavasta terveystieteiden keskuslaitoksen internet-sivustosta voisi olla apua käynnin aikana?

Mitä tietoa olet saanut omaisesi sairaudesta? Kuka kertoi? Millainen tämä hetki oli? Missä paikassa tieto kerrottiin?

Mitä tietoa olet saanut omaisesi tks:ssa jäljellä olevasta ajasta?

Mitä tietoa olet saanut omaisesi kotiin pääsystä?

Kiitos haastattelusta ja hyvää jatkoa!

Liite 5: Nykyiset internetsivut kuntalaisille

Polku [REDACTED] terveyskeskussairaalan sivuille. Kolme minuuttia ja kuusi kilikkausta sisälsivät etsintää ja harhailua opinnäytetyöntekijältä 14.1.2018.

Liite 6: Terveyskeskussairaalle toteutettu prototyyppi.

Toteutettu ketterät menetelmät palvelumuotoilussa 10op -opintojakson aikana (8/2017)





Liite 7: TKS:n osastokokouksen työpajan runko

Paikka: [REDACTED]

Aika: 23.11.2017. klo 14.00-14.30.

Osallistujat: osaston esimies [REDACTED] ja 16 hoitajaa. Fasilitaattori: Virve Vakiala

Työpajan aihe:

Asiakaskokemus ja sen kehittäminen [REDACTED] terveyskeskussairaalassa

Aikataulu:

klo 14.00-14.05 Aiheen esittely ja yhteinen aloitus

klo 14.05-14.10 Lämmittelytehtävä

klo 14.10-14.50 Fläppitauluilla kiertelyä pienryhmissä ja post it -lapuille vastaamista. 6 ryhmää.

klo 14.50-15.00 Koonti ja yhteinen lopetus

Fläppitaulujen tekstit:

Potilaiden yleisimmät kysymykset

Omaisten yleisimmät kysymykset

Mitä potilaat arvostavat?

Mitä omaiset arvostavat?

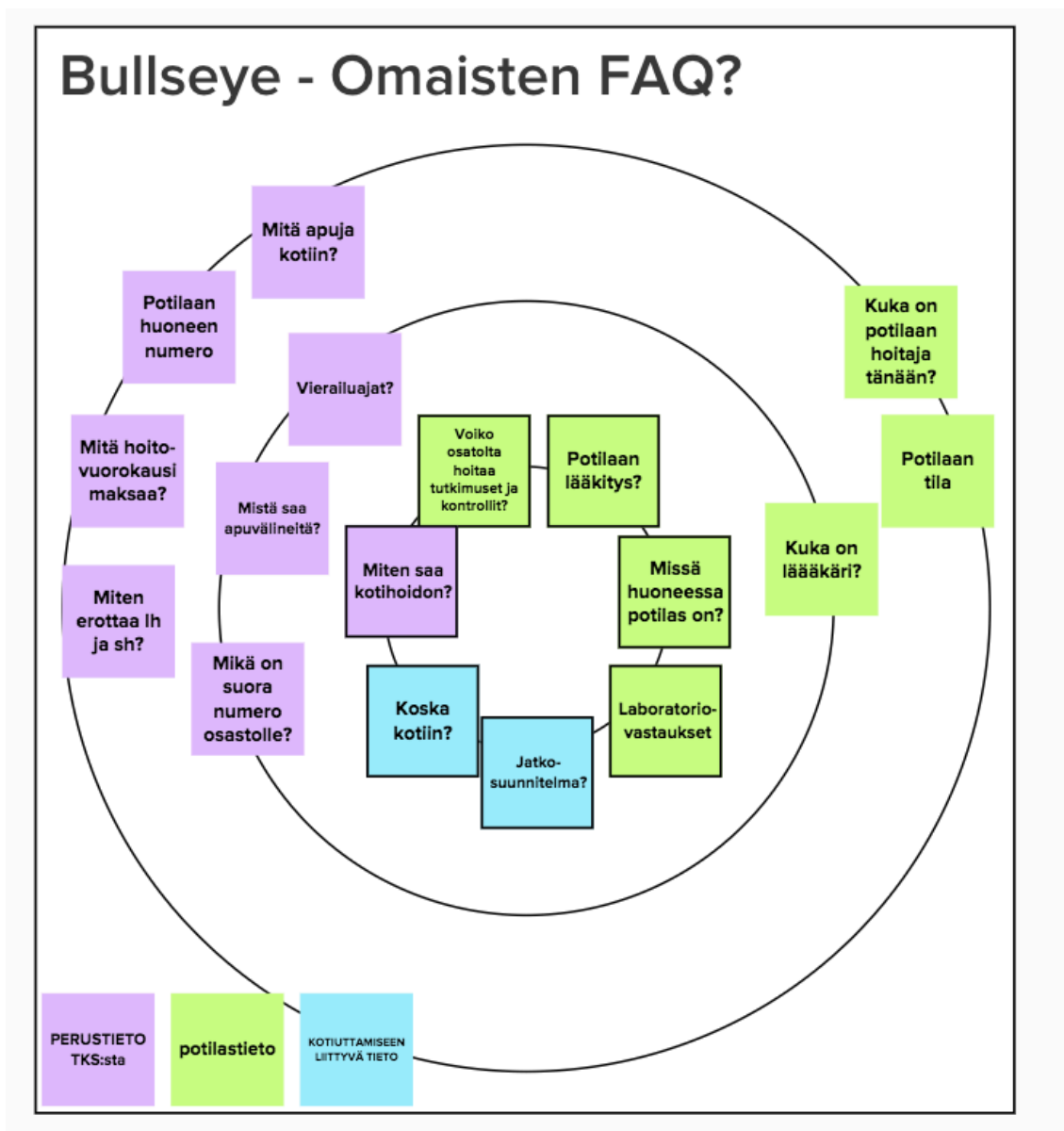
Mikä vie aikaa potilastyöltä?

Mihin asioihin omaiset ovat tyytymättöimpiä? / Mihin asioihin potilaat ovat tyytymättöimpiä?

Ennakkovalmistelut:

fläppipaperit , post it laput, kynät 20 kpl, tarjoilut

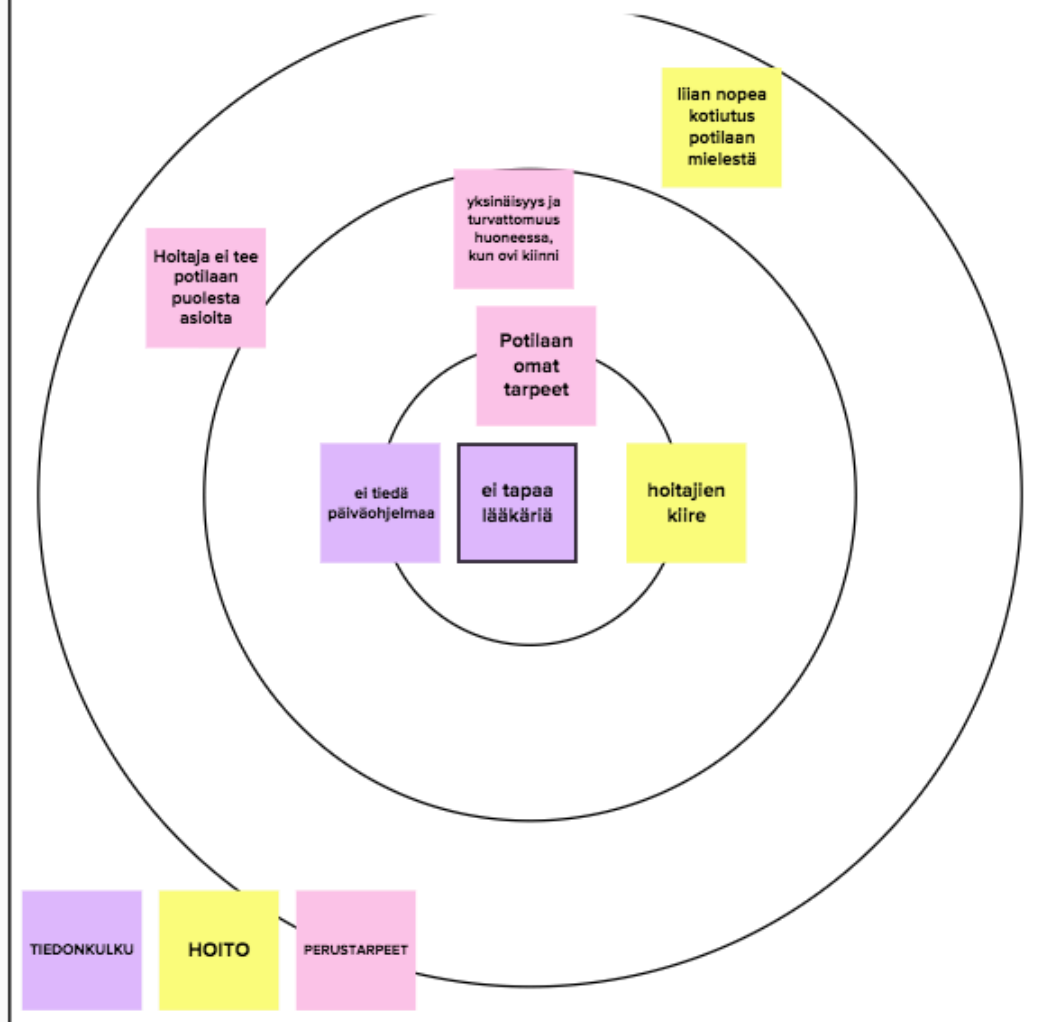
Liite 8: Hoitajien työpajan tulokset



Bullseye - tyytymättömyys omaiset



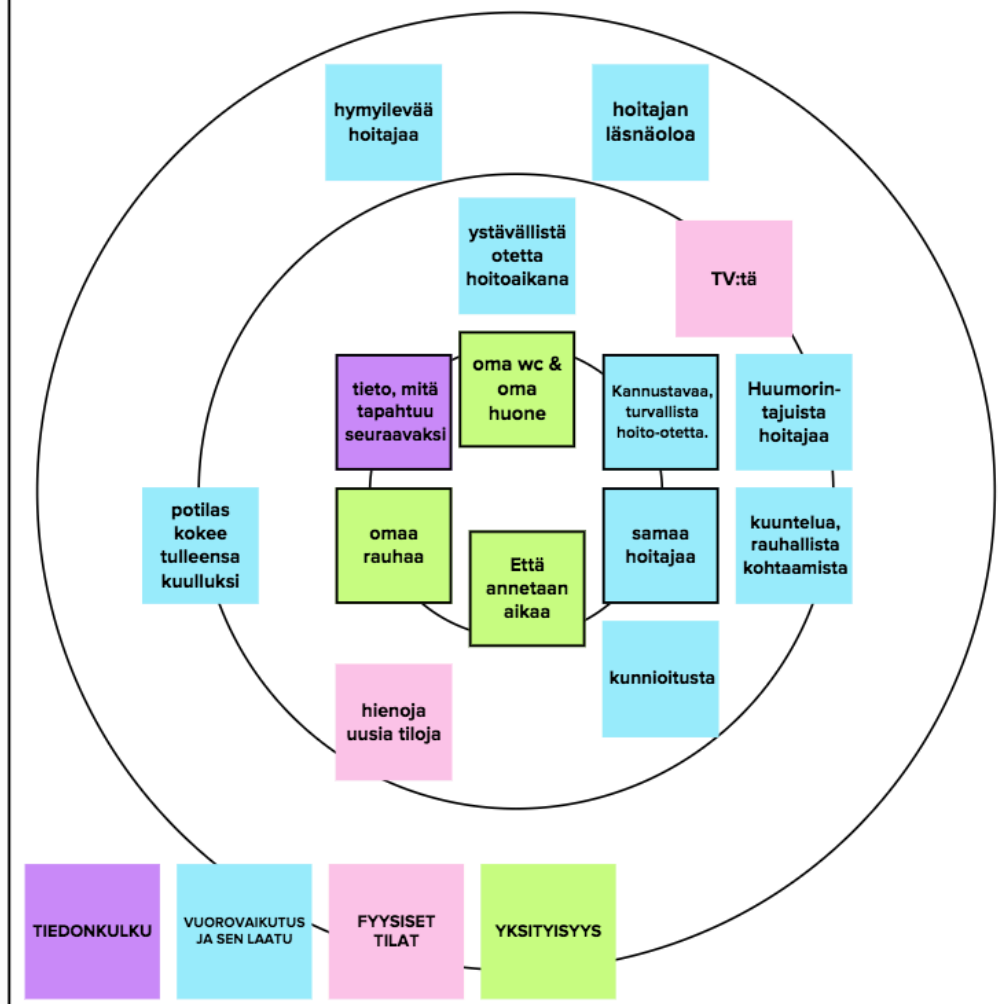
Bullseye tyytymättömyys potilaat



Bullseye - Potilaiden FAQ ?



Bullseye - Mitä potilaat arvostavat?



Bullseye - Mitä omaiset arvostavat?

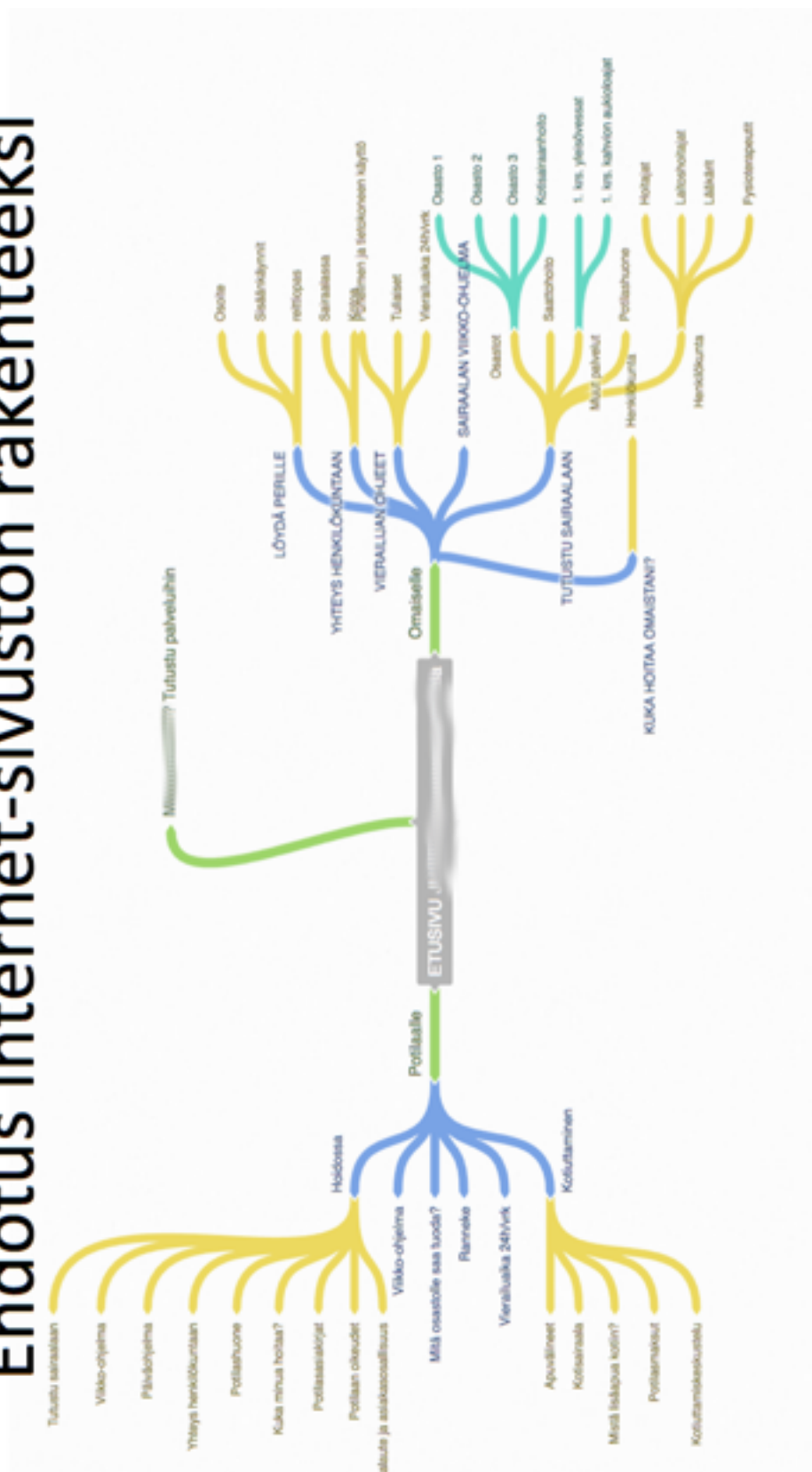


Bullseye - mikä vie aikaa potilasty...



Liite 10: Ehdotus internetsivuston rakenteeksi

Ehdotus internet-sivuston rakenteeksi



Liite 11: Tutkimuslupa

	Johtajalääkäri Yleinen päätös	Ote viranhaltijapäätöksestä 30.10.2017	1 (3) § 4
---	----------------------------------	--	--------------

JARDno-2017-1593

Tutkimuslupapäätös: Potilaiden ja omaisten asiakaskokemus ja asiakaspolku terveyskeskussairaalassa - Responsiivinen internetsivusto osana asiakaskokemuksen kehittämistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan ja omaisen kokemusta hoitokäytännöistä terveyskeskussairaalassa. Lisäksi selvitetään, minkälaisesta internetsivuilta löytyvästä tiedosta olisi potilaalle ja omaiselle apua ja hyötyä. Kyseessä on haastattelututkimus. Tulosten pohjalta suunnitellaan potilaita ja omaisia palvelevaa internetsivustoa.

Pyrkimyksenä on asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiskehittäminen ja asiakasosallisuus eli asiakkaiden aktiivinen osallistuminen palveluiden suunnitteluun, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin.

Opinnäytetyö on laadullinen tapaustutkimus, jossa kartoitetaan potilaan ja omaisen asiakaskokemusta terveyskeskussairaalassa järvenpään uudessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Teoreettisen viitekehyksen muodostavat palvelukeskeinen liiketoiminta-toimintalogiikka, päätöksenteon ilmiöt ja palvelumuotoilu.

Tutkimuksen toteuttaa KM Virve Valkiala ja tutkimuksen vastaava ohjaaja on PhD, yliopettaja Leena Alakoski/Laurea ammattikorkeakoulu

Päätöksen peruste

Sosiaali- ja terveyspalvelut-palvelualueen organisaatorakenne ja toimivallan edelleen siirtäminen (SOTE Itk 17.5.2017). Tutkimus tehdään tk-sairaalassa, joten luvan myöntää johtajalääkäri.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Potilaiden ja omaisten asiakaskokemus ja asiakaspolku terveyskeskussairaalassa - Responsiivinen internetsivusto osana asiakaskokemuksen kehittämistä - tutkimushankkeelle. Tutkimuksen tavoite on oleellinen, erityisesti kun ollaan siirtymässä kohti laajempaa valinnanvapautta. Julkisen toimijan on tärkeä arvioida ja kehittää omaa toimintaansa laadun ja potilaskokemuksen osalta.

Varmistetaan, että valmistunut tutkimus toimitetaan joko sähköisenä tai paperiversiona tutkimusluvan myöntäneelle henkilölle.

Tiedoksi