Miia Määttä

KOHTI ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ

Asiakaslähtöisyyden vahvistaminen sairaanhoitajan vastaanotto-toiminnassa

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2019

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

KOHTI ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ Asiakaslähtöisyyden vahvistaminen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnassa

Määttä, Miia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK
Tammikuu 2019
Sivumäärä: 99
Liitteitä: 8

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, sairaanhoitajan vastaanottotoiminta, toimintatutkimus, työkonferenssi

---

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon arvoperusta ja kulmakivi, joka perustuu ihmisarvoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on tuottaa kansalaisille palveluja, jotka edistävät terveyttä ja toimintakykyä. Palvelujen kehittämisessä tulee ottaa siis huomioon kenelle palveluja kehitettään. Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen edellyttää, että asiakkaat otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviontiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessakin asiakaslähtöisyyden lisääminen on yksi keskeinen tavoite. Sairaanhoitajan vastaanottotoiminta koostuu erilaisista toiminnoista. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan vastaanottotyössä asiakaslähtöisyys on yksi osaamistarpeista, sillä ammattilaisen rooli painottuu enemmän asiakkaan palvelutarpeiden ja hoidon suunnittelun ja toteutumisen arvioimiseen.

Toimintatutkimuksena toteutetussa kehittämistyössä tarkoituksena oli luoda asiakaslähtöisemmän vastaanottotoiminnan malli. Tavoitteena oli luoda sairaanhoitajan vastaanottotoimintaan toimintamalli, jossa nostetaan asiakkaan tarve keskiöön ja lisätään asiakkaan osallisuutta vastaanottotoiminnan kehittämisessä. Tavoitteena oli kehittää toimintaa niin, että asiakkaan prosessit ovat sujuvia.

Toimintatutkimus eteni sykleissä. Ensin kartoitettiin asiakaslähtöisyyden nykytila sairaanhoitajan vastaanotolla haastattelemalla kaikki vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat. Asiakaslähtöistä toimintamallia kehitettiin kahdessa työkonferenssi-iltapäivässä. Työkonferensseihin osallistui sairaanhoitajia (N=4) ja organisaation johtoa (N=4) ja palveluja käyttäviä asiakkaita (N=4).

Uudessa toimintamallissa keskeisiksi asioiksi tulivat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden hoitoprosessin selkiyttäminen ja asiakkaiden osallistaminen palvelun suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Sekä puhelinpalvelun parantaminen koko organisaatiossa. Jatkossa kehittämistyötä tulisi kohdistaa koko vastaanottotoiminnan ja kiirevastaanoton toiminnan kehittämiseen niin, että se vastaisi asiakkaan tarvetta ja olisi sujuvaa kaikilta osin.

TOWARDS CUSTOMER-ORIENTED APPROACH – STRENGTHENING CUSTOMER ORIENTATION AT NURSE-LED CLINICS

Määttä, Miia
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in in Health Promotion
January 2019
Number of pages: 99
Appendices: 8

Keywords: customer orientation, nurse-led clinic activities, action research, work conference

---

In social and health care a customer-oriented approach is a basis for values and a cornerstone based on human dignity. The responsibility of social and health care is to provide the citizens services, which promote health and functional ability. Thus, when developing services, it needs to be considered to whom the services are developed. Customer-oriented development of services requires that customers are included in the design, implementation and evaluation of services. Increasing customer orientation is a central goal also in the restructuring of social and health care services. Nurse-led clinic activities consist of different operations. In the future, customer orientation is one of the competence needs at nurse-led clinic work because the role of the professional is emphasized more on the care and service needs of the customer, and the evaluation of the realization.

In the development work carried out as action research, the aim was to create a more customer-oriented model for clinic work. The goal was to establish an operations model for nurse-led clinic work where the customer´s need is placed at the centre and the customer´s involvement in the development of clinic activities is increased. The objective was to enhance the activities in order to have fluent customer processes.

The action research proceeded in cycles. First, the present state of customer orientation at nurse-led clinics was surveyed by interviewing the nurses that run nurse-led clinics. Customer-oriented operations model was developed during two work conference afternoons. Work conferences were attended by nurses (N=4), organization management (N=4) and customers using the services (N=4).

The key points in the new operations model were clarification of the customer nursing process for customers often using social and health care services and customer inclusion in the design, implementation and evaluation of service as well improving telephone services in the whole organization. In future, development work should be focused on developing the whole clinic work and emergency reception work to meet the customer´s needs and to be fully fluent from all angles.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO ... 6
2 ASIAKASLÄHTÖISYYS TERVEYDENHUOLLOSSA ... 7
2.1 Asiakaslähtöisyys arvona päätöksenteossa ... 14
2.2 Asiakaslähtöisen toiminnan osa-alueet ... 15
2.3 Aikaisempia tutkimuksia asiakaslähtöisyydestä ... 18
2.3.1 Gerteisin seitsemän dimensiota ... 22
3 SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINTA ... 27
4 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ ... 32
5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE ... 34
6 TOIMINTATUTKIMUS JA SIINÄ KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT ... 35
6.1 Asiakaslähtöisyyden nykytilan kartoitus sairaanhoitajan vastaanottotoiminnassa ... 39
6.1.1 Haastateltavien valinta ... 41
6.1.2 Aineiston analyysi ... 42
6.2 Asiakaslähtöisen vastaanottotoimintamallin laatiminen ... 44
6.3 Asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin jalkauttamissuunnitelman tekeminen ... 49
6.4 Asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan arviointisuunnitelman tekeminen. ... 51
7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET ... 53
7.1 Sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan asiakaslähtöisyyden nykytila ... 53
7.2 Asiakaslähtöisyyttä vahvistava sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan malli 60
7.3 Asiakaslähtöisyyttä vahvistavan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin jalkauttaminen ... 69
7.4 Asiakaslähtöisyyttä vahvistavan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin arviointisuunnitelma ... 71
8 POHDINTA ... 74
8.1 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusaiheet ... 74
8.2 Menetelmän käytön ja tutkimusprosessin pohdinta ... 81
8.3 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja hyödynnettävyys ... 85
LÄHTEET ... 91
LIITTEET
Liite 1: Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

Liite 2: Palvelukokemusmittauslomake

Liite 3: Haastatteluiden teemat

Liite 4: Haastateltavien suostumuslomake

Liite 5: Facebook teksti

Liite 6: Demokraattisen dialogin säännöt

1 JOHDANTO

Asiakaslähtöisyyden lisääminen on Juha Sipilän hallituksen yksi Hyvinvointi- ja terveys osa-alueen kärkihakkeista. Asiakaslähtöisyys on lisäksi yksi Ikaalisten kaupungin arvoista. Asiakaslähtöisyyttä on määritelty monella tapaa. Se rinnastetaan asiakaskeskeisyyteen, potilaslähtöisyyteen, potilaskeskeisyyteen ja ihmislähtöisyyteen. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että toiminnan lähtökohtana on asiakkaan tarve. Tarpeet heijastavat asiakkaan arvomaailmaa ja ne ovat sidoksissa yhteiskunnan arvoperustaan. Tarpeet voivat olla luonteeltaan sosiaalisia, fyysisiä, psyykkisiä, taloudellisia tai kognitiivisia. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2012, 21-23). Asiakaslähtöisyyttä luodaan ja määritellään sosiaali- ja terveydenhuollossa edelleen organisaatiolähtöisesti. Organisaatiot kehittävät malleja, systeemejä ja järjestelmää, kun asiakkaan näkökulmasta se tarkoittaisi palvelun vastaamista yksilölliseen tarpeeseen ja palvelusta saatua kokemusta. (Virtanen, 2011, 11.)

Tämä toimintatutkimuksellinen kehittämistyö tehdään Ikaalisten kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen sairaanhoitaja vastaanoton kehittämiseksi. Kehittämistyön tarkoitus on tuottaa malli, joka lisää asiakaslähtöisyyttä sairaanhoitajan vastaanotolla. Tavoitteena on nostaa asiakkaan tarve sairaanhoitajan vastaanottotyössä keskiöön sekä lisätä asiakkaan osallisuutta koko vastaanottotoiminnan kehittämisessä. Kehittämisen toivotaan sujuvoittavan asiakkaiden saamaa palvelua ja koko palvelun prosessia.

Opinnäytetyö on kehittämistyö, jossa käytetään toimintatutkimuksellista menetelmää. Toimintatutkimus edellyttää siihen osallistuvien toimijoiden täyttä osallistumista ja se koostuu sykleistä. Kehittämistyön aineistonkeruumenetelmät ovat teemahaastattelu ja työkonferenssi. Työkonferenssi perustuu dialogisuuteen ja siinä osallistujilla on mahdollisuus oppia miten palvelua, koko organisaatiota tai työyhteisöä voidaan kehittää ja arvioida. (Syvänen 2004, 90.) Toimintatutkimus valittiin menetelmäksi työn tarkoituksen vuoksi. Jotta saadaan laadittua sairaanhoitajan vastaanottotyöhön toimintamalli edellyttää se asiakaslähtöisyyden nykytilan kartoittamista, jotta tiedetään mitä ollaan kehittämässä. Työkonferenssia käyttämällä kehittämistyöhön saadaan mukaan palvelun käyttäjät, asiakkaat, jolloin voidaan asiakaslähtöisyyttä kehittää asiakkaiden tarpeista käsin.

2 ASIAKASLÄHTÖISYYS TERVEYDENHUOLLOSSA

Yleisen suomalaisen asiasanaston (YSA) mukaan termiin asiakaslähtöisyys ohjaava termi on asiakaskeskeisyys. Asiakaslähtöisyys termiin läheisesti liittyviä termejä ovat potilaslähtöisyys, asiakaspalvelu ja käyttäjälähtöisyys. Asiakaslähtöisyys kuuluu terminä ryhmään taloustieteet, liiketalous, kauppa ja kansantalous. (Yleinen suomalainen asiasanasto www-sivu) Kansainvälissä tietokantahauissa potilaskeskeisyys on käsite, jolla löytyy terveydenhuoltoalaa koskevia tutkimuksia.

Tässä työssä asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys ymmärretään synonyymeiksi keskenään. Kumpaakin käsitettä käytetään suomalaisissa tutkimuksissa. Molempien käsitteiden määrittely sisältää samoja elementtejä sisältäen sävyeroja. Asiakaskeskeisyys on arvoperusteisen terveyspalvelujärjestelmän keskeinen periaate, se on myös hoitamisen periaate, hoitamiseen liittyvä lähestymistapa, tapa toteuttaa palvelua ja hoitoa, hoidon kokonaisprosessi, hoidon laadun indikaattori sekä keskeinen potilasturvallisuuden ja laadun pätevyystekijä. (Suhonen & Stolt 2017, 25.) Asiakaslähtöisyyttä voidaan määritellä monella tavalla, sillä voidaan tarkoittaa toimintamallia, jossa asiakkaan tarpeet ja asiakkaalle koituva hyöty ovat toimintaa ohjaavia tekijöitä. Termiin voidaan liittää myös asiakkaan houkuttelu ja asiakassuhteen luominen. Haasteena on asiakkaan osallistaminen, miten saadaan tietoa, jotta palvelua voidaan kehittää asiakkaan tarpeita tyydyttäväksi. Asiakaslähtöisyyttä on asioinnin helppous, palveluiden löytyminen ja palvelun saaminen. (Rantanen 2013, 14- 15.; Laaksonen & Ollila 2017, 44.)

Asiakaslähtöisyys nähdään sosiaali- ja terveydenhuollossa toiminnan arvoperustana, jolloin asiakas kohdataan aina ihmisenä. Asiakaslähtöisyydessä on keskeistä, että palvelua järjestään asiakkaan tarpeista lähtöisin mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöinen palvelutoiminta lähtee asiakkaan kysymyksistä. Toiminta edellyttää vastavuoroista vuorovaikutusta ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää. Palvelun tarjoajan ja asiakkaan välisen yhteisymmärryksen edellytys on hoidon jatkuvuus, joka sisältyy asiakaslähtöiseen toimintaan. (Virtanen, Suoheimo, Lammimäki, Ahonen & Suokas ym. 2011, 18.)

Avainterminä asiakaslähtöisyys on normatiivinen ja moraalisesti latautunut. Asiakaslähtöisyyttä on esim. virkamiesten ja ammattilaisten edesauttama valinnanvapaus, osallistaminen päätöksentekoon, kansalaisen mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja palveluiden kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys sisältää asiakkaan näkemyksiä palvelun arvioinnista ja hyödyntämisestä esim. ammattilaisten koulutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tulee katsoa tilannetta asiakkaan silmin, tällöin on olennaista asiakkaan arvojen kunnioittaminen ja pyrkimys yhteistyösuhteeseen. (Raitakari, Juhila, Günter, Kulmala & Saario 2012, 53.) Asiakaskeskeisyyden termi tarkoittaa auttamistyössä eri asiaa kuin yrityselämässä. Hyvän asiakaspalvelun onnistumista ei julkisesti rahoitetussa auttamistyössä voi arvioida kysynnän kasvun perusteella vaan palvelun tarpeen väheneminen, jonojen lyheneminen, odotusaikojen lyheneminen voi kuvastaa onnistumista. (Mönkkönen 2018, 18.)

Asiakaskeskeisyyden omaksuminen toiminta-ajatukseksi organisaatiossa on sisällöllinen asia, ei niinkään palvelujärjestelmää koskeva asia. Asiakaskeskeisyyden kehittämisen ottaminen toiminnan lähtökohdaksi vaatii arvoperustan, lähestymistavan ja ammattilaisten taitojen hyödyntämistä uudella tavalla. (Suhonen & Stolt 2017, 28.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on edistää kansalaisten terveyttä ja toimintakykyä sekä tuottaa niitä tukevia palveluja. Näin ollen palveluja kehitettäessä tulee ottaa huomioon, kenelle palveluja kehitetään. Tällöin tulee kiinnittää huomio asiakas- ja ihmislähtöisyyteen, palvelujen laatuun sekä palvelujen integrointiin niin että, kansalaiset ovat yhdenvertaisia palvelujen suhteen. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 36.) Asiakaslähtöisyys tarkoittaa myös sitä, että palvelut ja hoito ovat potilaan ja asiakkaan tarpeita vastaavia, helppokäyttöisiä, lähellä olevia ja kestävää palvelu- ja hoitosuhdetta tukevia. Asiakaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa sitä, että potilaan tai asiakkaan omaa roolia omassa hoidossaan kasvatetaan siten, että potilas tai asiakas päättää itse enemmän omista asioistaan. Tai sitä, että potilaan tai asiakkaan tarpeet otetaan hoidon lähtökohdaksi, mutta ammattilaiset ottavat kuitenkin laaja-alaisen kartoittamisvastuun asiakkaan tarpeista. Asiakaslähtöisyyden määritteleminen on tärkeää, koska sosiaali- ja terveydenhuollossa on vallinnut historiallisesti erilaiset asiakaskäsitykset. (Kangasniemi ym. 2017, 23-24.)

Asiakaskeskeisyys on sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeinen kulmakivi. Palvelujärjestelmän muuttaminen järjestelmäkeskeisestä toimintatavasta asiakaskeskeiseksi on linjattu poliittisesti ja strategisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksessa on keskeiseksi tavoitteeksi asetettu asiakaskeskeisyyden lisääminen. Palvelurakenneuudistuksen tavoitteena on tuottaa asiakaslähtöiset ja asiakkaan omatoimisuutta tukevat toimintaprosessit sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Jotta tähän tavoitteeseen voidaan päästä, tarvitaan kansalaisten aktiivisuutta ja osallistumista palveluprosessien kehittämiseen. Hallitusohjelman mukaan asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys tarkoittavat sitä, että palvelujärjestelmässä olisi helppo asioida ja palvelut olisivat asiakkaan tavoitettavissa ja asiakkaalle sopivia. (Suhonen & Stolt 2017, 22) Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisyydelle voidaan nähdä neljä ulottuvuutta. Se on toiminnan arvoperusta, joka perustuu ihmisarvoon. Toiminta organisoidaan asiakkaan tarpeista käsin, tällöin palvelun tuottajalta edellytetään asiakasymmärrystä. Asiakas on aktiivinen toimija. Asiakkaan asiantuntemus omasta elämästään tekee hänestä tasavertaisen toimijan palveluprosessissa. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 19.)

Asiakaskeskeisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan käsitellä organisaation, potilas/asiakasryhmän tai yksilön näkökulmasta. Organisaatiotasolla tämä tarkoittaa sitä, että palvelujärjestelmän toiminnan ja suunnittelun lähtökohtana on asiakkaan hoitopolku organisaatiossa. Asiakasryhmäkohtainen näkökulma tarkoittaa sitä, että tietyn asiakas – tai potilasryhmä ongelmaa tarkastellaan terveysongelmalähtöisesti. Kun tarkastelu näkökulmaksi otetaan yksilö se tarkoittaa sitä, että kukin palvelun käyttäjä arvio asiakaskeskeisyyttä ja toteutunutta hoitoa omalta kohdaltaan. Tällöin arvio perustuu yksilön havaintoihin, kokemuksiin ja tilanteeseen. (Suhonen & Stolt 2017, 26-27.) Jos halutaan toimia asiakaslähtöisesti pitää vahvistaa asiakkaan tarpeita huomioivia rakenteita. Silloin on kiinnitettävä huomiota palvelujen sijaintiin, palveluketjuun ja aukioloaikaan. Liian pitkät jonotusajat, huono tavoitettavuus ja ajanvaraus ovat usein julkisen terveydenhuollon ongelmia. Myös terveyskeskuskäyntien rakenne ja tarpeellisuus nähdään ongelmina. (Vakkuri, Kivimäki, Mänttäri & Kork 2012, 162, 165.)

Asiakaslähtöisyys korostaa asiakkaan etua, joustavia toimintamalleja, uusien ideoiden oivaltamista sekä luovuutta. Organisaatio, joka toimii asiakaslähtöisesti käytännössä, saa osakseen asiakkaiden jatkuvaa mielenkiintoa. Sinne missä palvellaan ja otetaan

huomioon asiakkaan tarpeet, odotukset ja toiveet, halutaan tulla myös uudelleen. Asiakaslähtöinen palveluorganisaatio osoittaa arvostusta henkilöstöä kohtaan ja pitää siitä myös hyvää huolta. (Laaksonen & Ollila 2017, 44.)

Asiakkaiden mielestä palvelujen asiakaslähtöisyydessä on usein kysymys ”pienestä inhimillisyydestä”. Se ilmenee asiakkaan arvostamisena ja huomioimisena ja asenteena palveluntarjoajassa. ”Pienen inhimillisyyden merkitys” asiakkaalle tarkoitti hänen kohtaamistaan ihmisenä. Aito kiinnostus ja välittäminen koettiin tärkeämmäksi kuin sujuva palveluprosessi. Asiakaslähtöisten palveluiden tulisi olla helposti lähestyttäviä ja saatavilla. Tällä tarkoitettiin myös palveluntarjoajan asennetta. Palveluiden joustavuus ja vähäinenkin sovittelu asiakkaan tarpeisiin koettiin palveluiden vastaamisena juuri hänen tarpeisiinsa. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 21.) Parhaiten asiakaslähtöisyyden asiakkaat ovat kokeneet sellaisissa palveluissa, joissa heillä oli mahdollisuus osallistua hoidon tai palvelun toteuttamiseen tasavertaisina kumppaneina esimerkiksi itsehoidon kautta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 20.)

Asiakaslähtöisyyden periaatteet voidaan nähdä osana palvelukäytäntöjä ja -prosesseja. Asiakkaaksi tulemisen prosessi edellyttää palveluihin hakeutuvalta tietoa mihin tarpeeseen hän palvelua hakee ja mitkä ovat hänen oikeutensa ja velvollisuutensa. Asiakkaan osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja tuloksellisuuden arviointiin. Organisaatioiden, jotka palvelua tuottavat tulisi kerätä tietoa asiakkaiden tarpeista ja tarpeissa tapahtuvista muutoksista. Asiakaslähtöinen palvelukulttuuri tulisi näkyä kaikissa käytännöissä ja kohtaamisissa eikä siis jäädä hallinnolliseksi retoriikaksi ja hokemiksi. (Hyväri 2017, 37.)

Terveydenhuollossa palvelujen käyttäjästä käytetään nimitystä potilas. Koska potilaan rooli on passiivisempi kuin asiakkaan, on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen yhteydessä painotettu palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Näin saadaan korostettua palvelujen käyttäjien aktiivista roolia ja keskeistä asemaa hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä palvelujen käyttäjien huomioimista palvelujen kehittämisessä. Asiakas voi sosiaali- ja terveydenhuollossa olla myös palvelujen tilaaja, kuten kotikunta tai maakunta. Asiakaslähtöisyyttä käsitteenä on kritisoitu siksi, ettei se korosta riittävästi palvelujen käyttäjän ja ammattilaisen tasavertaisuutta keskinäisessä vuorovaikutuksessa.

Kuitenkin keskeisintä on, että olipa palvelujen käyttäjä asiakas tai potilas, palvelujen käyttäjän tulee olla keskiössä. Asiakaslähtöisyyden tilalle on esitetty ihmislähtöisyyden käsitettä, tässä kaksi ihmistä kohtaa toisensa tasavertaisina. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 37.)

Historiallisena jatkumona asiakas on nähty pitkään palvelun kohteena, ideologinen muutos alkoi korostaa asiakaskeskeisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä, sitten korostui asiakkaan ymmärtäminen ja asiakkaan oleminen oman elämänsä asiantuntijana. Kehitys on jatkunut asiakkaan kokemustiedon tunnistamiseen ja hyödyntämiseen, kokemusasiantuntijuuteen. Nyt korostetaan asiakkaan osallisuutta omassa ja läheisten palveluprosessissa ja koko palvelujärjestelmässä ja palveluiden kehittäjänä ja niihin vaikuttajana. (Niskala, Kairala & Pohjola 2017. 7-8.) Asiakkuus voidaan nähdä neljästä näkökulmasta. Asiakkaan oikeudellinen näkökulma perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja asiakaslähtöisyys on kirjattu myös muihin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaan laatusuositukseen ja ohjelmaan. Asiakkaalla on myös kansalaisuuden asema, jolloin mahdollistuvat mahdollisuus olla tasavertainen ja aktiivinen osallistuja palvelutapahtumassa sekä osallistua poliittiseen toimintaan, kansalaisfoorumeihin ja muihin vaikuttamisen areenoihin. Asiakkaalla on myös palvelujen käyttäjän rooli. Tässä roolissa on nyt korostettu käyttäjän äänen kuulumista ja kuulluksi tulemista. Kuulluksi tuleminen sisältää ydinajatuksen siitä, että asiakkaan pitää voida sanoa sanansa palveluiden suunnittelussa, toimeenpanossa ja kehittämisessä. Tällä halutaan korostaa julkisin varoin rahoitettujen toimintojen läpinäkyvyyttä ja palvelun käyttäjän roolia koko prosessissa. Neljäs ja viimeinen näkökulma asiakkuuteen palveluiden vastaanottajan, käyttäjän rooli. Asiakaskunta koostuu siis nykyisistä ja tulevista käyttäjistä. (Hyväri 2018, 35-36.)

Asiakaspalautteet ovat tavallisin tapa kerätä palautetta annetusta palvelusta. Asiakaspalaute ei kuitenkaan yksin riitä, sillä palautteen kautta ei aina tavoiteta asiakaskokemuksen ydintä, miksi palvelu koettiin huonoksi tai hyväksi. Myös palvelun käyttäjän ajatukset palvelun parantamisesta tai kehittämisestä jäävät usein saamatta. (THL - www-sivut.) Palvelujen käyttäjän näkökulma on keskeisin. Asiakkaan aktiivisuuden ja osallisuuden tukeminen niin hoidon ja palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa että arvioinnissa ovat olennaisia. (Suhonen & Stolt 2017, 28.) Asiakaskyselyt ja asiakaspalautteet on omaksuttu myös julkisella sektorilla. Nämä eivät riitä asiakkuusprosessin

parantamiseen. Asiakkaiden ja kuntalaisten toimiminen kehittämistyön toimijoina tarkoittaa heidän osallistumistaan dialogifoorumeihin. Näin toteutuu asiakas- ja piendemokratia konkreettisesti. (Kalliola & Nakari 2004, 198.)

Kun kansalaisten hyvinvointia edistävää palvelua tuotetaan julkisilla varoilla, voidaan ajatella, että palvelujen kehittäminen on myös kansalaisten velvollisuus. Kun palvelujen kehittäminen ajatellaan kansalaisten velvollisuutena pitää käyttäjille varata osallistumismahdollisuus. Kun kehittäminen on palvelun tuottajan ja käyttäjän yhteinen kohde, palvelun käyttäjän rooli vahvistuu passiivisesta aktiiviseksi kansalaiseksi. Näin käyttäjä toteuttaa oikeuttaan ja velvollisuuttaan palvelutoiminnan kehittämiseen. (Harra, Sipari & Mäkinen 2017, 150.) Asiakasosallisuuden keinoja ovat asiakasraadit, palvelumuotoilu, osallistava arviointi, kehittäjäasiakastoiminta ja kokemusasiantuntijatoiminta. Asiakasosallisuuden tavoitteet ovat hoidon ja palvelun parempi toimivuus, oikea-aikaisuus ja asiakkaan tarpeisiin vastaaminen. Asiakasosallisuudella tavoitellaan hyötyä niin asiakkaan, soteammattilaisen, palvelujen tuottajan ja -järjestäjän kannalta. Asiakas hyötyy niin, että palveluun pääsy helpottuu, luukuttaminen vähenee, ymmärrys, vastuunotto ja sitoutuminen lisääntyvät. Terveydentila paranee. Osallisuuden kokemuksen myötä itsetunto ja elämänhallinta paranevat. Hoidontarve ja palveluriippuvuus vähentyvät. Sote-ammattilaisen kannalta asiakasosallisuus parantaa hoitotuloksia ja hoidon vaikuttavuutta. Ymmärrys asiakkaan tilanteesta paranee. Vuorovaikutus paranee. Työaikaa säästyy, työn mielekkyys ja työhyvinvointi kasvaa. Palveluiden tuottajan kannalta asiakasosallisuus parantaa palveluketjun toimivuutta, tarpeettomia palveluja voidaan karsia. Asiakasymmärrys paranee. Innovaatioiden kehittäminen paranee. Palvelun järjestäjän kannalta asiakasosallisuus parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Palveluketjut toimivat, valitukset vähenevät. Palvelujen vaikuttavuus paranee, resurssit riittävät paremmin ja lakisääteiset velvoitteet täyttyvät. (Linnanmäki 2017.)

Valmisteilla oleva Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos tuo tarpeen arvioida työnjakoa sotekeskuksissa uudelleen, koska työnjako on ollut ammattiryhmä ja tarvekeskeistä. Nykyisessä järjestelmässä hierarkia ja ammattilaisten työnjaon rajat näyttävät menevän asiakkaan tarpeiden edelle. Ne pirstaloivat ja hidastavat asiakasprosesseja ja aiheuttavat päällekkäistä työtä. Asiakaslähtöinen hoito – ja palvelukokonaisuus edellyttää sitä, että ammattilaisten työtehtävien sisällöt ovat kohdennettuja ja

ne muodostavat toiminnallisen ja sisällöllisen kokonaisuuden. (Kangasniemi ym. 2017, 7, 19.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksella on tavoitteena kaventaa hyvinvointi – ja terveyseroja, palvelujen yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen, sekä hillitä kustannuksia yhdistämällä sosiaali- ja terveyspalvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 42). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tavoitteena on integroida palvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Tämä edellyttää toimivaa, myönteisiin asenteisiin perustuvaa ja turvallista moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. (Tuomela, Heikkilä & Salminen 2017, 38.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ohjaavat toimintaansa niin kirjoitettujen kuin kirjoittamattomien sääntöjen avulla. Esimerkiksi potilaan osallistuminen toiminnan ja palvelujen kehittämiseen katsotaan yhdessä organisaatiossa olevan osa toimintaa ja toisessa organisaatiossa toiminnan ja palvelujen kehittäminen on ainoastaan ammattilaisen vastuulla. (Korhonen ym. 2018, 32).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen on tapahtunut paljolti ammattilaisten toimesta ja perustuen heidän näkemyksiinsä. Palvelujen käyttäjät eivät ole aina tulleet riittävästi kuulluksi terveyttään ja hoitoaan koskevissa asioissa. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 36.) Asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi palvelujen käyttäjät pitää ottaa mukaan palvelujen suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen ja kehittämiseen (Suhonen & Stolt 2017, 29). Asiakkaiden osallisuutta palveluissa halutaan parantaa. Asiakkaiden osaamista tarvitaan palvelujen suunnittelussa, muotoilussa ja palvelujen toimivuuden arvioinnissa. (Niskala, Kairala &Pohjola 2017, 8.; Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura & Toikko 2015, 231.) Näyttöön perustuvassa toiminnassa on asiakaslähtöisyys keskeisessä asemassa. Palvelujen kehittämisessä tulee hyödyntää tutkimusnäyttöä vaikuttavista ja kustannustehokkaista palveluista, sekä palvelujen käyttäjien palautetta palvelusta ja hoidosta. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 39.)

2.1 Asiakaslähtöisyys arvona päätöksenteossa

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon arvoperusta. Arvoperustan mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena. Asiakaslähtöinen palvelutoiminta tulisi alkaa asiakkaasta, asiakkaan ongelmista ja kysymyksistä ollen vastavuoroista. Tämä edellyttää palveluntarjoajalta vuorovaikutusta ja asiakasymmärrystä. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18.)

Asiakaslähtöisyys on yksi Ikaalisten kaupungin arvoista. "Asiakaslähtöisyys tarkoittaa meille sitä, että tuotamme palveluja osallistamalla niiden käyttäjiä. Teemme työtä paitsi palvelujen tuottamiseksi, myös sen selvittämiseksi mitä kuntalaiset haluavat. Teemme asioita oikein, mutta ennen kaikkea oikeita asioita" Muita Ikaalisten kaupungin arvoja ovat avoimuus, joka on oleellinen osa kehittämistä. "Toiminta kehittyy vain palautteen kautta ja sitä osaavat antaa vain sellaiset kuntalaiset, jotka tietävät mitä tehdään ja miksi. Avoimuus tuo mukanaan tietoisuuden resurssien rajallisuudesta ja kyvyn asettaa kritiikki oikeisiin mittasuhteisiinsa." Kolmantena arvona on yritysmyönteisyys, joka on elinvoiman edellytys. (Ikaalisten kaupungin www.sivut 2018, Strategiatalo.)

Asiakaslähtöisyys on myös Juha Sipilän hallituksen Hyvinvointi ja Terveys osa-alueen kärkihankkeista. Tarkoituksena kärkihankkeissa on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseja niin, että asiakas asettuu keskiöön, arvioida asumisperusteista sosiaaliturvan tarkoituksenmukaista kohdentumista sekä perustulokokeilu. (Valtionvarainministeriön www-sivut; Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut.) Osahankkeessa on kehitetty asiakasosallisuutta lisäävä toimintamalli. Tässä toimintamallissa otettaan asiakas mukaan toimintojen suunnitteluun, tuottamiseen ja kehittämiseen. Mallin tavoitteena on tehostaa palvelujen kohdentumista oikeaan aikaan ja vastata väestön palveluntarpeeseen sekä lisätä palvelun tuottajan ymmärrystä väestön palvelutarpeesta. (Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen & Sainio 2018, 17.) Toimintamallissa on määritetty mm. osallisuuden muotoja ja asiakkaan roolia sote-palvelutilanteessa (Sihvo ym. 2018, 41). Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan käsite ja siitä johdettu asiakaslähtöisuus viittaavat instituutionaaliseen suhteeseen. Henkilöstä tulee asiakas, kun hänestä tulee osapuoli sosiaali- ja terveysalan hoito-, palvelu tai auttamistyössä. Asiakaslähtöisyys ymmärrettynä suhdekäsitteenä perustuu siihen, että

asiakas -ammattilais- vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja saavat asioita aikaan. Kyseessä on ikään kuin neuvottelusuhteesta. (Raitakari, Juhila, Günter, Kulmala & Saario 2012 ,54-55.) Laaja poliittinen näkemys on siitä, että palvelujärjestelmän rakennemuutoksen tulee perustua asiakkaiden osallistumiseen ja asiakaslähtöisyyteen. Rakennemuutosta perustellaan tarpeella tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluita entistä tehokkaammin niukemmilla resursseilla ja toisaalta sodanjälkeinen hyvinvointivaltio ei pysty enää vastaamaan kansalaisten odotuksiin. (Raitakari ym. 2012, 47.)

2.2 Asiakaslähtöisen toiminnan osa-alueet

Asiakkaan palveluymmärryksellä tarkoitetaan tilannetta, jossa asiakkaalla on tieto palvelusta ja omasta asemastaan palvelun käyttäjänä. Asiakkaalle hyvän palvelukokemuksen tuottaminen tarkoittaa sitä, että asiakkaan odotukset ja palveluntuottajan toiminnan edellytykset ja resurssit eivät ole ristiriidassa keskenään. Sosiaali- ja terveydenhuollossa se voi tarkoitta sitä, että sellaista palvelua, josta asiakas ei saa hyötyä, ei kannata tuottaa. Asiakkaan palveluymmärryksen lisäämisessä asiakkaan asenteilla on myös merkitystä. Esimerkiksi mielikuvilla ja kokemuksilla on suuri rooli asenteiden rakentumisessa. Asiakkaan tietoisuuden lisäämisessä viestinnällä on merkitystä. Tällä tarkoitetaan asiakkaan roolia, kokemuksia ja odotuksia palvelutapahtumassa. Asiakkaalle pitää viestiä, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa palveluun ja miten sitten toimitaan, jos asiakkaan mielestä yhteistyö ei suju. Osa tätä viestintää on myös organisaation asiakkuusperiaatteista viestiminen. Palvelun käyttäjän tulee tietää, miten palveluntarjoaja suhtautuu asiakkuuteen. Tämä edellyttää organisaatiossa asiakkuusperiaatteiden nostamista toiminnan järjestämisen arvoksi ja edellytykseksi. Tällä voidaan edistää myös organisaation palvelukulttuurin muuttumista asiakaslähtöisemmäksi. Palvelukulttuurin muutoksesta tiedottaminen julkisesti voi muuttaa asiakkaiden asenteita palvelua kohtaan sekä helpottaa henkilökunnan työtä yhdenmukaistamalla palvelua. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 24, 26, 27.)

Asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan edellyttää vuorovaikutusta. Asiakaslähtöisyys palvelutapahtumassa tarkoittaa sitä, että asiakas on vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa ammattilaisen kanssa, tästä kohtaamisesta syntyy asiakkaan näkökulmasta vaikuttavuuden kokemus. Asiakaslähtöisyys siis tuotetaan jokaisessa kohtaamisessa uudelleen. Vuorovaikutustilanteeseen ja kohtaamiseen vaikuttavat asenteet, jotka ovat muodostuneet aiemmista kokemuksista, mielikuvista ja asenteista. Asiakkaan näkökulmasta on oleellista, syntyykö asiakkaalle vuorovaikutuksessa se kokemus ja varmuus, että häntä autetaan ja hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta kohtaamisissa pitää varmistua, että niissä on tilaa ja aikaa kuulla asiakkaan tarpeet ja kuulla ne ilman ennakkoasennetta, kiirettä ja valmista hoitomallia. Yhteisymmärrys on asiakaslähtöisen toiminnan päämäärä. Vastuu toiminnasta on tällöin niin asiakkaalla kuin hoitavalla tahollakin. (Virtanen Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas ym. 2011, 30-32.)

Asiakkaan rooli palvelujen kehittämisessä voi olla kahdenlainen. Palvelun kehittäjä kerää käyttäjiltä ideoita ja odotuksia palvelujen kehittämiseksi. Toisessa tavassa kehittäjä havainnoi ja haastattelee käyttäjiä heidän omassa ympäristössään. On kuitenkin todettu, että näiden kahden muodon yhdistelmä on tehokkain. Siinä käyttäjien ja kehittäjien erilaista tietoa yhdistetään tuomalla mukaan vuorovaikutuksellisuus palvelujen kehittämisessä. Tässä voidaan erottaa asiakaslähtöinen ja asiakaskeskeinen kehittäminen. Asiakaskeskeisessä kehittämistavassa aloite kehittämisestä tulee usein muualta kuin asiakkaalta. Asiakkaan tarve kyllä ohjaa kehittämistä, asiakasta kuullaan suunnitteluvaiheessa mutta hän ei voi vaikuttaa palvelun toteuttamiseen. Asiakaslähtöisessä kehittämistavassa aloite kehittämisetä voi tulla asiakkaalta. Suunnittelu voidaan aloittaa puhtaalta pöydältä ja asiakkaat ovat mukana suunnittelemassa palvelun toteuttamistapaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäjät voisivat olla edustajia eri asiakasryhmistä, potilasjärjestöistä ja yhdistyksistä. Heidän osallistumisensa kehittämiseen on tuottanut innovatiivisia ratkaisuja. Myös yhteisön edustaminen kehittämisessä on todettu tuovan kehittämiseen osallistumiseen pitkäjänteisyyttä. Asiakaslähtöisyys mahdollistaa asiakkaan toimijuuden lisäksi myös eri asiakasryhmien tarpeiden huomioimisen. Palvelun saatavuus eri vuorokauden aikoina haastaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Tähän voidaan osittain vastata sähköisillä palveluilla. Palveluiden kehittämisessä on tärkeää huomioida joustavuus ja yksilöllisyys. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 36, 37, 39.)

Asiakasymmärrys organisaation palvelutuotannon ohjaajana. Asiakasymmärryksellä tarkoitetaan nykyisiä ja tulevia asiakkaita koskevaa tietoa, jonka perusteella voidaan kehittää toimintaa. Asiakasymmärrystä varten tarvitaan tietoa. Tietoa saadaan asiakkaalta itseltään mutta sen lisäksi tarvitaan tietoa asiakkaista, näitä ovat esimerkiksi väestötiedot ja ennusteet. Tarvittavaa tietoa ovat perustiedot; henkilötiedot, potilasdata, reklamaatiot. Informaatio; asiakkuustieto, käyttöhistoria. Tietämys; henkilöstöltä saatu asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa syntynyt asiakkuustieto. Ennustetieto; ennakointi, tulevaisuuden tutkimus, ennusteet. Yleensä asiakkaalta kerätään tietoa palautekyselyillä tai palautekyselyillä. Yksi tiedonkeruu menetelmä on myös asiakkaan henkilöstölle ilmaisema tieto. Oleellista ei ole vain tiedon kerääminen vaan myös sen hyödyntäminen, analysointi ja jalostaminen. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 41-42, 43.)

Organisaation palvelukulttuurin muuttaminen ja asenteiden muuttaminen. Asiakaslähtöisyys nähdään usein arvona ja arvosta nousevana asenteena. Asiakaslähtöisen organisaatiokulttuurin perusta on organisaation asiakastyötä tekevien ihmisten asiakaslähtöisen toimintatavan sisäistäminen ja arvoperusta. Johtajien asenteella on taas vaikutusta asiakastyötä tekevien ihmisten asenteisiin. Jos johtajat eivät asennoidu asiakaslähtöisyyteen vakavasti jää asiakaslähtöisyyden periaatteet toteutumatta palvelutilanteissa. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 46.)

Johtamisen keinot asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Jotta saadaan rakennettua asiakaslähtöinen toimintamalli, tarvitaan johtamiseen panostamista sekä rajojen ylittämistä. Oleellista sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisessa on se mitä asiakaslähtöinen toiminta on, miten palveluja ennakoidaan, miten kerättyä tietoa hyödynnetään. Asiakaslähtöinen kehittäminen tapahtuu organisaatioissa parhaiten työn organisoinnin ja henkilökunnan asiakaslähtöisyyteen motivoinnin kautta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 50.)

2.3 Aikaisempia tutkimuksia asiakaslähtöisyydestä

Asiakaslähtöisyyttä lähestyttiin tekemällä kirjallisuuskatsaus, jossa haettiin tietokannoista asiakaskeskeisyyttä käsittelevää aineistoa. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin määrittämällä tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat. Tämän jälkeen tehdään kirjallisuushakuja ja valitaan aineisto. Tähän vaiheeseen kuului mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen, näillä varmistetaan, että kirjallisuuskatsaus pysyy suunnitellussa fokuksessa. (Niela-Vilėn & Hamari 2016, 25-26.) Tutkimuksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit kohdistuvat population (P) tutkittavan aiheen kohderyhmä, intervention (I) tutkittava interventio, comparators (C) interventio tai verrokki interventio, outcomes (O) tutkittavan aiheen tulokset ja study design (S) tutkimusasetelmaan. (Taulukko 1.) Ensin tietokantahakujen tuloksia valittiin otsikon perusteella sitten abstraktin perusteella ja lopuksi kokotekstejä tarkastelemalla. Kolmannessa vaiheessa arvioitiin hakuprosessissa valittujen tutkimusten tuottaman tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta. Näiden jälkeen tehtiin aineiston analyysi ja synteesi. Sen tarkoituksena oli järjestää ja tehdä yhteenvetoa hakuprosessissa valittujen tutkimusten tuloksista. Tässä vaiheessa kuvattiin tutkimuksen sisältöä: kirjoittajat, julkaisumaa ja -vuosi, tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruumenetelmät, kohdejoukko ja keskeiset tulokset. Valitut tutkimukset liitteenä. (Liite 1). Analyysin tarkoituksena on etsiä valituista tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, vertailla ja ryhmitellä niitä. Tämän jälkeen muodostettiin looginen kokonaisuus eli synteesi. Näin saatiin tutkimustuloksista yleinen kuva. Viimeisessä vaiheessa raportoitiin tulokset. (Niela-Vilėn & Hamari 2016, 27-34.)

Taulukko 1. PICOS

Tarkastelun kohde	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
P) Kohderyhmä	Terveydenhuollon asiakkaat ja sairaanhoitajat	Lääkärit
I) Interventio	Asiakaslähtöisyys	Mittarin tai toimintamallin testaus.
C) verrokki interventio	nykyinen käytäntö	
O) Tulokset	Mihin asioihin asiakaslähtöisyyden kehittämisellä voidaan vaikuttaa?	
S) Tutkimusasetelma	Kaikki tutkimusasetelmat	

Tietokantahakuja tehtiin Medic, PubMed ja CINAHL tietokannoista. Tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit taulukossa (Taulukko 2). Medic tietokannasta haut tehtiin käyttämällä suomenkielisiä hakusanoja potilaskeskei* OR asiakasläht* AND sairaanhoita*. Mukaanottokriteerinä käytettiin koko teksti saatavilla, asiasanojen synonyymit käytössä ja kaikki kielet sekä tutkimus julkaistu 2010 jälkeen. PubMed tietokannasta haut tehtiin ”patient centeredness OR customer orientation”. Mukaanottokriteerinä tässä vaiheessa oli koko teksti saatavilla, enintään viisi vuotta vanhat ja englannin kieli. CINAHL tietokannoista hakuja tehtiin hakusanoilla ”patient centeredness OR customer orientation AND nurses” Mukaanottokriteerinä koko teksti saatavilla, akateeminen julkaisu ja enintään viisi vuotta vanhat ja englannin kieli.

Taulukko 2. Tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Tietokanta	Mukaanottokriteeri	Poissulkukriteeri
PubMed	Koko teksti saatavilla, alle 5 vuotta vanhat, englanninkieli	Vain abstrakti saatavilla, yli 5 vuotta vanhat, muut kielet
CINAHL	Koko teksti saatavilla, akateeminen julkaisu, alle 5 vuotta vanhat, englannin kieli	Vain abstrakti saatavilla, yli viisi vuotta vanhat, muut kielet
Medic	Koko teksti saatavilla, asiasanojen synonyymit käytössä, kaikki kielet, julkaistu 2010 jälkeen.	Vain abstrakti saatavilla. Vanhemmat kuin 2010 julkaistut.

PubMed tietokannasta saatiin 151 halutulosta. Joista jo otsikon perusteella hylättiin 127. Jatkotarkasteluun pääsi 24 artikkelia. CINAHL tietokannasta saatiin 32 hakutulosta, josta otsikon perusteella hylättiin 26. Jatkotarkasteluun otettiin 7 tutkimusartikkelia. Medic tietokannasta saatiin 28 hakutulosta. Näistä otsikon perustella hylättiin 24. Jatkotarkasteluun pääsi 4. Koska otsikon perusteella hylkäyksiä tuli niin paljon, päätettiin lukea kaikki jäljelle jääneet 35 tutkimusta eikä hylätty abstraktin perusteella yhtään tutkimusartikkelia. Kaikki 35 tutkimusartikkelia taulukoitiin erilliseen tiedostoon, jotta niiden käsittely jatkossa olisi helpompaa. Kaksi PubMed tietokannasta löytynyttä tutkimusartikkelia hylättiin, koska ymmärrys tutkimusten tarkoituksista puuttui. Koko tekstin lukemisen perustella hyväksyttiin PubMed tietokannan hauista viisi tutkimusartikkelia. CINAHL tietokannasta hyväksyttiin lopulta vain yksi ja Medic tietokannasta vain yksi. Yhteensä mukaan valittiin seitsemän tutkimusta. Mukaan valitut tutkimukset ovat liitteenä. (Liite 1).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella potilaskeskeisyys ja potilaskeskeinen hoito terveydenhuollossa näyttäisi liittyvän hoitotyön laatuun ja vaikuttavuuteen. Potilaiden hoitotulokset ja lisäsairauksien ehkäisy parantuivat potilaan hoitoa koordinoivalla hoitokäytännöllä. Hoitokäytännössä potilaalle nimettiin hoitotiimi ja hoito suunniteltiin yhdessä potilaan kanssa niin että hoidon jatkuvuus oli taattu. (Shi, Lee, Chung, Liang, Lock & Sripipatana 2017.)

Potilaskeskeisyys on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja yksilöllisyyttä sekä hoitotyön prosessien sujuvuutta potilaiden näkökulmasta. Potilaskeskeisessä hoidossa potilas ymmärrettiin kokonaisuutena, osiensa summana. Nähdyksi ja kuulluksi tuleminen sekä huomioon ottaminen olivat keskeisiä. Empatian osoittaminen myötätunnon ja ymmärryksen keinoin osoittavat inhimillisten tarpeiden tyydyttämistä potilaskeskeisessä hoidossa. Potilaskeskeinen hoito on myös laatua ja sujuvia hoitotyönprosesseja jatkuvuuden ja osallistamisen muodossa. (Greenfield, Ignatowicz, Belsi, Pappas, Car, Majeed & Harris 2014).

Potilaskeskeisyys terveydenhuollossa on kommunikointia, ihmisten välistä vuorovaikutusta, aina kahdensuuntaista, ammattilaisen ja potilaan välistä. Kommunikoinnissa saattaa tulla esille myös potilaan täyttämättömät odotukset vuorovaikutuksessa (Riley, White, Graham & Alexandrov 2014; Zill, Scholl, Härter & Dirmaier 2015; Scholl, Zill, Härter & Dirmaier 2014.)

Terveydenhuollossa potilaskeskeisyys vähentää haavoittuvuutta ja kärsimystä, toteuttaen siis hoitotyön ydintehtävää, ehkäisee sairautta ja parantaa. Ottaen potilaan huomioon yksilönä. (Pluut 2016.)

Potilaskeskeisyys lisää hoitoon sitoutumista, se on potilaan ja potilaan perheen osallistamista, mukaan ottamista. Se edistää potilaan voimaantumista, olemaan oman hoitonsa asiantuntija, sopeutumaan tilanteeseen ja lisäämään itsemääräämisen kokemusta. (Scholl ym. 2014; Zill ym.2015.)

Potilaskeskeisyys liittyy terveydenhuollon prosesseihin. Hoitoon pääsy, hoidon koordinointi ja jatkuvuus sekä yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on osa potilaskeskeisyyttä. Sen voi ajatella olevan myös hoidon laatua ja prosessien sujuvuutta potilaan näkökulmasta. (Scholl ym. 2014.)

Potilaskeskeisyys ja potilaskeskeinen hoito näkyvät sairaanhoitajan työssä hoitotyön prosessien muuttamisena organisaatiokeskeisyydestä potilaskeskeisyyteen. Tällä prosessien muutoksella osoitetaan potilaan kunnioittamista ja joustavuutta ja yksilöllisten tarpeiden huomioonottamista. (Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari & Papastavrou 2012; Riley ym. 2014.)

Tutkimusartikkeleissa potilaskeskeisyys ja potilaskeskeinen hoito näkyvät myös sairaanhoitajan persoonan toivottuna ominaisuutena. Sairaanhoitajan toivotaan olevan myötätuntoinen, huolta pitävä, asiantuntija, helposti lähestyttävä, luotettava, huumorintajuinen ja joustava sekä omaavan hyvät kommunikaatiotaidot. Nämä ominaisuudet ovat hoitotyön ydintä, ne lisäävät hoitotyön laatua, yksilöllisyyden tunnetta ja hoidon sujuvuuden kokemusta. (Riley ym. 2014; Pluut 2016.)

Sairaanhoitajan tehtäviksi ajatellaan potilaskeskeisessä hoitotyössä valmentamista, ohjausta ja neuvomista. Nämä ovat keskeisiä hoitotyön menetelmiä, joilla on tarkoitus parantaa potilaan elämänhallintaa osallistamalla, ottamalla mukaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Pluut 2016.)

Kirjallisuuskatsauksen perustella tuli ymmärrys, miten laaja asia asiakaslähtöisyys on. Asiakaslähtöisyys sinänsä ei ollut käytetty termi kansainvälisessä terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa vaan käytetty termi oli potilaskeskeisyys tai potilaskeskeinen hoito.

Hoitotieteessä hoidettava on oman elämänsä hallitsija ja hoitotyö pyrkii tätä itsenäisyyttä tukemaan. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindstöm, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2016, 69). Kirjallisuuskatsauksen perusteella voitaneen sanoa, että asiakaslähtöisyys, potilaskeskeisyys ja potilaskeskeinen hoito sisältävät hoitotyön ydinasioita; yksilöllisyyden, itsemääräämisen,

kommunikaation, elämänhallinnan tarpeen. Se on asiakkaan ja potilaan näkemistä yksilönä, kokonaisuutena yksilöllisine tarpeineen. Siihen kuuluu sujuva hoitoprosessi, yhteistyö ja koordinointi. Vuorovaikutus nousi myös aineistosta merkittävään rooliin sekä potilaan voimaannuttaminen, osallistaminen omaan hoitoonsa. Hoitotieteessä terveyteen liittyy elämänlaatu, hallinnan tunne, hoitoon sitoutuminen, yksilöllisyys ja kulttuuri (Eriksson ym. 2016, 73). Nämä aiheet nousivat kulttuuria lukuun ottamatta esille myös kirjallisuuskatsauksessa.

Isoherranen (2012), on väitöskirjassaan tutkinut kriittisiä haasteita ja ilmiöitä, kun organisaatiossa lähdetään soveltamaan potilaslähtöistä moniammatillista työskentelytapaa. Yhtenä alakysymyksenä tutkimuksessa oli millä tavalla organisaatio tukee potilaslähtöistä moniammatillista työskentelyä. (Isoherranen 2012, 83.) Laadullisen fokusryhmähaastattelun tuloksissa todetaan muun muassa, että halua moniammatilliseen ja potilaslähtöiseen yhteistyöhön löytyi kaikista asiantuntijaryhmistä mutta organisaatiokulttuuri vaikeuttaa työorganisointia. Toiminnan rakenne todettiin organisaatio- ja professiolähtöiseksi. (Isoherranen 2012, 157.)

2.3.1 Gerteisin seitsemän dimensiota

Asiakaskeskeisyyden termi on ensimmäisen kerran ilmaistu sosiaali- ja terveystieteellisessä kirjallisuudessa 1950- luvulla. Termi on yleistynyt 1990-luvulta lähtien. Keskeisin ja yleisin määrittely termille tuotettiin 1990-luvulla. Keskeisin ja käytetyin määrittely on Gerteisin tutkimusryhmän potilaskeskeisyyden seitsemän dimensiota. (Suhonen & Stolt 2017, 23.)

Seitsemän dimensiota; 1. Potilaan arvojen, mieltymysten ja ilmaistujen tarpeiden kunnioitus. 2. Hoidon koordinointi ja yhteensovittaminen. 3. Tieto, kommunikointi ja opetus. 4. Fyysinen hyvinvointi. 5. Emotionaalinen tuki, pelon ja ahdistuksen lieventäminen. 6. Perheen ja ystävien osallistaminen. 7. Hoidon jatkuvuus ja sujuva siirtyminen. (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco 1993, 22.)

Dimensio 1: Potilaan arvojen, mieltymysten ja ilmaistujen tarpeiden kunnioitus sisältää elämän laadun, osallistumisen päätöksentekoon, arvokkuuden ja tarpeet ja itsemääräämisen. (Gerteis ym. 1993, 6). Potilaan kunnioittaminen yksilönä on perusta ihmisen hoitamiselle. Potilaan kunnioittaminen yksilönä tarkoittaa potilaan kulttuuristen uskomusten, arvojen ja käytäntöjen vaikutusten ymmärtämistä suhteessa käsitykseen sairaudesta ja odotuksista, jotka kohdistuvat hoitoon ja hoitovaihtoehtoihin. (Allshouse 1993, 20.) Sairausprosessi voidaan kuvata fysiologisilla termeillä, mutta kokemus sairaudesta voidaan kuvata sosiaalisena ja kulttuurisena ilmiönä. (Allshouse 1993, 38). Potilaan arvojen, mieltymysten ja tarpeen ilmaisujen ymmärtäminen ja kunnioittaminen on potilaskeskeisyyden perusta. Sairausprosessi voidaan kuvata fysiologisilla termeillä mutta sairauden kokeminen voidaan kuvata sosiaalisena ja kulttuurisena ilmiönä. Kulttuuri laajemmassa merkityksessä sisältää etnisyyden; luokan, sukupuolen ja muita sosiaalisia ominaisuuksia, jotka vaikuttavat siihen, miten potilas ymmärtää sairautensa, reagoivat siihen, se vaikuttaa heidän elämäänsä ja miten siitä puhutaan. (Allshouse 1993, 38.) Potilaan halu osallistua hoitoonsa vaihtelee. Sairaus usein tekee ihmisestä passiivisemman kuin mitä he muuten olisivat, he ovat tyytyväisiä siihen, että muut huolehtivat heistä ja tekevät päätökset heidän puolestaan. He ikään kuin alistuvat terveydenhuollon ammattilaisille. Mutta potilaat, jotka pystyvät ottamaan aktiivisen roolin hoidossaan usein toipuvat paremmin. He haluavat tietää kaiken tilastotiedon sairaudestaan ja osallistua kaikkeen päätöksentekoon ja he haluavat myös rehellistä ja tarkkaa tietoa. Palveluntarjoajat saattavat edelleen arvioida väärin mitä potilaat haluat tietää ja tehdä. Palveluntarjoajat joutuvat näin uudelleenarvioimaan toiminnan rakenteita ja rutiineja, jotka edistävät tarpeettomia ja haitallisia riippuvuuksia potilaalle. (Allshouse 1993, 39.) Palveluntarjoajat ovat usein haluttomia kertomaan potilaalle hoitovaihtoehtoja, sivuvaikutuksia, seurauksia ja kannustamaan osallistumaan päätöksentekoon koska he pelkäävät sen olevan eri kuin heidän ajatuksensa. Vaatimus täysimittaisesta päätöksenteon analyysistä ei jokapäiväisessä työssä ole käytännöllistä mutta se tarjoaa käsitteellisen lähestymistavan päätöksentekoon, joka mahdollistaa sen, että ammattilainen ja potilas yhdessä selventävät vaihtoehtoja, tuloksia, epävarmuuksia ja arvoja. (Allshouse 1993, 39.)

Dimensio 2: Hoidon koordinointi ja yhteensovittaminen sisältävät niin ensikontaktissa kuin avustavissa palveluissa ja jatkohoidossa. (Gerteis ym. 1993, 6-7). Sillä, mitä potilas päättelee palveluntuottajan tai ammattilaisen pätevyydestä ja laadusta, on väliä,

koska sen minkä potilas uskoo olevan totta vaikuttaa siihen, miten he käyttäytyvät. Jos potilas ei luota palveluntuottajaan tai laitokseen he eivät noudata suositeltua hoitoa tai he mahdollisesti vaihtavat hoitopaikkaa. (Gerteis 1993, 46.) Potilaat ja heidän omaisensa ovat silminnäkijöinä terveydenhuollon prosesseissa. He haluavat tuntea olevansa hyvissä, pätevissä käsissä, jolloin hoito on tehokkaasti järjestettyä, yhtenäistä ja johdonmukaista ja tietoista heidän yksilöllisistä tarpeistaan ja olosuhteistaan. (Gerteis 1993, 67.) Terveydenhuollossa näyttäisi olevan kolme erillistä puolta koordinointitehtävässä 1. erikoisalojen ja ammatillisten ryhmien välisen työn koordinointi 2. Tukipalveluiden ja avustavien palveluiden koordinointi 3. Erilaisten erikoistehtävien, jotka päättävät hoidosta vuoteen vierellä, koordinointi. Hoidon koordinointi on monimutkaista ja siihen osallistuu paljon toimijoita, jolloin koordinoimattomuus voi näkyä potilaalle monella tavalla. Kuten siten, ettei kukaan ole vastuussa potilaasta ja potilas voidaan jättää selviämään monimutkaisten tai ristiriitaisten ohjeiden kanssa. Palveluntuottajalla pitää olla selvillä valtuudet ja vastuu. (Gerteis 1993, 67.) Johtajien tulee varmistaa oman organisaationsa käytännöt niin että 1. potilaat pääsevät vaikuttavan hoidon piiriin 2. henkilökunta, joka tapaa säännöllisesti potilasta on kokenutta, asiantuntevaa ja vastuullista ratkaisemaan potilaan ongelmia ja tapaamaan niitä tahoja, jota tilanteen ratkaisemiseen tarvitaan. (Gerteis 1993, 68.)

Dimensio 3: Tieto, kommunikointi ja opetus sisältävät tietoa sairauden nykytilasta, hoidon edistymisestä ja ennusteesta, hoitoprosessista, tietoa ja opetusta itsemääräämisen ja omahoidon lisäämisestä. (Gerteis ym. 1993, 7-8). Kommunikaatio sisältää muutakin kuin tiedon saantia. Se on myös tiedon, ajatusten ja tunteiden ja tuntemusten siirtoa, siinä muodossa kuin se on vastaanotettu ja ymmärretty. Kommunikaatiolla on todettu olevan merkittävä vaikutus potilastyytyväisyyteen ja hoidon vaikuttavuuteen. (Daley 1993, 89.) Potilaan tiedon tarve vaihtelee sairauden aikana. Potilaat tarvitsevat aikaa kuulla, omaksua, käsitellä tietoa, jota heille on annettu. Potilaat haluavat keskustella yksilöllisistä tavoitteistaan ja mieltymyksistään. Potilaat vastaanottavat tietoa monesta eri lähteestä, he vertailevat sitä, oppivat kokeilemalla ja virheistä, joista he saavat täsmällistä tietoa omaan tilanteeseensa. (Daley 1993,89.)

Dimensio 4: Fyysinen hyvinvointi sisältää kivunhallinnan, jokapäiväisen elämän helpottamisen, sairaalan ja ympäristön. (Gerteis ym. 1993, 8). Hoitotyön perusta on vähentää kipua sekä tukea ja ylläpitää kehon normaaleja toimintoja, vähentää stressiä

sekä ylläpitää ja tukea toipumista edistävää ilmapiiriä. (Walker 1993, 120). Fyysisen hyvinvoinnin kolme näkökulmaa ovat kivunhallinta, hoitotyö ja sairaalan fyysinen ilmapiiri. Kivunhallinta on monimutkaista, siihen vaikuttaa potilaiden ja ammattilaisten asenteet ja kommunikaation laatu ja yksilön erilaiset reaktiot annettuun hoitoon. Tämän kehittämisessä tarvitaan yhteistyötä potilaiden ja henkilökunnan välillä. (Walker 147.)

Dimensio 5: Emotionaalinen tuki, pelon ja ahdistuksen lieventäminen sisältää ahdistuksen tilasta, hoidosta ja ennusteesta, ahdistus sairauden vaikutuksista itseen ja perheeseen sekä taloudellisen ahdistuksen johtuen sairaudesta. (Gerteis ym. 1993, 9). Sairaus on aina emotionaalinen ja psykologinen taakka niin potilaalle itselleen kuin potilaan perheelle ollen yhtä painava kuin fyysinen taakka. Kun nämä tarpeet on tunnistettu, potilaan kärsimys vähenee ja hän paranee nopeammin. Se mitä he tarvitsevat on aitoja ilmaisuja huolesta niiltä, joita rakastavat ja myös hoitohenkilökunnalta. He haluavat tilaisuuden ilmaista omia uskomuksiaan, tunteitaan ja pelkojaan, vaikka ne olisivat miten äärimmäisiä tai järjenvastaisia. (Edgeman-Levitan 1993, 172.) Potilaat tarvitsevat tukea stressin lievitykseen ja muuttuvien tunteiden tarpeiden käsittelyyn selviytyäkseen tilanteestaan. Myös sairaalan ulkopuolinen tuki on tärkeää, vertaistuki ja omahoitoryhmät. (Edgeman-Levitan 1993 172.)

Dimensio 6: Perheen ja ystävien osallistaminen hoitoon sisältää perheen ja ystävien sopeutumisen sairauteen ja hoitoon, perheen mukaan ottaminen päätöksen tekoon, perheen tukeminen ja perheen tarpeiden tunnistamisen. (Gerteis ym.1993, 9-10). Potilaskeskeisyys on myös perhekeskeisyyttä. Tämä kannattaa pitää mielessä, kun mietitään potilaan tarpeita. Perhe tarvitsee myös riittävästi tietoa ja tukea myös sairaalan ulkopuolella. Sallitaanko perheen osallistuminen hoitoon, onko perheille tunteiden purkukeinoja, tietävätkö perheet, miten heidän elämäntyylinsä vaikuttaa terveyteen ja tietävätkö he, miten käytöstä tulisi muuttaa terveyttä tukevaksi. Ponnistelevatko sairaalat antaakseen tukea perheenjäsenille ja vähentääkseen levottomuutta. (Ellers 1993, 198.)

Dimensio 7: Hoidon jatkuvuus sisältää tiedon, koordinoinnin ja suunnittelun ja tuen (Gerteis ym. 1993, 9-10). Sairaalan ulkopuolisen hoidon suunnitteluun tulisi kiinnittää

huomiota, kotiutumisen ja jatkohoidon suunnittelu tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisin ja potilas haluaa itse osallistua jatkohoidon suunnitteluun. (Ellers & Walker 1993, 219.)

3 SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINTA

Sairaanhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö. Kansallisen lainsäädännön lisäksi sairaanhoitajan työnkuvaan vaikuttaa Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Sairaanhoitajan perustutkinto on tällä hetkellä EQF 6 – tasolla. (Kotila ym. 2017, 25.)

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu yksilön, perheen tai yhteisön tukeminen, terveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen muuttuvissa olosuhteissa. Työympäristönä sairaanhoitajalla voi olla perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto, yksityisen ja kolmannen sektorin ympäristöt. Sairaanhoitaja toimii itsenäisenä hoitotyön asiantuntijana toteuttaessaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa. Sairaanhoitajan työtä ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, ohjeet ja säädökset. (Opetusministeriön työryhmämuistio 2006, 63.) Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen koostuu yhdeksästä osa-alueesta: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden- ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35). Terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat Suomessa Valviran antaman laillistuksen tai nimikesuojauksen (Valvira 2008 www-sivut).

Asiakas - ja potilaslähtöisyyttä pidetään sairaanhoitajan työssä tärkeänä. Asiakkaan tarpeista lähtevä hoitotyö on keskeistä sairaanhoitajan työssä. Toisten ihmisten kunnioittaminen, läheisten huomioiminen ja tapa suhtautua ihmisiin on olennaista. (Eriksson ym. 2015, 30.) Asiakaskeskeisyyden keskeinen määritelmä sisältää seitsemän elementtiä. 1)Asiakkaan kunnioitus, 2) hoidon yhteensovittaminen ja koordinointi, 3) kommunikaatio, tieto ja opetus, 4) fyysinen hyvä vointi, 5) emotionaalinen hyvä vointi, ahdistuksen ja pelkojen lieventyminen, 6) läheisten ja perheen mukanaolon mahdollistaminen, 7) Hoidon jatkuvuus ja palveluketjussa siirtyminen. (Suhonen & Stolt 2017, 23.)

Hoitotieteessä tehdyn käsiteanalyysin perusteella asiakaskeskeisyydelle on määritetty neljä ominaispiirrettä; kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, kunnioittavuus ja voimavaraistavuus. Lääketieteessä asiakaskeskeisyys on määritetty potilaan arvojen, preferenssin ja tarpeiden kunnioittaminen, tieto, potilasopetus ja kommunikaatio, hoidon koordinointi, fyysinen mukavuus, emotionaalinen tuki, perheen osallisuuden mahdollistaminen. Sosiologiassa asiakaskeskeisyyden ajatellaan sisältävän persoonallisuuden huomioimisen, voimavaraistumisen, tiedon ja henkilöstön saavutettavuuden sekä kunnioituksen osoittamisen. (Suhonen &Stolt 2017, 24.) Asiakaslähtöisyydessä korostetaan ihmislähtöisyyden piirteitä, näitä ovat esimerkiksi palvelun käyttäjän tasavertaisuus ammattilaisen kanssa, molemminpuolinen kunnioitus, aktiivisuus päätöksenteossa sekä itsemääräämisoikeus. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 38).

Ammatillisen osaaminen voidaan jakaa substanssiosaamisen, prosessiosaamiseen ja vuorovaikutusosaamiseen. Substanssiosaamisella tarkoitetaan olennaisten tietojen ja taitojen hallinnan. Sillä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalalla tietoa teorioista, työtä ohjaavista käsitteistä, työmenetelmistä ja lainsäädännöstä. Substanssiosaamisen kohdalla tarkoitetaan usein ammatin perusteiden hallintaa. Substanssiosaaminen luo varmuutta omaan työhön ja auttaa soveltamaan tietoa. Se on kuitenkin riittämätön ilman muita osaamisalueita. (Mönkkönen 2018, 23-25.) Prosessiosaamisessa ihmisen kohtaaminen nähdään tavoitteellisena, monivaiheisena prosessina. Se liittyy myös keskeisesti potilasohjaukseen. Prosessiosaaminen liittyy myös työyhteisön kehittämiseen ja dokumentointiin. (Mönkkönen 2018, 26-31.) Vuorovaikutusosaaminen sisältää kaikki suhteiden luomisen ja kommunikoinnin taidot. Siihen liittyvät esimerkiksi viestinnän selkeys, ymmärrettävyys, tehokkuus ja tarkoituksenmukaisuus. Vuorovaikutusosaaminen on rohkeutta etsiä asiakkaan kanssa yhdessä uusia oivalluksia. Vuorovaikutusosaaminen on yksi tulevaisuuden osaamisalueista. (Mönkkönen 2018, 32.) Digitalisaatio on tuonut ja tuo auttamistyöhön uusia vuorovaikutuksen kenttiä. Olennaista vuorovaikutusosaamisessa on tunnistaa milloin digitalisaatio edistää ja milloin estää vuorovaikutusta. (Mönkkönen 2018, 35.)

Ammatillisuus on uskallusta asettua asiakassuhteeseen avoimesti, tiedostaen kuitenkin oma ammatillinen rooli ja siihen liittyvä vastuu. Omaan tunteeseen kannattaa luottaa siinä, mikä on kussakin asiakastilanteessa sopivaa. (Mönkkönen 2018, 21.)

Sairaanhoitajan vastaanottotoiminta koostuu eri toiminnoista. Siihen kuuluu itsenäistä vastaanoton pitämistä sekä puhelinneuvontaa ja hoidon tarpeen arviointia. Puhelinneuvonnan muotoja ovat palveluohjaus ja -neuvonta sekä terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta. Potilaalle annetaan itse- ja jatkohoito-ohjeita. Puhelimitse voidaan asiakkaalle antaa yleistä neuvontaa palveluista ja aukioloajoista, tietoa sairauksista ja niiden hoitomenetelmistä sekä yksilöllistä ohjausta, jolloin otetaan kantaa asiakkaan terveydentilaan ja annetaan yksilöllistä ohjausta. Hoidontarpeenarvioinnista säädetään muun muassa Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) 51 §:ssä. Hoidon tarvetta voidaan arvioida vastaanotolla, puhelinpalveluna tai sähköisesti. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 51§.)

Yksi osa sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa on puhelinneuvonta. Terveydenhuollon puhelinneuvonta sisältää yleistä neuvontaa ja palveluista tiedottamista sekä yksilökohtaista terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa sekä ohjausta. Puhelinpalvelutoiminnan perusperiaatteet ja suositukset on kirjattu Terveyskeskus toimivaksi- selvityksessä. Terveydenhuollon puhelinneuvonta voidaan jakaa sisällön ja järjestämistavan mukaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 128.) Puhelinkontakteilla on keskeinen rooli terveydenhuollossa. Puhelinkontakteilla pyritään vaikuttamaan terveydenhuollossa kiireettömän ja kiireisen hoidon koordinointiin sekä terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaiseen käyttöön ja palvelujen saatavuuteen. (Orava, Kyngäs &Kääriäinen 2012a, 2017.)

Terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta jaetaan yksilölliseen ja yleiseen neuvontaan. Yksilöllisessä neuvonnassa otetaan kantaa henkilön yksilölliseen terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä ohjeita. Näin soittavan henkilön ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille syntyy hoitosuhde. Yleisessä neuvonnassa ei oteta kantaa soittajan yksilölliseen tilanteeseen eikä oteta kantaa yksilölliseen hoitoon. (Syväoja & Äijälä 2009, 128-129.) Puhelinohjaus on luonteeltaan yksilöllistä, vuorovaikutteista, tavoitteellista ja näyttöön perustuvaa. Puhelinohjaus terveydenhuollossa voi olla reaktiivista tai proaktiivista. Reaktiivinen puhelinohjaus on hoitajan puhelimen välityksellä antamaa yksilöllistä asiakkaan terveyden tilaan liittyvää ohjausta, jonka tarve lähtee asiakkaasta ja se on ennalta suunnittelematonta terveydenhuollon puhelinneuvojan kan-

nalta. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012a. 217.) Proaktiivinen ohjaus tapahtuu terveydenhuollon puhelinneuvojan aloitteesta ja ennalta suunniteltua. Proaktiivista ohjausta on käytetty tukemaan esimerkiksi toimenpiteen jälkeistä kuntoutusta, pitkäaikaissairaiden hoitoa. Proaktiivisen ohjauksen tavoitteena on hoidon vaikuttavuuden lisääminen, hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja terveydenedistäminen. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012b. 233-234.)

Sähköinen asiointi on osa sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa. Sairaanhoitajan tehtävänä on muun muassa neuvoa asiakkaille sähköisten palveluiden käyttömahdollisuuksia. Sähköisellä asioinnilla tarkoitetaan verkon välityksellä tapahtuvia toimia, joita asiakas tekee tyydyttääkseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeensa. Palvelu tapahtuu asiakkaan käyttöliittymästä käsin julkisen palveluntuottajan palveluun. (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014, 13.) Sähköisten palveluiden kehittämisellä on pyritty parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja tuottamaan toimintaa kustannustehokkaammin. Sähköisten palveluiden avulla pyritään parantamaan sairauksien ennaltaehkäisyä, varhaista toteamista, itsehoitoa sekä parantamaan hoidon jatkuvuutta. (Hyppönen ym. 2014, 17.)

Sähköisen asioinnin palveluja ovat esimerkiksi yleinen terveystieto, riskitestit, palvelujen hakeminen, ajanvaraus, lääkemääräys, omien potilastietojen saanti (Hyppönen ym. 2014, 38-40). THL kartoituksessa vuonna 2014 tärkeimmiksi sähköisen asioinnin toiminnallisuuksiksi koettiin laboratoriotulosten ja omien potilastietojen saanti, reseptien katselu ja uusinta sekä ajanvaraus ja muistutukset (Hyppönen ym. 2014, 76).

Valtakunnallisilla sähköisillä asiointipalveluilla voidaan tukea sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumista. Näillä palveluilla voidaan parantaa asiakkaiden yhdenvertaisia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen ja sellaisten terveydenhuollon palvelujen saantiin, jotka eivät edellytä käyntiä. Sähköisillä palveluilla voidaan myös tukea palvelurakenteen muutosta ja kustannustehokkuutta. (Hyppönen ym. 2014, 82.)

Valmisteilla oleva Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos tuo tarpeen arvioida työnjakoa sotekeskuksissa uudelleen, koska työnjako on ollut ammattiryhmä ja tarvekeskeistä. Nykyisessä järjestelmässä hierarkia ja ammattilaisten työnjaon rajat näyttä-

vät menevän asiakkaan tarpeiden edelle. Ne pirstaloivat ja hidastavat asiakasprosesseja ja aiheuttavat päällekkäistä työtä. Asiakaslähtöinen hoito – ja palvelukokonaisuus edellyttää sitä, että ammattilaisten työtehtävien sisällöt ovat kohdennettuja ja ne muodostavat toiminnallisen ja sisällöllisen kokonaisuuden. (Kangasniemi ym. 2017, 7, 19.) Sote-ammattilaisen rooli asiantuntijana on painottumassa enemmän asiakkaan palvelutarpeiden ja hoidon suunnittelun ja toteutumisen arvioimiseen. Asiakaslähtöisyys on yksi terveydenhuoltoalan tulevaisuuden osaamistarpeista. Sen ajatellaan liittyvän asiakkaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutuksen menetelmiin. Asiakaslähtöisyyden osaamistarve kytkeytyy tulevaisuudessa vuorovaikutukseen yhteistyötahojen kanssa, asiakkaan palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin sekä asiakkaan resurssien arviointiin. Muita kehitettäviä osaamisalueita ovat tulevaisuudessa ympäristövastuullisuusosaaminen sekä vaikuttavuus- ja talousosaaminen. Asiakaslähtöisyyden ollessa edelleen yksi sosiaali- ja terveysalan keskeinen tavoite ja ydin tulisi terveydenhuollon asiakkaat ottaa mukaan tulevien ammattilasten koulutusten suunnitteluun. (Kangasniemi ym. 2018, 14, 48,61,77.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Ikaalinen on Pirkanmaalainen pikkukaupunki, jonka asukasluku on ollut laskusuuntainen viimeisimpinä tarkasteluvuosina. vuonna 2017 asukasluku oli 7119 asukasta. Ikärakenne vuoden 2017 tietojen mukaan on: 0-6 vuotiaita 6,8 % väestöstä, 7- 15 vuotiaita 8,8 % väestöstä, työikäisiä; 18-64 vuotiaita väestöstä on 52,4 %, yli 65 vuotiaiden osuus on 29,9 %. (THL Sotkanet www - sivut) THL:n sairastavuusindeksi Ikaalisten kohdalla on 108,2. Sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten sairastavuutta kunnittain ja alueittain suhteessa koko maan tasoon. Indeksissä on kuvattu seitsemän sairausryhmää. Sairausryhmien yleisyyttä painotetaan suhteessa kuolleisuuteen, työkyvyttömyyteen, elämänlaatuun ja terveydenhuollon kustannuksiin. (THL Sotkanet www-sivut.)

Tilastojen perusteella Ikaalisissa käydään paljon lääkärin vastaanotolla. Tilastojen valossa enemmän kuin Pirkanmaalla yleensä. Käyntimäärät ovat olleet myös kasvussa. Vuonna 2017 Ikaalisten asukkaista perusterveydenhuollon potilaina on ollut 66,4 % asukkaista, luku on ollut pienessä nousussa vuodesta 2015 lähtien. Koko Pirkanmaan vastaava luku on 50,3 %, ollen samantasoinen jo vuosia. Perusterveydenhuollon avohoidon muut kuin lääkärikäynnit tarkoittavat muiden ammattiryhmien kuin lääkärin tekemää käyntiä tai vastaanottoa. Ikaalisissa muiden ammattiryhmien käynnit ovat olleet viime vuonna nousussa verrattuna edellisiin vuosiin, mutta ovat edelleen alle koko Pirkanmaan tason. (THL Sotkanet www-sivut.)

Ikaalisten sote – keskuksen vastaanottopalveluissa työskentelee ylilääkärin lisäksi neljä lääkäriä, kuusi sairaanhoitajaa, kuusi terveydenhoitajaa, joista kaksi työskentelevät opiskelijaterveydenhuollossa ja kouluterveydenhuollossa. Vastaanottopalveluihin kuuluu myös kiirevastaanotto, jota toteutetaan virka-ajan ulkopuolella yhteistyössä Hämeenkyrön kunnan kanssa. Vastaanottopalveluihin kuuluvat myös kuvantamisen palvelut, joissa lääkärin työpanos tuotetaan ostopalveluna. Laboratoriopalvelut tuotetaan ostamalla palvelu Fimlab Laboratoriot Oy:ltä. Sote – keskuksen potilastoimistossa työskentelee lisäksi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä terveydenhuollon sihteerin tehtävissä.

Ikaalisten sote – keskuksen sairaanhoitajan vastaanottoon kuluu toimenpiteissä avustamista, injektioita, erilaisten haavojen hoitamista, ompeleiden poistoa, erilaisia rekisteröintejä, siedätyshoitoa, lääkärin määräämän lääkehoidon toteutusta, erikoissairaanhoidon palautteiden perusteella tehtäviä hoidon jatkuvuutta tukevia toimia, ohjausta ja neuvontaa niin vastaanotolla kuin puhelimen välityksellä, ajanvarausta ja siihen liittyvää hoidontarpeenarviointia puhelimessa.

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoitus on tuottaa malli, joka lisää asiakaslähtöisyyttä sairaanhoitajan vastaanotolla. Tavoitteena on nostaa asiakkaan tarve sairaanhoitajan vastaanottotyössä keskiöön sekä lisätä asiakkaan osallisuutta koko vastaanottotoiminnan kehittämisessä. Kehittämisen toivotaan sujuvoittavan asiakkaiden saamaa palvelua ja koko palvelun prosessia. Mallille luodaan jalkauttamissuunnitelma sekä arviointisuunnitelma.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata sairaanhoitajan vastaottotoiminnan asiakaslähtöisyyden nykytila.
2. Laatia asiakaslähtöinen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan malli.
3. Laatia mallin jalkauttamissuunnitelma.
4. Laatia mallin arviointisuunnitelma.

6 TOIMINTATUTKIMUS JA SIINÄ KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Toimintatutkimuksessa tutkitaan ihmisen toimintaa, sen tavoitteena on kehittää käytäntöjä entistä paremmiksi ja tuottaa tietoa käytännön kehittämiseksi. Toimintatutkimus kohdistuu sosiaaliseen toimintaan, joka perustuu vuorovaikutukseen. Toimintatutkimukseen kuuluu useat suunnittelu- ja kokeilusyklit, joista muodostuu kokeilujen ja tutkimuksen vuorovaikutuksen spiraali. Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan, ollen aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tutkia sosiaalista todellisuutta, jotta sitä voitaisiin muuttaa. Muuttaa todellisuutta, jotta sitä voitaisiin tutkia. Toimintatutkimus voi olla interventioon perustuva, käytännönläheinen, osallistava, reflektiivinen tai sosiaalinen prosessi. (Heikkinen 2007,16,19-20, 27.) Stringerin sanoo Kanasen kirjassa, että toimintatutkimus on demokraattista koska siihen voivat osallistua kaikki. Se on oikeudenmukaista koska kaikki osallistujat ovat samanarvoisia. Se on vapauttavaa, koska se tarjoaa mahdollisuuden vapautua olosuhteista. Se on elämänlaatua parantavaa koska se vapauttaa ihmisen potentiaaleja ja kykyjä. (Kananen 2017, 12.)

Toimintatutkimuksen juuret ovat Yhdysvalloissa 1930- luvulla. Tällöin oppi-isänä oli sosiologi John Collier. Yleensä kuitenkin toimintatutkimuksen oppi-isäksi nimetään saksalainen Kurt Lewin. Lewin esitti 1940- luvulla ajatuksen työntekijöiden motivaation nostamisesta siten, että he saisivat itse vaikuttaa työntekijöitä koskeviin päätöksiin. Lewinin tutkimuksissa nousi esille kolme toimintatutkimuksen keskeistä piirrettä: yhteistoiminnallisuus, demokraattisuus sekä teoriaa ja käytäntöä muuttava luonne. (Kananen 2017, 11-12.) Toimintatutkimuksella on myös Björn Gustavsenin kehittelemään kommunikatiiviseen toimintatutkimukseen liittyvä tutkimusperinne. Siinä ideana on, että työyhteisöjen kehittäminen perustuu avoimeen ja demokraattiseen dialogiin. Tunnetuin menetelmä tähän liittyen on työkonferenssi. (Heikkinen 2018, 218.) Demokraattisen dialogin perusteet käydään läpi kehittämisprosessin alussa. Dialogia harjoitellaan työkonferensseiksi kutsutuissa kehittämisseminaareissa. Sääntöjen tarkoitus on estää hierarkiassa ylempänä olevien tai vahvempien ylivalta, koska tarkoituksena on suhtautua kaikkiin henkilöstöryhmiin yhtä vakavasti. (Heikkinen, Kontinen& Häkkinen 2007, 59-60.)

Toimintatutkimus eli action research on suuntaus, joka on kehittynyt kenttäteorian ja ryhmädynamiikan pohjalta. Toimintatutkimus korostaa todellisuuden muuttamista osana tutkimusprosessia. Sen tavoitteena on parantaa sosiaalisia käytäntöjä. Tutkimustavassa yhdistyvät niin toiminnan kehittäminen kuin systemaattinen seuranta. Toimintatutkimuksen tiedon tuotanto on kuvattu prosessimaiseksi. Tutkimusprosessia ohjaavat kehittämisprosessin aikana esiin tulleet havainnot. Toimintatutkimuksen kohde voi määräytyä monella tavalla. Sillä voidaan tavoitella yhteiskunnallista muutosta, yksittäisten toimijoiden oppimista tai organisaaton toimintatapojen kehittämistä sekä yhteisöä koskevaa demokratiaa. (Toikko & Rantanen 2009, 30.) Toimintatutkimus ei oikeastaan ole tutkimusmenetelmä vaan lähestymistapa, jossa yhdistyy käytännön kehittämistyö ja tutkimus. Siinä tutkimuksen perusintressi on siis, kuinka asioiden tulisi olla, miten toivottu asiantila saadaan aikaiseksi ja millaista tietoa sen kehittämiseksi tarvitaan. (Heikkinen 2018, 215, 220.)

Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua (situational), yhteistyötä vaativaa (collaborative), osallistavaa (participatory) ja itseään tarkkailevaa (self-evaluative). Yleensä kyseessä on koko työyhteisön tai organisaation prosessi, jolloin kaikkien osapuolten sitoutuminen ja osallistuminen on tärkeää. (Metsämuuronen 2008, 29.) Toimintatutkimuksen interventioon perustuvuus tarkoittaa sitä, että jos sosiaalista todellisuutta pyritään muuttamaan alkaa siitä näkyä uusia piirteitä, jolloin se perustuu interventioon. Kurt Lewin on sanonut että ”Jos haluat ymmärtää jotakin, yritä muuttaa sitä.” Tällöin tutkimuksella tavoitellaan hyötyä muillekin kuin tutkijalle. Kun jonkin organisaation toimintaa muutetaan, sen toimintaa pitää tarkastellaan ja pohditaan sen perusteita, sulatetaan, samalla valmistellaan yhteisöä muutokseen. Sen jälkeen toimeenpannaan muutos, kokeillaan ja testataan ja kun toiminta on sujuvaa, käytänteet vakiinnutetaan. Käytännönläheisyys tarkoitta sitä, että toimintatutkimuksessa yhdistyy toiminta ja teoria. Kurt Lewin on sanonut että ”Mikään ei olen niin käytännöllistä kuin hyvä teoria!” Osallistavuus tarkoittaa sitä, että tavalliset ihmiset osallistuvat tutkimukseen ja omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon. Osallistavassa toimintatutkimuksessa pyritään edistämään osapuolten vuorovaikutusta niin, että toiminta kehittyy. Reflektiivisyys tarkoittaa totuttujen ajattelu- ja toimintatapojen perusteiden pohdintaa. Prosessimaisuus tarkoitta sitä, että toimintatutkimuksessa ajatellaan miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ne ovat menossa. Kurt Lewin on todennut että ”Tiede on edistystä ja edistys

on muutosta. Tieteen olemus on ikuinen muutos.” (Heikkinen 2007, 28, 29, 32, 33, 34, 36.)

Toimintatutkimus edellyttää siihen osallistuvien toimijoiden täyttä osallistumista. Sen voimavara on toimijoiden osaaminen ja luovuus. Tutkimusmetodissa osallistujat mielletään omien töidensä parhaiksi asiantuntijoiksi, jolloin heitä löytyy ratkaisut esille tulleisiin ongelmiin ja haasteisin. Dialogista menetelmää käyttämällä osallistujat oppivat miten palveluja tai koko organisaatiota tai työyhteisöä voidaan kehittää ja arvioida. (Syvänen 2004, 90.) Toimintatutkimus korostaa toimijoiden osallistumista kehittämistoimintaan. Työntekijöiden ja asiakkaiden osallisuus ei ole vain keino päästä parempiin tuloksiin vaan sitä, että ne, joita asia koskee ovat oikeutettuja osallistumaan. (Toikko & Rantanen 2009, 90-91.) Toimintatutkija toimii keskusteluissa dialogin mahdollistajana. (Filander & Jokinen 2008, 213).

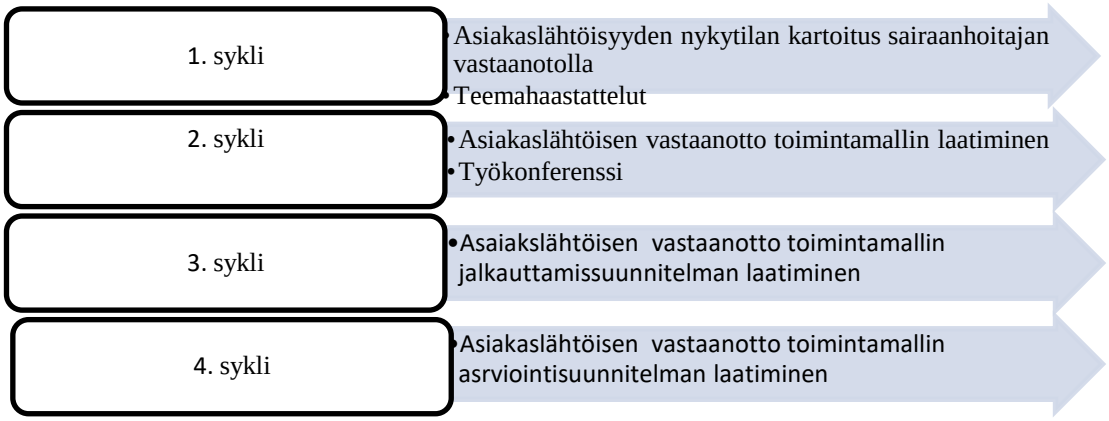
Toimintatutkimuksen tavoitteena on muutos, muutoksen kohteena on usein ihmisten toiminta. Toimintatutkimuksessa voidaan erottaa seuraavat syklit: toiminnan kehittäminen (muutos), yhteistoiminta, tutkimus ja toimijan eli tutkijan mukanaolo. (Kananen 2017, 17.) Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää yhteisön toimintaa. Tutkijalta edellytetään kiinnostusta analysoida, kehittää ja ymmärtää muutosta. Tutkijan edellytetään vauhdittavan kehitystä omalla panoksellaan. (Huovinen & Rovio 2007, 94.) Toimintatutkimuksen tavoitteena on edistää toimintatutkimuksessa mukana olevien toimijoiden pyrkimyksiä ja kykyä ymmärtää ja ratkaista itse niitä ongelmia ja kysymyksiä, joiden parissa he elävät. Toimintatutkimuksen tavoitteena on vapaan dialogin mahdollistavan teorian ja käytännön kohtaaminen tasa-arvoisesti. Toimintatutkimuksen tehtävänä on tuottaa uutta tietoa ja ymmärrystä todellisuudesta, jonka keskellä tutkimuskontekstissa eletään. (Filander & Jokinen 2008, 198.)

Toimintatutkimusta ohjaa intressi, jossa halutaan tietää miten asiat voisi tehdä vielä paremmin ja se on näin ollen tutkimusta toiminnan sisällä toiminnan kehittämistä varten. (Heikkinen 2018, 215, 216.) Toimintatutkimusta voidaan käyttää myös, kun pyritään löytämään ratkaisu tiettyyn ongelmaan, halutaan kouluttaa henkilöstöä työyhteisön sisällä, halutaan lisätä uusia näkökulmia työskentelyyn tai kun halutaan parantaa työyhteisön kommunikointia. (Metsämuuronen 2008, 30.)

Toimintatutkimuksen tekemistä ohjaa reflektiivinen ajattelu. Siinä ihminen tarkastelee omia uskomuksiaan, kokemuksiaan ja ajatustapojaan, katsoo omaa ajatteluaan ja toimintaansa uudesta näkökulmasta yrittäen ymmärtää miksi toimii ja ajattelee kuten nyt tekee. Näin pyritään ymmärtämään toimintaa uudella tavalla ja siten kehittämään sitä. (Heikkinen 2018, 222.)

Toimintatutkimuksen aineiston keruumenetelmiä ovat tavallisesti osallistuva havainnointi, havainnoinnin pohjalta kirjoitettu tutkimuspäiväkirja ja haastattelut. Tutkimusaineiston voivat muodostaa myös toiminnan aikana tuotettu muu kirjallinen materiaali, kuten työryhmien muistiot, raportit, kokouspöytäkirjat. (Huovinen & Rovio 2007, 104.

Toimintatutkimus on syklinen prosessi. Jokainen sykli pitää sisällään suunnittelun, toimeenpanon ja havainnoinnin ja reflektoinnin. Sykli sisältää myös tutkimuksen. Sykliä seuraa uusi sykli, joka lähtee siitä mihin edellinen sykli on päättynyt. (Kananen 2014, 12.) Toimintatutkimus käsitetään syklinä, johon kuuluu konstruoivia (uudelleen rakentavia, tulevaisuuteen suuntaavia) ja rekonstruoivia (toteutuneen toiminnan arvioiti ja havainnointi) vaiheita. Syklit vuorottelevat. Useat peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin. Todellisuudessa syklin osat limittyvät toisiinsa eikä niitä voi erottaa. Syklien määrä ei ole arviointikriteeri, mutta jos toteutus jää yhteen sykliin ei kyse enää ole toimintatutkimuksesta. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 79, 80-82.) Tämän työn syklit on kuvattu alla olevassa kuviossa (Kuvio 1).



Kuvio 1. Tämän kehittämistyön syklit.

6.1 Asiakaslähtöisyyden nykytilan kartoitus sairaanhoitajan vastaanottotoiminnassa

Opinnäytetyö tutkimusaineiston kerääminen alkaa toukokuussa 2018 jolloin tehdään vuosisuunnitelman mukainen sotekeskuksen palvelukokemusmittaus. Etukäteen sovitaan, että tämän palvelukokemusmittauksen tuloksia käytetään hyväksi opinnäytetyössä nykytilan kartoittamisessa. Ikaalisten sotekeskuksessa on mitattu samalla lomakkeella palvelukokemusta jo pari vuotta. Tähän opinnäytetyöhön nykytilan kartoittamisen mittaukseksi sovitaan 14.-18.5.2018 tehtävä mittaus. Lomaketta jaetaan kaikille lääkärin- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyville asiakkaille. Samaa lomaketta jaetaan myös röntgenissä, kiirevastaanotolla, kuntoutuksessa, neuvolassa ja tk-sairaalassa. Palvelukokemus lomake on liitteenä. (Liite2).

Teemahaastattelu on yleisin tutkimushaastattelun muoto. Teemahaastattelua kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta nostetaan esiin keskeiset teemat tai aiheet, joita haastattelussa on välttämätöntä käsitellä, jotta saadaan vastaus tutkimusongelmaan. Tavoitteena on, että vastaaja antaa teemoista oman kuvauksensa. Teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole väliä. (Vilkka 2015, 124; Hirsjärvi & Hurme 2017, 47-48; Hyvärinen 2017, 21; Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 29.) Teemahaastattelulle tyypillisesti menetelmä ei takaa kaikille haastateltaville täysin samoja kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja. Kysymysten muotoilu ja järjestys saattavat vaihdella eri haastattelujen välillä. Ainoastaan se on päätetty, että ennalta päätetyt teemat käydään haastateltavan kanssa läpi. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 30.)

Haastattelu on joustava tutkimusmenetelmä ja se sopii monenlaisiin tutkimuksiin. Haastattelussa on mahdollista suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa ja saada esille vastausten taustoilla olevia motiiveja. Toisaalta haastattelun haittoja ovat sen aikaa vievyys sekä haastateltavasta tai haastattelijasta johtuvat virhelähteet, joita voivat olla esimerkiksi haastattelijan kokemattomuus tai haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Haastattelun tavoite on aina informaation kerääminen ja se on näin ollen aina ennalta suunniteltua ja päämäärätietoista toimintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 34-35, 42.) Haastattelussa tavoitellaan keskustelunomaista tilannetta,

jossa pyritään saamaan selville haastateltavalta tutkimukseen liittyviä asioita. Haastattelu toteutetaan aina haastattelijan aloitteesta ja se on siis tavoitteellinen keskustelutilanne, joka tavallisesti nauhoitetaan. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 28-29.) Tärkeää on hyvä perehtyminen tutkimusaiheeseen ennen haastattelujen aloittamista. Näin haastattelu perustuu teoreettiseen esiymmärrykseen. (Eskola ym. 2018, 41.) Haastattelujen tallentamisesta on hyvä sopia jo etukäteen ja siitä on hyvä muistuttaa vielä haastattelutilanteessa (Eskola ym. 2018, 35).

Haastattelukysymyksissä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymyksissä ei saa olla turhia eikä sisältöjä arvottavia sanoja. Kysymyksissä käytettyjen sanojen tulee olla myös yksiselitteisiä. (Vilkka 2015, 129-130.) Tutkimusaineistoa teemahaastattelulla tai avoimella haastattelumenetelmällä kerätessä mennään suoraan tutkittavaan asiaan. Myös teema- ja avoimessa haastattelussa taustatiedoista on usein hyötyä. Taustatietojen kuvaaminen auttaa tutkijaa hahmottamaan haastateltavan maailmaa ja ymmärtämään millaisen esitiedon, asiantuntemuksen ja ymmärryksen varassa haastateltava asioita kuvaa. Haastateltavaa voi pyytää kertomaan itsestään ja taustoistaan; koulutus- ja työhistoria, perhetausta, urakehitystä. (Vilkka 2015, 131-132.)

Haastattelurungon tulisi olla juonellinen koska se vähentää haastateltavan epävarmuuden tunnetta haastattelijaa kohtaan. Näin saadaan aikaan haastateltavalle tunne, että haastattelu etenee hänen odotustensa mukaan. Se motivoi haastateltavaa kertomaan kokemuksistaan ja käsityksistään laajemmin. Juonellisuus varmistaa myös sen, ettei haastattelussa palata saamaan teemaan uudelleen ja näin rasiteta haastateltavaa. Teemahaastattelussa juonta voidaan rakentaa etenemällä yksittäisistä kysymyksistä yleisimpiin tai päinvastoin. (Vilkka 2015, 134; Hirsjärvi & Hurme 2017, 107.)

Asiakaslähtöisyyden nykytilan kartoitus alkaa lokakuun ensimmäisellä viikolla, jolloin kaikki työssä olevat sairaanhoitajat haastatellaan yksitellen. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ennalta sovittujen teemojen mukaisesti. Haastatteluteemat ovat liitteenä (Liite 3). Haastatteluteemoja ei anneta haastateltaville etukäteen ja siksi kaksi ensimmäistä teemaa ovat aihepiiriin orientoivia teemoja. (Ensimmäisessä teemassa asiakaslähtöisyyttä lähestytään valtakunnan tasolta, miettien mitä asiakaslähtöisyyden lisääminen hallituksen kärkihankkeessa tarkoittaa. Toinen teema liittyy Ikaa-

listen kaupungin arvoihin, joista yksi on asiakaslähtöisyys, miten se näkyy sairaanhoitajan vastaanotolla. Kolmas teema on asiakaslähtöisyyden näkyminen omassa työssä sairaanhoitajan vastaanotolla. Neljäs teema sisältää asiakaslähtöisyyden näkymisen puhelinpalvelussa. Viidennessä teemassa pohditaan asiakaslähtöisyyden riittävää tasoa siihen nähden, mitä se sairaanhoitajan mielestä tarkoittaa. Kuudes teema käsittelee asiakaslähtöisyyden riittävää tilaa puhelinpalvelussa. Seitsemännessä teemassa mietitään miten asiakaslähtöisyyttä voisi lisätä ja viimeisessä teemassa, miten palvelujen käyttäjiä voitaisiin ottaa mukaan palvelujen kehittämiseen.) Haastattelut nauhoitetaan ja ne litteroidaan samana päivänä kuin ne oli nauhoitettu. Kun kaikki haastattelut on litteroitu, aloitetaan aineiston analysointi. Aukikirjoitetuista haastatteluista haetaan vastausta asiakaslähtöisyyden nykytilaan Ikaalisten sotekeskuksessa.

6.1.1 Haastateltavien valinta

Teemahaastattelulle tyypillisesti pyritään haastattelua varten tavoittamaan ne henkilöt, joilla uskotaan olevan haluttu tieto asiasta. Haastateltavien valintakriteerit muodostuvat tutkimustehtävän mukaan. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 30.) Haastattelu perustuu vapaaehtoisuuteen. Haastatteluun suostumista motivoi usein kolme tekijää: haastateltava saa mahdollisuuden tuoda mielipiteitään esille, tarve kertoa omista kokemuksistaan ja tunne siitä, että oma kokemus on arvokas ja näin saattaa hyödyttää muita samassa tilanteessa olevia. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 31-32.) Laadullisella tutkimuksella on myös emansipatorinen tarkoitus. Sillä tarkoitetaan, että haastatteluun osallistuvat henkilöt eivät ole vain tiedon saannin välineitä vaan tutkimus voi lisätä myös tutkittavien ymmärrystä asiasta ja vaikuttaa myönteisesti tutkittavien ajattelu- ja toimintatapoihin tutkimustilanteen jälkeen. (Vilkka 2015, 125.)

Haastateltavien määrä riippuu aina tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimussuunnitelmassa jo kerrotaan mitä aiotaan tutkia, keneltä tieto hankintaan ja miksi näitä tietoja tarvitaan. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 58.) Tutkimussuunta vaikuttaa tutkimushaastattelujen määrään (Hyvärinen 2017, 34).

Sopimus tietojen säilyttämisestä ja käytöstä käydään läpi haastattelutilanteen alkuvaiheessa (Hyvärinen 2017, 39). Haastattelijan on kerrottava haastateltavalle totuudenmukaisesti haastattelun tarkoitus, tietojen pitäminen luottamuksellisina ja ettei haastateltavan henkilöllisyys paljastu (Ruusuvuori & Tiittula 2017, 66). Haastateltava suostuu haastatteluun sen tiedon varassa, joka hänelle kerrotaan. Haastateltavalle tulee kertoa ainakin tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe ja tavoite, haastattelun toteutus, osallistumisen vapaaehtoisuus, haastatellun käsittelyn luottamuksellisuus, haastatteluotteiden sisällyttäminen tutkimusraporttiin sekä haastattelun jatkokäyttö ja arkistoiminen. (Ranta & Kuula-Luumi 2017, 415.) Haastateltavan suostumuslomake on liitteenä (Liite 4). Tässä työssä haastatellaan kaikki sairaanhoitajan vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat (N=6).

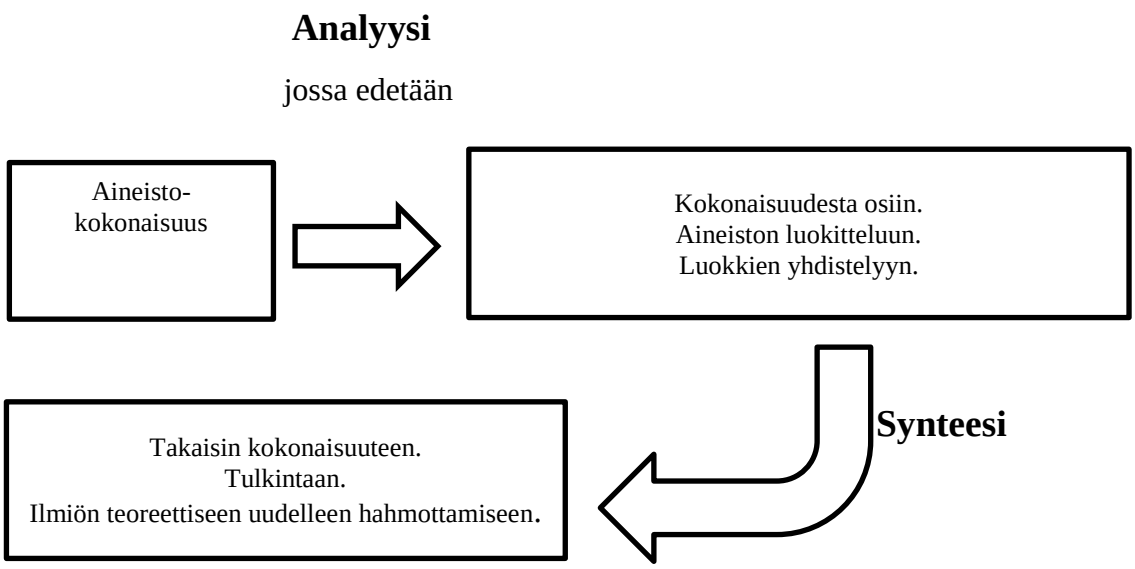
6.1.2 Aineiston analyysi

Haastatteluaineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Sisällön analyysi voidaan tehdä aineisto- tai teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. (Kananen 2015, 171). Sisällönanalyysillä pyritään muodostamaan aineistosta tiivistetty kuvaus, jolla tulokset voidaan kytkeä aikaisempiin tutkimuksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä kehittämistyössä käytetään deduktiivista eli teorialähtöistä sisällön analyysiä. Haastatteluaineisto ja työkonferenssin ensimmäisen ryhmätyön aineisto analysoidaan käyttäen teoreettisena viitekehyksenä Gerteisin ym. (1993) seitsemään asiakaslähtöisyyden dimensiota ja tehdyn kirjallisuuskatsauksen tuloksia.

Haastatteluaineiston analyysi alkaa litteroinnilla eli tekstiksi muuttamisella. Litteroinnin tarkkuustason määrittävät tutkimuskysymykset ja analyysitapa. (Ruusuvuori & Nikander 2017, 427.) Sisällön analyysissa litteroidaan sanatarkasti kaikki puhuttu, myös tilkesanat. (Ruusuvuori & Nikander 2017, 430). Litterointi on jo keskeinen osa analyysia, se perustuu tutkimuksentekijän esiymmärrykseen tutkittavasta asiasta. Litteroinnin aikana tehdään teoreettisia ja analyyttisia valintoja. (Ruusuvuori & Nikander 2017, 439.) Tässä kehittämistyössä aineisto litteroidaan haastattelujen jälkeen sanatarkasti. Litteroitu teksti muutetaan sen jälkeen taulukkomuotoon ja haastattelujen sisältö pelkistetään. Pelkistetystä tekstistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ja näin

muodostetaan aineiston analyysin alaluokka. Analyysin ja tulkinnan on jatkuttava niin, että mukaan tuodaan kytkennät teorioihin ja aikaisempiin tutkimuksiin. (Eskola 2018, 226). Yläluokka pyritään muodostamaan Gerteisin ym. 1993 dimensioiden mukaan sekä käyttämällä hyväksi kirjallisuuskatsauksen tuloksia.

Analyysilla tarkoitetaan koko aineistonkäsittelyn prosessia. Analyysissa tutkimusaineistoa luokitellaan. Synteesissä pyritään kokonaiskuvaan ja tutkittavan ilmiön esittämiseen uudesta perspektiivistä. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 143.) Haastatteluaineiston käsittely on kuvattu kuviossa (Kuvio 2).



Kuvio 2. Haastatteluaineiston käsittely analyysista synteesiin. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 144.)

Työkonferenssin muiden ryhmätöiden analyysi perustuu teemoitteluun, jossa aineistosta etsitään yhteisiä piirteitä, jotka ovat yhteisiä useammalle ryhmän työskentelystä nousseelle ajatukselle. Teemoittelu on kehittämistyön tekijän tulkinta aineistosta. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 173.) Teemoittamisessa on kysymys aineiston pelkistämisestä. Tällöin etsitään tekstistä olennaisimmat asiat, näin pyritään tavoittamaan merkityksenantojen ydin. Teemat liittyvät koko tekstin sisältöön eivätkä yksittäisiin kohtiin. Teemojen etsimisen jälkeen täsmennetään niiden merkityssisältö. Tähän voidaan käyttää käsitekarttaa apuna. (Moilanen & Räihä 2018, 60.)

6.2 Asiakaslähtöisen vastaanottotoimintamallin laatiminen

Asiakaslähtöisen vastaanottotoimintamallin laatimisessa käytetään työkonferenssia. Työkonferenssiin vaikuttanutta työtä tehtiin toisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Silloin tutkimustyön kohteena olivat ihmisen osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien parantaminen. Lontooseen perustettiin Tavistock instituutti, jossa tutkimusryhmän jäsenet tulivat erilaisista koulutustaustoista, lähtökohdista ja eri maista. Instituuttista muodostui metodien ja ajattelutapojen tutkimusareena. Lontoolaisessa Tavistock instituutissa toiminta perustui ”akatemian ja organisaation” väliseen siltaan. Tavistockilaiset tekivät merkittäviä avauksia työorganisaatioiden demokraattisuuden vahvistamiseen ja ihmisten osallisuuden lisäämiseen. (Lehtonen, Syvänen, Kokkonen & Tamminen 2014, 15-16.)

Työkonferenssimenetelmä tuli Suomeen 1980- luvun loppupuolella. Se herätti mielenkiintoa monella eri alalla: työntekijäjärjestöjen koulutuskeskuksissa, työelämän tutkimuksessa sekä työantajan puolella. Menetelmää kehittivät edelleen ja käyttivät työministeriö, Johtamistaidon opisto sekä Murikka-opisto sekö Tampereen yliopiston työelämän tutkimuskeskus sekä Teknillisen korkeakoulun työpsykologian laboratorio. (Lahtonen & Syvänen 2004, 76.) Kalliolan mukaan työkonferenssimenetelmä on tullut suomeen 1960 -ja 1970- luvuilla liittyen työelämän demokratisointivaatimukseen ja hierarkkisten johtamisjärjestelmien uudistamiseen. Ensimmäisiä soveltajia olivat Työelämänsuhteiden neuvottelukunta ja työministeriön tutkijat. Työkonferenssimenetelmän toivottiin lisäävän työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia ja itsenäisyyttä työssä. Työnantajat taas näkivät menetelmän mahdollisuuden edistää tuloksellisuutta ja kiinnittymistä työpaikkaan työvoimapulan aikana. (Kalliola 2014, 181.)

Työkonferenssi antaa työkalun tehokkaan tapaan suunnitella muutoksia. Se opettaa itsessään jo yhteistoimintaa ja dialogia. Sen avulla voidaan saavuttaa yhteisymmärrystä kehittämisestä hierakisen organisaation eri näkökulmista ja organisaatiorajojen yli. Työkonferenssin perusajatukseen liittyy kohtaaminen. (Vartiainen & Pulkkis 2004,69.) Työkonferenssimenetelmä in osallistavana ja dialogisena kehittämismallina käyttökelpoinen ja sillä on laaja käyttöala. Työkonferenssilla voidaan: 1.kartoittaa ja mallintaa lähtötilannetta 2. kartoittaa kehittämiskohteita- ja tarpeita ja paikantaa niitä

3.konkretisoida kehittämistavoitteita, visioita, tulevaisuudenkuvia 4. käynnistää kehittämistyö 5. suunnata kehittämistyötä 6. konkretisoida kehittämistavoitteita 7. arvioida kehittämistyön etenemistä 8. arvioida kehittämisprosessia 9. laajentaa osallistujien joukkoa. (Lehtonen, Syvänen, Kokkonen & Tamminen 2014, 48.)

Työkonferenssi tarjoaa mahdollisuuden vuorovaikutteiselle kehittämistyölle. Tasa-arvoisuus ja dialogisuus on koettu tärkeiksi osallisuuden, raja-aitoja ylittävän kehittämisen ja osallistumisen kannalta. Työkonferenssin yksi keskeinen tavoite on käytännön toimenpiteiden aikaansaaminen. (Paloniemi ym.2014, 199, 201.) Keskeisiä työkonferenssiin liitettyjä kielikuvia ovat dialogiin perustuva keskusteluareena, monipuolinen osallistujakunta, yhteisymmärryksen löytäminen yhteistoiminnallisin keinoin, oppimisen areena, osa prosessia, suunnittelu, toteutus ja toiminta perustuvat tutkimustietoon. (Lehtonen 2004, 15-16.)

Työkonferenssissa keskeinen työmenetelmä on demokraattinen dialogi - tasavertainen dialogi. Sitä ohjaa tietyt säännöt. Näitä sääntöjä on kehitellyt norjalainen Björn Gustavsen. Ne kuvaavat tasavertaisen dialogin ydintä, eettismoraalisia lähtökohtia ja ideaalisen keskustelutilanteen edellytyksiä. (Lehtonen 2004, 17-18; Lehtonen, Syvänen, Kokkonen & Tamminen 2014, 10.)) Demokraattisen dialogin säännöt liitteessä 1. Työkonferenssi mahdollistaa vuorovaikutuksen, jossa saattaa syntyä kokonaan uusi käsitys asiasta. Tämä edellyttää että: 1. Kommunikointimahdollisuus on korostettu ja tiedostettu työohjeiden avulla. Jokainen on valmis ottamaan vastuuta näkökulmien esittelystä, kysymysten asettelusta ja johtopäätöksistä. 2.Ymmärretään että kaikki yksilölliset mielipiteet ovat oikeutettuja ja ollaan tekemässä siis yhteistä maailmaa. 3.Jokainen voi kokea ja kuunnella, oppia ymmärtämään ja laajentaa näkökulmaansa. 4.Yhteisten valintojen valitseminen on suotavaa, mutta edellyttää omien ajatusten kriittistä reflektointia. 5.Omia olettamuksien kyseenalaistaminen ja muuttaminen voi auttaa löytämään uuden yhteisen tien. (Räsänen 2004, 103.) Työkonferenssissa ei pidetä puheita eikä esitelmiä. Tarkoituksena on, että osallistujat ovat vastuussa konferenssin etenemisestä. Tutkijat eivät siis esitä toimenpidevaihtoehtoja vaan pyrkivät saamaan tutkimuskohteesta käsityksen sisältäpäin. Pääpaino on organisaation ideoimissa käytännön toimien muutoksessa. (Kalliola 2014, 187-188.)

Työkonferenssiin osallistuville lähetetään etukäteen kutsu, jossa tiedotetaan ja korostetaan seuraavia asioita: työkonferenssin ohjelma, työkonferenssin tavoitteet, työkonferenssin toteutuksen periaatteet: tilaisuudessa vaihdetaan tietoja ja ajatuksia. Työkonferenssi perustuu siihen, että kaikkien osallistujien näkemykset ovat tärkeitä ja arvokkaita. Jokaisella on jotain annettavaa mutta myös opittavaa toiminnan kehittämiseksi. Jokaisella on yhtäläiset oikeudet työskentelyyn osallistumisessa. Jokaisen asiantuntemus on samanarvoinen. Ryhmien työskentely perustuu vuoropuheluun. Työkonferenssi toteutetaan ryhmäkeskusteluina ja niiden purkuina. (Lehtonen, Syvänen, Kokkonen &Tamminen 2014, 51.)

Gustavsenin kehittämä työkonferenssi on yksi osallistamista edistävistä välineistä. Sen työskentelytapoina ovat pienryhmä- ja yleiskeskustelut, jotka muodostuvat neljästä eri ryhmätyöstä, joissa kokoonpanot muuttuvat. Ensimmäinen ryhmätyö tehdään homogeenissä ryhmissä (esimerkiksi ammattiryhmittäinen jako) tehtävänä on visioida tulevaisuutta ja tulokset puretaan yhteisesti. Toisessa vaiheessa ryhmät muodostetaan niin, että jokaisessa ryhmässä on yksi edustaja kustakin homogeenisestä ryhmästä ja tehtävänä on jäsentää edellisessä tehtävässä muodostetun tulevaisuuden vision esteitä. Tulokset puretaan jälleen yhteisesti. Kolmas ryhmätyö tehdään sekaryhmissä ja tavoitteena on miettiä ratkaisua vision esteenä olleisiin asioihin. Neljäs ryhmätyö tehdään ryhmissä, jotka on koottu organisaatiorakenteen perusteella ja tehtävänä on luoda kehittämisestä ohjelma. (Toikko & Rantanen 2009, 104-105; Gustavsen 1992, 42-43; Kuula 1999, 94.)

Oppimisen kannalta työkonferenssissa on keskeistä, että kuunnellaan eri osapuolten näkemyksiä asiasta. Yhtä tärkeää on oppia ilmaisemaan itseään tasavertaisena aikuisena. Oppia myös ymmärtämään toisen ihmisen näkökulmia ja näkemyksen perusteluja. Näkökulmat laajenevat työkonferenssissa, toisten osapuolten odotukset, tarpeet ja tavoitteet tulevat huomioiduksi. Työkonferenssissa voi oppia miten saman käsitteen merkitys vaihtuu ja tarkoittaa eri asiaa työpisteessä kuin johdon strategiakeskustelussa. Oppimistapahtumana työkonferenssi tähtää toisen näkemyksen ymmärtämiseen. Myös omien uskomusten reflektointi mahdollistuu työkonferenssissa. (Räsänen 2004, 102.) Työkonferenssin on todettu edistävän tasa-arvoista dialogia työyhteisössä, työorganisaatioiden uudistumista ja työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksia. (Paloniemi ym. 2014, 197.)

Dialoginen lähestymistapa edellyttää toisen hyväksymistä. Asioita lähestytään vastavuoroisesti, ihmettelyn kautta. Vuorovaikutus ei ole lineaarista tai hierarkkista vaan rinnakkaista. Tällöin vuorovaikutus tuottaa ratkaisun, jonka kaikki voivat hyväksyä. Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyritään dialogiin, jolloin pyritään oppimaan toisilta ja heistä ollaan kiinnostuneita. Dialogille on esitetty periaatteita, joita voidaan soveltaa kehittämistoiminnassa. Sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja reflektiivisyys. Sitoutumisen säännössä edellytetään, että dialogiin osallistuminen otetaan tosissaan. Vastavuoroisuuden sääntö tarkoittaa, että osallistujien välillä vallitsee kunnioitus ja huolenpito. Vilpittömyyden sääntö tarkoittaa, että osallistujat toimivat rehellisesti ja vilpittömästi. Reflektiivisyyden säännön mukaan myös omaa ajattelua pitää tarkastella kriittisesti, jotta päästää parempaan ymmärrykseen omista ja toisten käsityksistä. (Toikko & Rantanen 2009. 93.)

Toimintatutkimuksena toteutettavaa työkonferenssia varten kootaan kolme ryhmää. Työkonferenssiin kutsutaan kaikki toimintaan oleellisesti vaikuttavat johtajat; ylilääkäri, johtavahoitaja, perusturvajohtaja ja vanhustyönpäällikkö. Toimintaa toteuttavat sairaanhoitajat, koska kaikkia ei voida irrottaa työtehtävistä toiminnan turvaamiseksi neljä sairaanhoitajaa oli riittävä määrä. Asiakkaiden näkökulmaa ja osallisuutta lisätään pyytämällä sosiaalisessa mediassa neljää vapaaehtoista ilmoittautumaan opinnäytetyöntekijälle sähköpostitse. Facebook teksti liitteessä (Liite 5). Ryhmien kokoamisperiaate alla olevassa taulukossa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Työkonferenssiin osallistujat.

Kriteeri	**Kohderyhmä**
Henkilöt, joilla on päätöksen teko-oikeus	Ylilääkäri, johtava hoitaja, perusturvajohtaja, vanhustyönpäällikkö
Henkilöt, joilla on mahdollisuus estää ideoinnin toteutus	Vastaanoton Sairaanhoitajat
Henkilöt, joita asia koskee	Asiakkaat
Henkilöt, joilla on käsiteltävästä aiheesta erityistä tietoa.	Asiakkaat ja vastaanoton sairaanhoitajat

Uuden toimintamallin visiointi tehdään kahdessa työkonferenssissa, molemmissa samalla kokoonpanolla.

Asiakkaiden, työntekijöiden ja sidosryhmien osallistuminen kehittämistoimintaan on hyödyllistä monella tavalla. Tuloksellisuuden näkökulmasta sidosryhmien mukaan ottaminen kehittämistoimintaan suunnitteluvaiheessa ja myöhemmin päätöksentekoon varmistaa eri tahojen intressien ja tarpeiden huomioimisen ja sitä kautta sitoutumisen kehittämistoimintaan. Asiakkaiden osallistumista perustellaan sillä, että asiakkaalla on tietoa, josta kehittämisessä voi olla hyötyä. (Toikko & Rantanen 2009, 90.) Ohessa taulukko (Taulukko 4), asiakkaasta tiedon tuottajana, jolla perustelen menetelmän käyttöä. Silloin kuin asiakas vastaa kyselyihin lomakkeella tai haastattelussa jää annettu tieto vähäiseksi tai sitä ei tavoiteta niin, että se johtaisi toiminnan muutokseen ja kehittämiseen tai jos johtaa, muutos- ja kehittämisidean luo organisaatio eikä asiakas ja organisaatio yhteistyössä.

Taulukko 4. Asiakas tiedon tuottajana. (Järvikoski, Martin, Kippola-Pääkkönen & Härkäpää 2017, 74.)

Asiakkaat tiedon tuottajina	Mahdollisuus vaikuttaa tavoitteiden määrittelyyn	Mahdollisuus tuoda esiin viiteryhmän kannalta tärkeitä tietoja	Toimintatapojen ja tiedonkeruun menetelmien hyväksyttävyys	Tuotetun tiedon ja kehittämistuloksen yhteys
Vastaavat oman tilan ja sen muutoksia koskevaan tiedonkeruuseen.	ei	pieni	arvioitava erikseen	etäinen
Toimivat informantteina palvelun laatua ja muutostarpeita selvittävässä tiedonkeruussa. (lomakekysely ja haastattelu)	vähäinen	kohtalainen	ei aina	useimmiten etäinen
Osallistuvat muutostarpeita ja kehittämisehdotuksia selvittävään fokusryhmään tai ryhmähaastatteluun	vähäinen	kohtalainen	yleensä	vaihtelee
Ovat kumppaneina niin sanotussa osallistavassa toimintatutkimuksessa tai osallistavassa toiminnan kehittämisessä.	hyvä	suuri	kyllä	tiivis, läheinen
Ovat kumppaneita käyttäjäjohtoisessa kehittämistoiminnassa	hyvä	suuri	kyllä	tiivis, läheinen

tai niin sanotussa emansipatori-sessa tutkimuk-sessa.				

6.3 Asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin jalkauttamis-suunnitelman tekeminen

Johtajien ja esimiesten tulee valmistaa organisaatiota muutokseen ja siihen sopeutumiseen. Useat organisaation muutosprosesseista epäonnistuvat siitä huolimatta. Muutos on monitasoinen ja monitahoinen prosessi, jolla on vaikutuksia niin psykologisesti kuin sosiaalisestikin. Jotta organisaatio selviää muutoksesta, tarvitaan ihmisten johtamista, sillä ratkaistaan se, tuleeko muutoksesta voimavara. Ihmisten johtaminen on yksi tärkeimmistä menestystekijöistä muutoksen johtamisessa. Muutosjohtamisen suurimpia haasteita ovat henkilöstön sitouttaminen ja muutosvastarinnan voittaminen. (Laurila 2011, 45.)

Jotta henkilöstö saadaan sitoutettua pitää muutostarve olla perusteltu ja muutostarpeeseen johtaneiden syiden olla selvillä. Muutokselle pitää näiden jälkeen määrittää selkeä visio, suunta ja tavoitteet. Henkilöstön muutokseen sitoutumiseen tarvitaan myös johdolta taholta keskusteluyhteyttä ja empatiaa, motivointia ja mahdollisuutta osallistua muutoksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Myös osaamisen varmistaminen kuuluu muutokseen sitouttamiseen. Onnistuneeseen muutosprosessiin tarvitaan myös prosessin seurantaa, arviointia ja mittaamista. (Laurila 2011, 46.)

Henkilöstön osallistaminen muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen ovat keskeisiä motivaation ja sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Osallistamisella tarkoitetaan sitä, että myös organisaation alimman tason työntekijät otetaan mukaan ongelman määrittelyyn ja ratkaisun etsintään. Muutokseen osallistaminen edellyttää hyvää tiedon kulkua, koulutustarpeisiin vastaamista ja palkitsemista. Olennaista on myös avoin dialogi esimiesten ja alaisten välillä. (Laurila 2011, 51.)

Kun halutaan aikaansaada muutos, on tärkeää viipyä vaikkapa muutoksen tavoitteen äärellä riittävän pitkään, jotta kaikki ymmärtävät mistä on kysymys. Asiaan, jota ei koe merkitykselliseksi ei haluta sitoutua. Kun muutoksen perusta hiotaan hyväksi alkaa prosessi kehittyä hyppäyksittäin ja yhteinen juoni löytyy. (Mönkkönen 2018, 182-183.) Motivaatio muutokseen on muutosprosessin vaikein ja keskeisin osa. Ilman esimiesten ja henkilöstön motivaatiota muutosta ei tapahdu ja siihen ei sitouduta. Yhteinen visio on merkittävä tekijä muutokseen motivoinnissa. Visiolla pyritään kuvaamaan sitä mitä kohti ollaan pyrkimässä. Vision ollessa kauaskantoinen pitää olla lähempänä olevia välitavoitteita ja päämääriä, jotta motivaatio saadaan pidettyä. (Laurila 2011, 49.) Yhteistä visiota pyritään tässä opinnäytetyössä herättelemään ensin sairaanhoitajien teemahaastattelussa, jonka todellinen tarkoitus on kartoittaa asiakaslähtöisyyden nykytilaa mutta, koska tilanne tulee olemaan keskustelunomainen puheeksi tulee varmasti koko vastaanoton tilanne. Tarkoituksena on myös luoda keskusteluyhteys sairaanhoitajien, asiakkaiden ja johdon välille. Näin saadaan luotua kehittämiselle yhteinen tarve ja visio asiakkaalle arvoa tuottavasta sairaanhoitajan vastaanottotyön mallista. Kun malli luodaan yhdessä, sen toteuttamiseen sitoudutaan paremmin. Kaikki vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat eivät voi käytännön syistä osallistua työkonferenssiin, näiden sairaanhoitajien sitouttaminen muutokseen on haaste.

Yksi muutoksen johtamisen menestystekijä on organisaation kyky luoda työyhteisön jäsenille voimakas yhteenkuuluvuuden tunne. Yhteenkuuluvuuden tunne voidaan organisaatiossa tavoittaa osoittamalla empatiaa, kuuntelemalla, innostamalla ja kannustamalla. (Laurila 2011, 55.) Tätä pyritään vahvistamaan nimenomaan työkonferenssilla, siinä ensimmäinen ryhmätyö koskee asiakaslähtöisyyden ihannetilaa. Ensimmäisessä ryhmätyössä on tarkoituksena vähän hullutella ja mahtailla epärealistisilla ajatuksilla turvallisessa hyväksyvässä ilmapiirissä. Työkonferenssi jo sinällään vahvistaa samassa veneessä olemisen tunnetta johdon ja sairaanhoitajien välillä ja toisaalta taas tuo palvelua antavaa henkilökuntaa lähemmäs palvelun käyttäjää. Myös sairaanhoitajien teemahaastatteluissa käytetään innostavaa ja ajatuksia herättelevää tapaa hahmottaa omaa työtä.

6.4 Asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan arviointisuunnitelman tekeminen.

Arvioinnin käsite on monitahoinen, siinä voidaan puhua itsearvioinnin ja ulkopuolisen arvioinnin ohella esimerkiksi toteavasta, diagnostisesta, määrällisestä, laadullisesta, kuvailevasta ja osallistuvasta arvioinnista. Arvioinnille on tyypillistä se, että siinä määritellään asialle tai usealle asialle arvo, merkitys, joka on säädeltävissä, arvolle on ennen arviointia määritetty jokin läpinäkyvä peruste eli kriteeri. (Korkeakoski 2017, 20.)

Arviointimenetelmiä on erityyppisiä: toteavat arvioinnit, vertailevat arvioinnit, yhteistoiminnallinen arviointimenetelmä ja systemaattinen arviointimenetelmä. Toteavia arviointimenetelmiä ovat esimerkiksi auditointi, sertifiointi ja monitorointi. Vertailevia arviointimenetelmiä ovat esimerkiksi vertaisarviointi, benchmarking ja parivertailu. Yhteistoiminnallisia arviointimenetelmiä ovat muun muassa monitahoarviointi, arviointikeskustelu ja konsultatiivinen arviointi. Systemaattisia arviointimenetelmiä ovat muun muassa ISO standardit, CAF ja EFQM. (Korkeakoski 2017, 41.)

Arviointikohteen päättäminen on arviointiprosessin ensimmäinen vaihe. Arvioinnin kohteena voivat olla esimerkiksi hankkeet; niiden kohderyhmät, tavoitteet ja vaatimukset, toiminnan vahvuudet ja heikkoudet, hankkeen tai toimenpiteen resurssit, ohjausryhmän toiminta tai hankkeen viestintä. (Terveyden- ja Hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2018.) Kun aletaan tekemään arviointisuunnitelmaa pitää ensin määritellä mitä muutoksia kehittämisellä, hankkeella tai toimenpiteellä tavoitellaan. Näitä muutostavoitteita voidaan määritellä monesta eri näkökulmasta. Kaikkia tavoitteita ei välttämättä tarvitse arvioida mutta arviointi voidaan silti tehdä useammasta eri näkökulmasta. (Koivisto & Pohjola 2013, 9.) Arvioinnin lähtökohtana on tieto siitä, miten asiat ovat nyt, lähtökohta. (Korkeakoski 2017, 27) Osallistavassa arvioinnissa arviointikriteerejä ei voi etukäteen määrittää. Olennaista on, että arvioinnin kohteet osallistuvat arviointiin. Osallistavassa arvioinnissa arvioinnin kohteena ovat toimintaprosessit. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 75.)

Asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan arviointi suunnitelman tekemiseen hyödynnetään Innokylän Arviointisuunnitelman tekemistä ohjaavaa kysymysrunkoa, joka auttaa hahmottamaan miksi arvioidaan, ketä arviointi palvelee, miten arviointi tehdään, milloin arvioidaan ja mistä saadaan arviointia varten tarvittava tieto, kuka arvioinnin tekee ja mitä resursseja sen tekemiseen tarvitaan, miten saatu arviointitieto analysoidaan, miten ja kenelle arviointi raportoidaan ja miten saatua arviointitietoa hyödynnetään. (Innokylä www-sivut.)

7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

7.1 Sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan asiakaslähtöisyyden nykytila

Elokuussa palvelukokemusmittauksen lomakkeita etsittiin, mutta niitä ei löytynyt. Löytyi vain kaikista avoterveydenhuollossa palautetuista palvelukokemusmittauslomakkeista tehty kooste. Palvelukokemusmittaus tuloksia oli tarkoitus käyttää hyödyksi jo asiakaslähtöisyyden nykytilaa kartoittavissa sairaanhoitajien teemahaastatteluissa niin, että tuloksista nousseita kehityshaasteita olisi voitu nostaa esiin haastatteluissa. Koska alkuperäisiä asiakkaiden täyttämiä lomakkeita ei löytynyt tälle palvelukokemusmittaukselle ei voida tässä työssä antaa arvoa, koska tulokset oli koottu koko yksikkö yhdistäen eikä eritellen.

Palvelukokemus lomakkeessa oli kymmenen väittämää, joilla toivottiin vastausta palvelu- ja hoitokokemukseen yksittäisellä käynnillä terveyskeskuksessa. Lomakkeen väittämät liittyivät hoidon ja palvelun laatuun, henkilökunnan antamaan kohteluun, hoidon ja palvelun turvallisuuden kokemiseen, hoitoa ja palvelua koskevaan päätöksentekoon, tiedonsaantiin palvelusta ja hoidosta, läheisten mahdollisuudesta osallistua hoitoon, läheisten kohtelusta hoidon tai palvelun aikana, hoidon jatkuvuudesta ja suosittelisivatko käyttäjät tätä terveyskeskusta muille palvelua tarvitseville. Palvelukokemusmittauksen tuloksissa lääkäreiden vastaanoton (sisältää myös sairaanhoitajan vastaanoton) ja röntgenin annetuista vastauksista 100% sijoittui asteikolla Täysin samaa mieltä (5) tai Osittain samaa mieltä (4) arvoille. Yhtään vastausta ei näin ollen annettu asteikon Ei samaa eikä eri mieltä (3) Osittain eri mieltä (2) tai Täysin eri mieltä (1) oleville arvioille.

Palvelukokemusmittauslomakkeessa oli tila, johon pystyi jättämään myös sanallista palautetta. Näissä kommenteissa tuli esille kokemus ystävällisyydestä, asiantuntevuudesta, helppoudesta, kokemus ymmärretyksi tulemisesta ja selkeistä ohjeista. Nämä kommentit kohdentuivat koko organisaatioon ja näin myös sairaanhoitajan vastaanottotoimintaan.

Palvelukokemusmittauksen tuloksien arviointia heikentää se, että ei ole tiedossa montako vastauslomaketta jaettiin. Lääkäreiden vastaanoton ja röntgenin osalta (oli laskettu yhteen) vastauksien lukumäärä on vaatimaton, 32 vastausta. Viikon kävijämäärä on ollut suurempi.

Ikaalisten sotekeskuksen sairaanhoitajat haastateltiin sotekeskuksen tiloissa 2.-5.10. 2018. Jokainen sairaanhoitaja haastateltiin yksitellen. Haastatteluja tehtiin yhteensä kuusi (n=6). Haastattelujen kesto vaihteli 26 minuutista ja 55 sekunnista 46 minuuttiin 35 sekuntiin. Kirjoitettua tekstiä näistä tuli 10-13 sivua rivivälillä yksi. Haastattelut litteroitiin vielä saman päivän aikana. Kirjoitettu tekstiä näistä tuli yhteensä siis 66 sivua.

Litteroinnin jälkeen teksti muutetiin taulukkomuotoon ja tehtiin ensimmäinen karkea tulkinta haastattelun sisällöstä. Kun kaikki haastattelut oli litteroitu, muutettu taulukkomuotoon ja tehty karkea tulkinta sisällöstä ne lähetettiin sähköpostin liitteenä erikseen jokaiselle haastateltavalle hyväksyttäväksi. Muutospyyntöjä ei haastatelluilta sairaanhoitajilta tullut.

Haastateltavien ikä vaihteli 26 ja 45 vuoden välillä. Sairaanhoitajaksi tai terveydenhoitajaksi valmistumisesta haastateltavilla oli aikaa 1 vuodesta 21 vuoteen. Ikaalisten sote keskuksen lääkärien vastaanotossa haastateltavat olivat työskennelleet kolmen viikon ja 11 vuoden välillä. Haastateltavien taustatiedot seuraavassa taulukossa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Haastateltujen taustatiedot

Ikä	26 - 45 vuotta
Aikaa valmistumisesta	1 – 21 vuotta
Työssäoloaika tässä työpaikassa	3 vk – 11 vuotta

Teemaa haastatteluissa ensimmäisessä teemassa lähestyttiin asiakaslähtöisyyttä hallituksen Palvelut asiakaslähtöisiksi – kärkihankkeen kautta. Haastateltaville kerrottiin hyvin lyhyesti kärkihankkeen tarkoitus ja mitä siinä tarkoitetaan sosiaali- ja tervey-

denhuollon prosessien uudistamisella. Tarkoituksena oli miettiä, mitä kärkihanke tarkoittaa käytännössä. Kaikille haastatelluille hallituksen kärkihanke oli sisällöltään outo. Haastateltujen sairaanhoitajien käsitykset kärkihankkeen sisällöstä liittyivät hoidon koordinointiin ja yhteensovittamiseen (2. dimensio) ja palveluketjussa siirtymiseen ja hoidon jatkuvuuteen (7. dimensio) sekä asiakkaan osallistumiseen oman hoitonsa suunnitteluun sekä palveluiden suunnitteluun ja arviointiin.

Toisessa teemassa asiakaslähtöisyyttä lähestyttiin Ikaalisten arvojen kautta. Haastateltaville kerrottiin lyhyesti, miten Ikaalisten strategiatalossa on määritelty asiakaslähtöisyys. Haastatteluissa keskusteltiin siitä, miten asiakaslähtöisyys arvona näkyy sairaanhoitajan vastaanottotyössä. Ikaalisten arvot olivat kaikille haastatelluille outoja ja aiheuttivat haastattelutilanteessa hämmennystä, koska näitä arvoja ei oltu tuotu tietoon ja ohjenuoraksi annettavaan palveluun. Arvona asiakaslähtöisyys liitettiin palvelun laatuun. Teemahaastattelusta nousseita termejä olivat asiakaan osallistuminen palvelujen kehittämiseen ja hoitosuhteen yksilöllisyys sekä toiminnan joustavuus asiakkaan tarpeiden mukaan. Asiakaslähtöisyys koettiin teemahaastatteluissa tärkeäksi asiaksi ajatellen tulevaa sote- ja maakuntauudistusta.

Asiakaslähtöisyyttä sairaanhoitajan vastaanotolla teemaa peilattiin Gerteisin ym. (1993) dimensioihin. Asiakaslähtöisyyden sairaanhoitajat käsittivät liittyvän asiakkaan kunnioitukseen (1. dimensio), johon katsottiin kuuluvaksi mahdollisuus osallistua hoitoon, asiakkaan arvojen kunnioitus, kohteliaisuus ja ymmärrettävä puhe asiakkaan kohtaamisessa. Asiakaslähtöisyys liittyi sairaanhoitajien käsitysten mukaan palveluketjussa siirtymiseen ja hoidon jatkuvuuteen (7. dimensio), jolloin siihen katsottiin liittyvän palvelujen helppous, sujuvat prosessit, jolloin yhdellä käynnillä pyritään hoitamaan mahdollisimman monta asiaa. Asiakaslähtöisyys liittyi hoidon koordinointiin ja yhteensovittamiseen (2. dimensio), jolloin se katsottiin liittyvän yhteistyöhön asiakkaan ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Asiakaslähtöisyys liittyi tietoon, kommunikointiin ja opetukseen (3. dimensio), jolloin sen katsottiin liittyvän tiedon antamiseen erilaisista hoitovaihtoehdoista, asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamiseen ja hyvään ja ymmärrettävään vuorovaikutukseen. Asiakaslähtöisyyteen liitettiin emotionaaliseen hyvään vointiin ja pelkojen ja ahdistuksen lieventymiseen (5. dimensio), jolloin siihen liittyivät asiakkaan psyykkinen tukeminen lisäämällä asiakkaan tietoa tulevasta. Näiden lisäksi asiakaslähtöisyys käsitettiin osaksi laatua. Perheen ja läheisten

mukana olon mahdollistaminen (6. dimensio) ja fyysinen hyvä vointi (4. dimensio) jäivät sairaanhoitajien käsityksissä kokonaan pois. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 6), esimerkki miten analyysi johdettiin.

Taulukko 6. Asiakaslähtöisyys sairaanhoitajan vastaanotolla.

Alkuperäinen ilmaus	**Pelkistetty ilmaus**	**1. taso**	**2. taso, dimensio**
xxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx	Yritän olla aina kohtelias ja puhun niin että asiakas ymmärtää Kunnioitetaan asiakkaan arvoja. Mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Uskonnon ja vakaumuksen kunnioittaminen	Kohteliaisuus asiakasta kohtaan. Ymmärrettävä puhe. Asiakkaan arvojen kunnioitus. Mahdollisuus osallistua. Asiakkaan arvojen kunnioitus	1.dimensio Asiakkaan kunnioitus.
xxxxxx	Yhdessä työstetään sitä, miten asiakas haluaa omaa ongelmaansa alkaa ratkaisemaan ja ketä siihen pyydetään mukaan. Yhteistyötahojen kartoitus, kenen avusta voisi olla asiakkaalle hyötyä	Yhteistyö asiakkaan kanssa Yhteistyötahojen kartoittaminen	2.dimensio. hoidon koordinointi ja yhteensovittaminen
xxxxxxxxxx	Ei pelkkää höpöttelyä vaan perustuu ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamiseen ja asiakkaan tiedon lisääntymiseen hoidosta ja hoitovaihtoehdoista Pyrin menemään vuorovaikutuksessa potilaan kanssa samalle tasolle. Pyrin puhumaan samalla kielellä kuin asiakas.	Ammattilaisen ja asiakkaan kohtaaminen Asiakkaalle tietoa hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Hyvä vuorovaikutus. Ymmärrettävä puhe	3.dimensio Tieto, kommunikaatio ja opetus
xxxxxxxxxxx	Hoitoketjujen hyvä tuntemus lisäisi asiakkaan psyykkistä tukemista uudessa tilanteessa.	Asiakkaan psyykkinen tukeminen tiedon lisääminen	5. dimensio Emotionaalinen hyvä vointi ja pelkojen ja ahdistuksen lieventyminen
xxxxxxxxxxx	Pyrkimys tehdä asiat asiakkaalle helpoksi	Palvelujen helppous.	7. dimensio

	ja tehdä monta asiaa samalla käynnillä. Asiakkaan tilanteen hyvä arviointi ja pyrkimys tehdä prosessista sujuvaa ja jatkuvaa niin että asiakas ja henkilökunta tietää mitä seuraavaksi tapahtuu.	Monta asiaa voidaan hoitaa yhdellä käynnillä. Asiakkaan tilanteen hyvä arviointi. Sujuvat prosessit. Asiakas tietää mitä seuraavaksi tapahtuu.	Palveluketjussa siirtyminen ja hoidon jatkuvuus

Neljännessä teemassa käsiteltiin asiakaslähtöisyyden ilmentymistä sairaanhoitajan vastaanottotyöhön sisältyvässä puhelinpalvelussa. Sairaanhoitajien käsityksiä peilattiin Gerteisin ym. (1993) dimensioihin. Asiakaslähtöisyyden ilmentyminen puhelinpalvelussa liittyivät sairaanhoitajien käsitysten mukaan asiakkaan kunnioittamiseen (1. dimensio), jolloin sen katsottiin liittyvän yksilöllisyyteen, yksilölliseen tilanteen kartoittamiseen ja yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Asiakaslähtöisyyden ilmentyminen puhelinpalvelussa liitettiin hoidon koordinointiin ja yhteensovittamiseen (2. dimensio), jolloin sen katsottiin liittyvän asiakkaan asioiden hoitamiseen mahdollisimman valmiiksi jo puhelinkeskustelun perusteella ja sen aikana. Asiakaslähtöisyys puhelinpalvelussa liittyi myös kommunikaatioon (3. dimensio), jolloin siihen liitettiin vuorovaikutuksen vaikeudet, kun asiakkaan tilaa arvioidaan asiakkaan kertoman mukaan, ilman näköhavaintoa, rajallinen ajankäyttömahdollisuus. Asiakaslähtöisyyden ilmentyminen puhelinpalvelussa liitettiin palveluketjussa siirtymiseen ja hoidon jatkuvuuteen (7. dimensio), jolloin siihen liitettiin hoidon jatkuvuuden takaaminen olemalla yhteydessä potilaaseen jatkohoidon järjestämiseksi. Tässä teemassa jäivät ilmentymättä asiakkaan fyysinen hyvinvointi (4. dimensio), emotionaalinen hyvinvointi ja pelkojen ja ahdistuksen lieventyminen (5. dimensio) sekä perheen ja läheisten mukanaolon mahdollistaminen (6. dimensio). Haastatteluissa käsiteltiin paljon puhelinpalvelun saatavuutta ja palvelun parantamisen eteen tehtyä työtä. Niin ikään haastatteluissa tuli paljon ilmi puhelinpalveluun liittyviä ongelmia, jotka liittyivät takaisinsoittojärjestelmän tekniseen toteutukseen ja asiakkaan saamiin toimintaohjeisiin soittopyyntöä jätettäessä. Alla taulukossa esimerkkejä analyysista. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Asiakaslähtöisyyden ilmentyminen sairaanhoitajan vastaanoton puhelinpalvelussa.

Alkuperäinen ilmaus	**Pelkistetty ilmaus**	**Alaluokka**	**Yläluokka, dimensio**
xxxxx	Potilaan tilanteen yksilöllinen kartoittaminen	Yksilöllisyys,	1.dimensio asiakkaan kunnioitus

	aikaisempien kertomustietojen perusteella. Yksilöllisesti kohdataan jokainen soittaja. Yksilöllinen arvio jokaisen asiakkaan tilanteesta	Yksilöllisen tilanteen kartoittaminen Yksilöllisyyden arvostaminen ja kunnioittaminen.	
xxxxx	Asiakkaiden asioiden hoitaminen puhelimessa mahdollisimman valmiiksi. Ja jotkut asiat hoituvat kokonaan puhelimessa. Tehdään ennakkoon jo lähetteitä ja varauksia mahdollisimman paljon. Tarkistetaan lääkärin määräykset.	Asioiden hoitaminen mahdollisimman pitkälle. Asioiden hoitaminen puhelimessa. Ennakkoon jo mahdollisimman paljon.	2.dimensio Hoidon koordinointia ja yhteensovittaminen
xxxxx	Puhelintyön vaikeutta on vuorovaikutus ilman näköhavaintoa. Arvion tekeminen asiakkaan kertoman perusteella. Perustuu asiakkaan kanssa samalle tasolle asettumiselle. Puhelinpalveluun käytettävä aika rajallinen/soittaja. Paneutuminen joskus hankalaa.	Vuorovaikutuksen vaikeudet. Näköhavainnon puute. Arvio asiakkaan kertoman mukaan. Vuorovaikutus samalla tasolla. Rajallinen aika käytössä-	3.dimensio Tieto, kommunikaatio ja opetus
xxxxx	Palautteiden käsittelyssä pyritään hoidon jatkuvuuden toteutumiseen olemalla yhteydessä potilaaseen ja tarjoamalla mahdollisuutta hoidon jatkoon	Hoidon jatkuvuuden takaaminen Yhteys potilaaseen ja hoidon järjestäminen.	7.dimensio Palveluketjussa siirtyminen ja hoidon jatkuvuus

Asiakaslähtöisyyden riittävä tila sairaanhoitajan vastaanotolla haastateltavien käsitysten mukaan on vuosien saatossa parantunut mutta kehittämiskohteita siinä tiedostettiin olevan. Gerteisin ym. (1993) dimensioista vastauksista nousi ainoastaan hoidon koordinointi ja sujuvat prosessit (2. dimensio), jolloin siihen liitettiin kehittämiskohteita muun muassa palveluaikojen parantaminen, joustaminen palveluajoissa potilaan tarpeen mukaan ja lääkäriresurssien kohdentaminen kohtaamaan tarvetta.

Asiakaslähtöisyyden riittävää tilaa sairaanhoitajan vastaanottoon liittyvässä puhelinpalvelussa pohdittiin kuudennessa teemassa. Sairaanhoitajien käsitykset asiakaslähtöisyyden riittävästä tilasta puhelinpalvelussa liittyivät pääosin Gerteisin ym. (1993) toiseen dimensioon, joka liittyy hoidon koordinointiin ja sujuviin prosesseihin, jolloin siihen liitettiin nopea yhteydensaanti ja sujuvat prosessit. Muita dimensioita ei ilmennyt vastauksissa. Keskustelu liittyi sujuvien prosessien lisäksi palveluun käytettävissä oleviin resursseihin, puhelinpalveluun hiljattain tehtyyn parannukseen, joka liittyi puhelinpalvelun sujuvuuteen ja parempaan tavoitettavuuteen

Asiakaslähtöisyyden lisäämistä sairaanhoitajan vastaanotolla ja siihen liittyvässä puhelinpalvelussa käsiteltiin haastattelun seitsemännessä teemassa. Haastatteluissa tulleet vastaukset olivat asiakaslähtöisyyden kehittämisajatuksia. Gerteisin ym. (1993) dimensioita ei vastauksista löytynyt. Vastaukset liittyivät hoidon laatuun asiakaslähtöisyyden näkökulmasta, monisairaiden, paljon palveluja käyttävien asiakkaiden käyttävien hoidon parempaan koordinointiin Ikaalisten sotekeskuksessa sekä palveluvalikoiman laajentamiseen hyödyntämällä sähköisiä – ja digitaalisia menetelmiä.

Viimeisessä teemassa haastateltavien kanssa keskusteltiin palvelujen käyttäjien osallistamisesta palvelujen kehittämiseen. Sairaanhoitajat toivat ilmi monia tiedonkeruu menetelmiä, joilla voisi saada tietoa käyttäjien toiveista ja tarpeista. Haastatteluissa mainittiin kyselyt, niin sähköinen kuin paperilla annettava, haastattelu, ehdotusboxi, asiakasfoorumi ja -raati. Asiakkailta, palvelujen käyttäjiltä saatua tietoa pidettiin erittäin tärkeänä ja toimintojen kehittämisen punaisena lankana. Vuorovaikutteisuutta palvelujen käyttäjien kanssa pidettiin tärkeänä. Keskustelua mahdollisuuksista ja toiminnan arvioinnista pidettiin haastatteluissa tärkeinä.

7.2 Asiakaslähtöisyyttä vahvistava sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan malli

Yhteistyö palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä tähdätään konkreettiseen muutokseen, jossa asiakkaan kokemustieto yhdistetään ammattilaisen ammatillistieteelliseen ajatteluun tuottaen uudenlaisia käytäntöjä. (Niskala, Kairala & Pohjola 2017, 8). Asiakaslähtöisyyden lisäämisessä palveluiden käyttäjien osallisuuden lisääminen on tavoiteltavaa. On todettu, että työntekijöiden ja asiakkaiden yhteiskehittäminen olisi tavoiteltava tapa ottaa asiakkaiden asiantuntemus käyttöön. Yhteiskehittämisellä voidaan paremmin taata, että kehitetään niitä palveluita, joille on tilausta. Yhteiskehittämisellä on todettu olevan vaikutusta työntekijöiden työhyvinvointiin ja -motivaatioon. (Sihvo ym. 2018, 49.)

Asiakaslähtöisempää toimintamallia lähdettiin etsimään työkonferenssien avulla. Asiakasosallistujia työkonferenssiin etsittiin sosiaalisen median kautta, 21.8.2018 Ikaalisten kaupungin Facebook sivuilla julkaistulla tekstillä. Teksti on liitteenä (Liite 5). Tekstissä pyydettiin neljää vapaaehtoista (N=4) ilmoittautumaan opinnäytetyöntekijälle sähköpostitse. Kaksi ilmoittautui heti. Kaksi muuta saatiin mukaan kysymällä suoraan osallistumismahdollisuutta kahteen tilaisuuteen. Nämä kysytyt valikoituivat kysymyksen kohteeksi edustamansa käyttäjäryhmän perusteella. Asiakasryhmä oli rakenteeltaan kattava ja kukin edusti omaa käyttäjäryhmäänsä.

Ikaalisten sotekeskuksessa järjestettiin kaksi työkonferenssitilaisuutta. Joista ensimmäinen oli 11.10. klo 12-15 Sote keskuksen kokoushuoneessa. Molempiin työkonferensseihin oli kutsuttu samat henkilöt. Ennen ensimmäistä työkonferenssia kaikille osallistujille lähetettiin sähköpostin liitteenä demokraattisen dialogin säännöt liitteessä (Liite 6), kokoontumispaikka ja aika.

Työkonferenssin alussa käytiin lyhyesti läpi Power Point esityksen avulla mitä asiakaslähtöisyys kirjallisuudessa tarkoittaa, miksi tämä aihe on valittu ja sekä menetelmän kulkua.

Työkonferenssin ensimmäisessä ryhmätyössä osallistujat miettivät asiakaslähtöisyyden ideaalimallia Ikaalisten sote keskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla. Ryhmät

työskentelivät ensimmäisessä ryhmätyössä niin että asiakkaat olivat omana ryhmänä, johtajat ja sairaanhoitajat omina ryhminään. Ryhmien oli tarkoitus olla tasakokoiset mutta yllättävän poissalon vuoksi sairaanhoitaja ryhmästä puuttui yksi ja yksi asiakas ryhmään kuuluva ei ollut saanut kaikkia opinnäytetyöntekijän lähettämiä sähköposteja. Ryhmät käyttivät asiakaslähtöisyyden ideaalimallin miettimiseen noin 45 minuuttia, jonka jälkeen pidettiin ryhmätyön purku. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 8) ryhmätyön purut alkuperäisinä ilmauksina ja analysoituna teorialähtöisesti käyttäen Gerteisin ym. 1993 asiakaslähtöisyyden seitsemää dimensiota. Taulukkojen alkuperäiset ilmaukset perustuvat keskusteluun, jonka opinnäytetyöntekijä kirjasi purkutilanteessa Power Point esitykseen sekä ryhmien muistiinpanoihin.

Asiakaslähtöisyyden idealimallista löytyivät kaikki Gerteis ym. (1993) seitsemän asiakaslähtöisyyden dimensiota. Organisaation toimintaan liittyvään luokkaan liittyivät ilmaukset asiakkaan kunnioituksesta (1. dimensio), hoidon koordinoinnista ja yhteensovittamisesta (2.dimensio), tiedosta, kommunikaatiosta ja opetuksesta, fyysisestä hyvästä voinnista ja palveluketjussa siirtymisestä ja hoidon jatkumisesta. Henkilökunnan asenteisiin liittyvästä luokasta nousivat asiakkaan kunnioitus (1.dimensio), emotionaalinen hyvä vointi ja pelkojen ja ahdistuksen lieventyminen (4. dimensio) sekä palveluketjussa siirtyminen ja hoidon jatkuvuus (7. dimensio). Palvelutarjontaan liittyvästä luokasta nousivat hoidon koordinointi ja yhteensovittaminen (2.dimensio), emotionaalinen hyvä vointi ja pelkojen ja ahdistuksen lieventyminen (5. dimensio) sekä perheen ja läheisten mukana olon mahdollistaminen.

Taulukko 8. Työkonferenssi; I ryhmätyö. Asiakaslähtöisyyden ideaalimalli.

Alkuperäinen ilmaus	**Alaluokka**	**Yläluokka**
Nopea pääsy. Jatkotutkimuksiin nopea pääsy. Selkeät ohjeet. Asiakkaan terveys edellä; kalliitkin tutkimukset tehtäisiin poissulkumielessä nopeasti. Oma KanTan reaaliaikaisuus; tiedon jako ja käyttö. Omalääkäri tai muuten sitoutetut lääkärit. Takaisinsoittopalvelu ollut hyvä. Puoli kiireellisten aikojen puute; ohjelmointi ajanvarauskirjoille. Tavoitettavuus. Sujuvuus.	Organisaation toimintaan liittyvät	Dimensiot: 1.asiakkaan kunnioitus, 2. hoidon koordinointi ja yhteensovittaminen, 3.Tieto, kommunikaatio ja opetus, 4. fyysinen hyvä vointi. 7. palveluketjussa siirtyminen ja hoidon jatkuvuus.

Kahvia ja suklaata tarjolle. Esteettisyys. Taide, musiikki. Osaava apu, ammattitaitoisuus. Joustavuus. Pysäköinti, pihanhoito, siisteys ja kauneus. Luotettavuus. Jatkuvuus. Työnjakojen selkiyttäminen; ei luukuteta. Riittävät, toimivat resurssit. Yhteys nopeasti ja helposti; eri yhteydenottotavat. Tilojen viihtyisyys ja toimivuus. Rauhalliset palvelutilanteet. Hoidon jatkuvuuden takaaminen. Tilat viihtyisät ja toimivat. Selkeys tiloissa		
Tasavertaisuus; kohtaaminen IHMISENÄ ei asiakkaana. Asiakkaan kuuntelu. Lääkärikin on asiakaspalvelija. Hajusteettomuus huomioitava paremmin. IKA tk:n sydän ovat ihanat, osaavat, ystävälliset ja kuuntelevat hoitajat. Hajusteettomuuden suhteen järeämmät aseet käyttöön. Ystävällisyys, hymy. Sujuvuus. Läsnäolo minulle Yksityisyys tiloissa. Minut kohdataan oikeasti Joustavuus. Positiivinen yllättäminen Henkilöstöllä aina hyvä päivä. Luotettavuus Jatkuvuus Ainutkertaisuus Selkeät jatkosuunnitelmat Asiakkaan ohjaaminen organisaatiossa oikeaan paikkaan. Puhutaan asiakkaan kanssa samaa kieltä. Asiantunteva palvelu. Ystävällinen palvelu. Asiakkaan kuuntelu; kuulluksi tuleminen.	Henkilökunnan asenteisiin liittyvät	Dimensiot; 1.asiakkaan kunnioitus, 5.emotionaalinen hyvä vointi ja pelkojen ja ahdistuksen lieventyminen. 7. palveluketjussa siirtyminen ja hoidon jatkuvuus
SoTeBussi Palveluita kotiin. Vastaanottoa kotiin. Nykyaikaisuus palvelukirjossa; kirjasto, elokuvalippujen myynti. Palveluaikojen monipuolisuus; aikainen aamu, myöhempi ilta. Koira/miesparkki	Palvelutarjontaan liittyvät	Dimensio: 6. perheen ja läheisten mukana olon mahdollistaminen. 5. emotionaalinen hyvä vointi ja pelkojen ja ahdistuksen lieventyminen. 2. hoidon koordinointi ja yhteensovittaminen. 7.palveluketjussa siirtyminen ja hoidon jatkuvuus

Trippimehutarjoilu Lapsille leluja terveydenhuollolle oma call center; asiakkaan ohjaus. Laaja palveluntarjonta (huomioitu ikä, sosiaalinen tausta) Palveluajat suhteessa asiakkaan tarpeeseen. Palvelua yli kuntarajojen. Digitaaliset palvelut. Mahdollisuus valita hoitava henkilökunta Asiakas voisi hoitaa monta asiaa yhdellä käynnillä Hoidon jatkuvuuden takaaminen Yhteistyökumppanit lähellä.		

Asiakaslähtöisen vastaanottotoiminnan ideaalimalliin sisältyy lisäksi elementtejä asiakkaan kohtaamisesta ihmisenä, nopeasta ja laadukkaasta palvelusta, joustavista palvelumuodoista ja viihtyisistä, monimuotoisista tiloista.

Työkonferenssin toinen ryhmätyö tehtiin asiakaslähtöisen vastaanottotoiminnan esteistä. Ryhmät pohtivat, mikä estää ideaalimallin toteuttamisen. Nyt ryhmiä oli neljä ja opinnäytetyöntekijä oli ne ennalta jakanut osallistujat niin että jokaisessa ryhmässä oli yksi edustaja asiakkaista, sairaanhoitajista ja johtajista. Koska yksi sairaanhoitaja oli estynyt osallistumasta tilaisuuteen, eikä korvaavaa osallistujaa voitu työtehtävistä irrottaa, tämän opinnäytetyöntekijä korvasi puuttuvan osallistujan osallistumalla ryhmän työskentelyyn sairaanhoitajana. Ryhmät keskustelivat ja kirjasivat esteitä noin 30 minuutin ajan. Jälleen käytiin purkukeskustelu. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 9) ryhmätyön purut alkuperäisinä ilmauksina, analysoituna aineistolähtöisesti. Taulukon alkuperäiset ilmaukset perustuvat keskusteluun, jonka opinnäytetyöntekijä kirjasi purkutilanteessa Power Point esitykseen sekä ryhmien muistiinpanoihin. Asiakaslähtöisen vastaanoton toimintamallin esteet liittyvät organisaation toimintaa ohjaaviin tekijöihin. Organisaation toimintaa ohjaavat erilaiset lait, säädökset ja asetukset. Osa ideaalimalliin liittyvistä ominaisuuksista oli ryhmien käsitysten mukaan vasten esimerkiksi tietosuoja- ja työturvallisuuslakeja. Toimiakseen organisaatio tarvitsee resursseja. Ideaalimallin toteutumisen esteitä ryhmät nimesivät liittyen resursseihin, esimerkiksi toimintabudjettiin ja toimitilojen asettamiin rajoituksiin. Organisaation toimintakulttuuriin liittyvät henkilökunnan asenteet ja työn organisointi. Määrällisesti eniten asiakaslähtöisen ideaalimallin esteitä liittyi asenteisiin.

Taulukko 9. Työkonferenssi. Ryhmätyö II Asiakaslähtöisen ideaalimallin esteet.

Alkuperäinen ilmaus	**Alaluokka**	**Yläluokka**
Rajallinen tilojen käyttö/ kaikkien tilojen hyötykäyttö Resurssien puute / niiden oikea ohjautuminen Rahattomuus Sijaisten saatavuus Rakennustekniset ongelmat	Resursseihin liittyvä	Organisaation toimintaa ohjaaviin tekijöihin liittyvät esteet
Tietosuoja Potilasturvallisuus Lainsäädäntö Työturvallisuus	Rajoitukset, jotka johtuvat laeista, asetuksista, säännöistä	
Kiire Asiakkaan tarpeen ymmärtäminen/ymmärtämättömyys. Työhön kyllästyminen. Muutosvastarinta Viekö ”hömppä” uskottavuutta? Perinnetaakka Ennakkoluulot ja asenteet Huono imago Kemioiden kohtaaminen Hankalat kulkuyhteydet Kokonaisnäkemyksen ymmärtämättömyys.	Asenteisiin liittyvä	Organisaation toimintakulttuuriin liittyvät esteet
Kokonaisnäkemyksen ymmärtämättömyys. Vastuunoton puute/osavastuut Perinnetaakka Toimintakulttuurien erilaisuus	Organisointiin liittyvät esteet.	

Työskentelyn jälkeen osallistujilta kysyttiin mielipidettä työskentelytavasta. Asiakkaiden kuuleminen koettiin tärkeäksi. Työskentely koettiin rikastuttavaksi kokemukseksi, joka sisälsi rakentavaa keskustelua. Enemmän olisi kaivattu asiakkaita paikalle.

Opinnäytetyön tekijä koosti iltapäivän tuotoksista osallistujille taulukon, jossa ideaalimallin esteitä peilattiin asiakaslähtöisyyden ideaalitilanteeseen. Kooste lähetettiin osallistujille sähköpostin liitteenä 22.10.2018 ja samalla muistutettiin seuraavasta tapaamisesta.

Toinen työkonferenssi-iltapäivä järjestettiin suunnitelman mukaan 25.10.2018 sotekeskuksen kokoushuoneessa klo 12-15. Osallistujat olivat samat kuin ensimmäisessä tilaisuudessa. Yksi asiakasosallistuja ilmoitti saman päivän aamuna olevansa estynyt saapumaan.

Työkonferenssi aloitettiin orientoitumalla aiheeseen ja kertaamalla edelliskerran tuotoksia keskustellen niistä. Keskustelussa todettiin esimerkiksi, että osa ideaalitilanteen aiheista eivät vaadi lainkaan rahallista satsausta, esimerkiksi hymy ja läsnäolo asiakastilanteessa, kyse on enemmän asenteesta.

Kolmas työkonferenssin tehtävä tehtiin kolmen hengen ryhmissä, joissa oli jälleen yksi osallistuja asiakkaista, yksi sairaanhoitaja ja yksi johtaja. Tarkoituksena oli miettiä, miten asiakaslähtöisyyden ideaalimallin esteet voitettaisiin. Muutetaanko työnkuvia, työskentelymallia, miten osallistetaan asiakkaita? Ryhmät miettivät esteiden voittamista noin 45 minuuttia. Jälleen työskentelyn jälkeen käytiin purkukeskustelu. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 10) ryhmätyön purut alkuperäisinä ilmauksina sekä analysoituna aineistolähtöisesti. Taulukkojen purkuteksti perustuu keskusteluun, jonka opinnäytetyöntekijä kirjasi purkutilanteessa Power Point esitykseen sekä ryhmien muistiinpanoihin. Analyysissä peilattiin ryhmätyön sisältöä Tekesin tuottaman Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen (2011) sisältämiä asiakaslähtöisemmän palvelun osa-alueita. Asiakaslähtöisemmän palvelun osa-alueita on kuusi. Asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen; asiakkaalla täytyy olla tieto asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista ja mahdollisuuksista vaikuttaa ja osallistua palveluprosessin kehittämiseen. Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen; palvelutapahtumassa on lisättävä vuorovaikutuksellisuutta ja mahdollistettava asiakkaan tekemät valinnat, keskeistä tässä on asiakaskokemus. Palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen; asiakasta on kuultava palvelujen kehittämisessä, palvelujen sisältöjen ja niiden tapojen, joilla palvelut toteutetaan, osalta. Asiakasymmärryksen syventäminen; Palvelujen kehittäjällä on oltava tieto asiakkaan tarpeista, aidon asiakastiedon kerääminen on välttämätöntä palvelujen kehittämisessä. Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen; palvelua tarjoavan organisaation ja sen henkilöstön asenteiden muuttaminen asiakkaiden kohtaamisessa. Asennemuutoksen esteiden tunnistaminen ja niiden poistamiseen panostaminen ovat keskeisiä toimia. Johtaminen; johtamalla organisaatiota asiakaslähtöisempään toimintakulttuuriin asiakasajattelu tuodaan organisaation eri tasoille, näin saadaan muutettua organisaation toimintatapoja ja asenteita. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 22.) Näistä osa-aluista viisi näyttää toteutuvan

asiakaslähtöisen ideaalimallin esteiden voittamisessa. Ryhmien käsitysten mukaan asiakkaita tulee tehdä tietoiseksi palvelun kehittämiseen osallistumisen mahdollisuudesta rakentamalla asiakkaan palveluymmärrystä. Esteitä ideaalimallin voittamiseen on myös palveluiden kehittäminen tehostamalla toiminnan prosesseja ja yhteydensaantia ja tiedonkulkua. Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen ja asiakasymmärryksen syventäminen asiakkaita osallistamalla asiakasraadin toiminnan kautta oli ryhmien käsityksen mukaan mahdollisuus voittaa asiakaslähtöisyyden ideaalimallin esteitä. Organisaation palvelukulttuurin ja asenteiden muuttaminen positiivisella some viestinnällä organisaatiosta ulospäin ja halu palvella ja uudistaa olivat ryhmien käsitysten mukaan asiakaslähtöisen ideaalimallin esteiden voittamisen keinoja. Ainoastaan johtamisella ei ryhmien käsitysten mukaan voiteta asiakaslähtöisyyden ideaalimallia. Lisäksi taloudellisen resurssin lisäämisen ajateltiin lisäävän asiakaslähtöisen ideaalimallin esteiden voittamista.

Taulukko 10. Työkonferenssin III ryhmätyö. Asiakaslähtöisen ideaalimallin esteiden voittaminen.

Alkuperäinen ilmaus	**Alaluokka**	**Yläluokka**
”Haluatko osallistua palvelujen kehittämiseen tai antaa palautetta”	Asiakkaan tekeminen tietoiseksi palvelun kehittämisen vaikuttamismahdollisuudesta.	Asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen
Toiminnan muuttaminen; omalääkäri + sairaanhoitaja Potilaan hyvä valmistelu ennen lääkärin vastaanotolle menoa. Hoitaja lääkäri työpari pitkäaikaissairaiden seurantaan Pitkäaikaispotilaiden säännölliset käynnit sairaanhoitajalla. Selkeät pelisäännöt, Hoitoprosessit toimiviksi. Kotisairaalaan lääkäri mukaan Puhelinyhteydet paremmaksi koko organisaatiossa Chat yhteys Intranet	Toimintamallin muuttaminen. Toiminnan tehostaminen. Toimivat prosessit. Yhteydensaanti koko organisaatioon. Vaihtoehtoiset yhteydensaantimahdollisuudet Tiedonkulku organisaation sisällä	Palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen;
Asiakasraati (avoimuus) Asiakaspalautteen kysyminen, netissä tai erillinen kyselijä Potilaille/asiakkaille kyselylomake kehittämiseksi. Raati, joka asiakasryhmästä edustaja.	Toiminnan kehittäminen Asiakkaan tekeminen tietoiseksi palvelun kehittämisen vaikuttamismahdollisuudesta. Asiakkaiden tarpeet Asiakkaita kuullen.	Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen ja asiakasymmärryksen syventäminen
Raha	Lisää rahallista resurssia toiminnan kehittämiseen	Resursseihin liittyvä

Some positiivisuus Oman tiedon jakaminen Heti uudistukset käyttöön Avoimuus, luottamus Kissa pöydälle Jokainen vastaa asiakaspalvelusta. Joustaminen Jokainen sitoutuu Liikennevalot ovipieliin; varattu, odota, vapaa	Positiivisuus organisaatiosta viestimisessä. Uudistushalu. Halu palvella asiakasta.	Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen;

Työkonferenssin viimeinen ryhmätyö tehtiin kolmessa ryhmässä, joissa asiakkaat muodostivat oman ryhmänsä, sairaanhoitajat ja johtajat omat ryhmänsä. Ryhmätyön tehtäväksi annettiin nyt laatia asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan osallisuutta lisäävä malli. Määrittää kuka muutoksesta vastaa ja kuka sen koordinoi. Kuka muutosta arvioi ja mitkä ovat kriteerit. Ryhmät työskentelivät tiiviisti 30 minuutin ajan. Jälleen työskentelyn jälkeen käytiin purkukeskustelu. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 11), ryhmätyön purut alkuperäisinä ilmauksina sekä analysoituna aineistolähtöisesti. Taulukkojen purkuteksti perustuu keskusteluun, jonka opinnäytetyöntekijä kirjasi purkutilanteessa Power Point esitykseen sekä ryhmien muistiinpanoihin. Analyysissä peilattiin ryhmätyön sisältöä Tekesin tuottaman Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen (2011) sisältämiä asiakaslähtöisemmän palvelun osa-alueita. Asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien lisääminen tapahtuisi perustamalla asiakasraati, Meidänsote-raati, jonka kokoonpanon ryhmä suunnitteli koostuvan yhdistyksen ja neuvostoiden jäsenistä sekä vapaaehtoisista asiakkaista. Palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen sisälsi paljon palveluita käyttävien asiakkaiden, tähtiasiakkaiden hoidon paremman koordinoinnin sekä koko organisaatioon yhteydensaannin parantamisen. Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen sisältää jatkuvan uudistamisen ja sitoutumisen toiminnan kehittämiseen. Asiakasymmärryksen syventäminen tapahtuu keräämällä jatkuvaa palautetta asiakkailta ja käyttämällä Meidänsote-raadin antamia parannusehdotuksia hyväksi. Johtaminen on myös keskeisessä roolissa muutosten organisoinnissa, resurssien kohdentamisessa ja vastuiden jakamisessa organisaatiossa. Asiakaslähtöisen vastaanottotoiminnan mallin asiakaslähtöisen palvelun osa-alueista asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen jäi puuttumaan. Tähän osa-alueeseen ei ryhmätyössä selkeää toimenpidettä nimetty.

Taulukko 11. Työkonferenssin IV ryhmätyö. Asiakaslähtöisen vastaanottotoiminnan malli.

Alkuperäinen ilmaus	**Alaluokka**	**Yläluokka**
Meidänsote raati. Raadin kokoamiseen henkilöitä vanhusneuvostosta, vammaisneuvostosta, nuorisovaltuustosta, yhdistyksistä, kyläyhdistyksistä, neuvolasta.	Asiakkaiden osallistuminen toiminnan kehittämiseen. Asiakasraati Raadin kokoonpano.	Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen
Tähtiasiakkaat sairaanhoitajalle kontrolliin 3 x vuodessa, tarvittaessa lääkärin konsultointi. Tähtiasiakkaiden listaus. Takaisinsoittojärjestelmä koko organisaatioon. Kiinteät puhelinajat pois.	Tietyn asiakas ryhmä hoidon kehittäminen. Palvelun saatavuuden parantaminen	Palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen
Uusien mallien/ideoiden esille tuominen ja niiden jalkauttaminen käytäntöön. Jokainen sitoutuu kehittämiseen.	Toiminnan jatkuva kehittäminen.	Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen
Toiminnan arviointi webropol menetelmällä. Palautekaavakkeet takaisin ja niiden käsittely. Esimiehet analysoivat tulokset ja tulosten läpikäyminen henkilöstön kanssa. Suora asiakaspalaute tähtiasiakkailta Soteraadista saatu palaute ja ideat käyttöönotto heti! Arviointikriteerit: saavutettavuus, laatu ja sujuvuus.	Toiminnan laatu, sen kehittyminen suhteessa asiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaiden tarpeiden kartoittaminen	Asiakasymmärryksen syventäminen
Esimiehillä vastuu toiminnasta ja koordinoinnista. Jokaisella kuitenkin oma vastuu omasta toiminnasta.	Toiminnan ja toiminnan kehittämisen vastuuhenkilöt	Johdon vastuu

Asiakaslähtöisemmän vastaanottotoiminnan malli koostuu Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisäämisestä palveluiden kehittämiseen ja arviointiin, tämä tulee ta-

pahtumaan asiakasraadin perustamisen ja toiminnan koordinoinnin myötä. Raadin tulee koostua laajasta käyttäjäkunnasta, jotta kuntalaisten palveluntarve tulee palvelua tuottavan organisaation tietoon. Raadin tulee myös kokoontua säännöllisesti ja kokoontumisten tulee olla koordinoituja ja muille kuntalaisille läpinäkyviä. Palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen asiakaslähtöisemmän vastaanottotoiminnan mallissa tarkoittaa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tähtiasiakkaiden hoidon parempaa koordinointia. Tämä tulee edellyttämään tälle asiakasryhmälle yhdyshenkilön nimeämistä ja sairaanhoitajan vastaanottomahdollisuuksien uudelleen resurssointia tätä asiakasryhmää varten. Myös puhelinpalvelun parantaminen koko organisaatiossa vapauttaa sairaanhoitajan puhelinpalveluun käyttämää resurssia asiakkaiden saadessa avun oikeasta palvelupisteestä eikä palvelupisteestä, johon saavat helposti yhteyden. Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen tarkoittaa asiakaslähtöisemmässä vastaanottotoiminnan mallissa jokaisen työntekijän vastuuta kehittää toimintaa, ottaa vastaan asiakkaan antamaa palautetta ja raportoida sitä eteenpäin. Se tarkoittaa myös positiivista asennetta asiakaspalvelussa. Asiakasymmärryksen syventäminen sisältää jatkuvaa asiakaspalautteen keräämistä sekä säännöllisiä palvelukokemusmittauksia. Myös asiakasraadin antama palaute auttaa ymmärtämään käyttäjien tarpeita. Johdon vastuu asiakaslähtöisemmässä vastaanottotoiminnassa sisältää resurssien tarpeenmukaisen jakamisen asiakasraadin kokoamiseen ja toiminnan koordinointiin, sekä paljon palveluita käyttävien asiakkaiden yhteyshenkilön nimeämisen, sekä muiden vastuiden jakaminen työyhteisön sisällä.

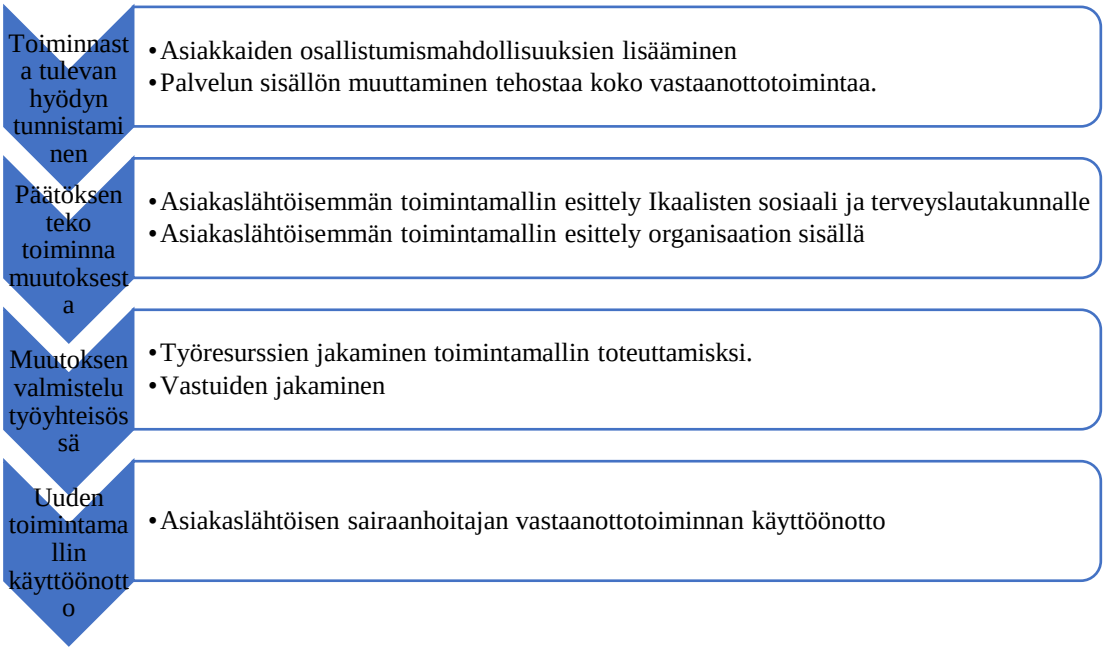
7.3 Asiakaslähtöisyyttä vahvistavan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin jalkauttaminen

Työyhteisön kehittämisessä vaikuttavat samanlaiset lainalaisuudet kuin ihmisten kohtaamisessa. Molemmissa avainroolissa ovat luottamus ja mahdollisuus osallistua itseään ja työyhteisöään koskevien asioiden kehittämiseen. (Mönkkönen 2018, 178.) Tässä kehittämistyössä kaikki sotekeskuksen vastaanoton sairaanhoitaja osallistuivat teemahaastatteluihin. Työkonferenssiin osallistui vain neljä sairaanhoitajaa, mutta

kaikki toiminnasta vastaavat esimiehet olivat paikalla. Johdon sitoutuminen muutokseen on muutoksen jalkauttamisessa tärkeää. Tämän kehittämistyön työskentelytavassa sekä sairaanhoitajat itse kuin johto ja palvelun käyttäjät olivat määrittelemässä uutta toimintamallia.

Muutosten vastustaminen voi johtua usein osaamisen puutteesta, koetaan etteivät taidot riitä ongelmien ratkaisemiseen ja työtehtävien suorittamiseen. Myös lähiesimiesten muutosjohtamistaitoihin on syytä panostaa, sillä lähiesimiehen rooli työnteon valvojasta muuttuu työyhteisön muutoksen tukijaksi. Organisaatioon tulisi myös luoda jatkuva ja pysyvä muutosvalmius, se edellyttää kykyä poisoppia vanhasta toimintatavasta. (Laurila 2011, 52.) Muutoksen käyttöönotto, sellaisena kuin se päätettiin, ei niinkään vaadi henkilöstöltä uutta substanssisosaamista, korkeintaan ajattelutavan muutosta ja sovittuja käytäntöjä.

Kun toimintamuutoksen tarve tulee palvelua käyttäviltä asiakkailta, sen tarve organisaatiossa koetaan tärkeäksi. Organisaation sisällä käynnistyy toimintojen tai toiminnan osien uudelleen suunnittelu asiakastarpeen tyydyttämiseksi. Jotta toimintoja voidaan muuttaa, tarvitaan lupa vähintään organisaation esimieheltä, mutta myös kuntatason poliittisilta päättäjiltä. Asiakasraadin kokoaminen ja toiminnan koordinointi tarvitsee luvan Ikaalisten sosiaali- ja terveyslautakunnalta. Myös paljon palvelua käyttävien, Tähtiasiakkaiden hoidon paremmasta koordinoinnista tiedotetaan Ikaalisten sosiaali- ja terveyslautakuntaa. Mikäli lupa näihin toimintamallin muutoksiin saadaan, toimintamallin muuttamisesta pitää tiedottaa hyvin ja keskustella vielä niiden sairaanhoitajien kanssa, jotka eivät asiakaslähtöisempää toimintamallia olleet kehittämässä. Tiedottaminen ja asiasta keskusteleminen tulevat tapahtumaan esimiehen johtamassa viikkopalavereissa. Toiminnan muutosta pitää myös jatkuvasti arvioida. Ajatus mikä tuntuu toimivalta teoriassa ei välttämättä toimi käytännössä tai toiminnan muutos ei tuotakaan asiakkaalle heidän toivomaansa lisäarvoa. Toiminnan kehittäminen on jatkuvaa toimintaa, joka perustuu palautteeseen ja siihen reagoimiseen. Kuviossa (Kuvio 3) on kuvattu asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminta mallin jalkauttamissuunnitelma.



Kuvio 3. Asiakaslähtöisen sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin jalkauttaminen.

7.4 Asiakaslähtöisyyttä vahvistavan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan mallin arviointisuunnitelma

Arviointitoiminta on oleellinen osa läpinäkyvää ja avointa hallintoa. Sen taustalla ovat vaatimus näyttöön perustuvasta päätöksenteosta ja tulosohjautuvasta julkishallinnosta. (Uusikylä 2013, 16.) Arviointisuunnitelmaa varten on tehty runko, joka esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 12). Runko on tehty Innokylän Arviointisuunnitelman tekoa ohjaavan lomakkeen kysymysten pohjalta ja sitä muotoillen.

Arvioinnin kohde on asiakaslähtöisyyden vahvistuminen; avoimuus kehittämisessä ja toiminnassa ja asiakkaan äänen kuuluminen toiminnan kehittämisessä sekä asiakkaan kokemus palvelun asiakaslähtöisyydestä.

Arviointikriteereiksi asetettiin palvelun saavutettavuus, laatu ja prosessien sujuvuus asiakkaan kannalta. Kaikki kriteerit ovat osa asiakaslähtöisyyden määrittelyä. Ikaalisten kaupungin arvot on määritelty vuonna 2017 Ikaalisten kaupungin strategiatalossa.

Siinä on arvoiksi määritelty asiakaslähtöinen, avoin ja yritysmyönteinen. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa Ikaalisten kaupungin arvoissa ”Asiakaslähtöisyys tarkoittaa meille sitä, että tuotamme palveluja osallistamalla niiden käyttäjiä. Teemme työtä paitsi palvelujen tuottamiseksi, myös sen selvittämiseksi mitä kuntalaiset haluavat. Teemme asioita oikein, mutta ennen kaikkea oikeita asioita”. Avoimuus Ikaalisten arvona määritellään ”Avoimuus on olennainen osa kehittämistä. Toiminta kehittyy palautteen kautta ja sitä osaavat antaa vain sellaiset kuntalaiset, jotka tietävät mitä tehdään ja miksi. Avoimuus tuo mukanaan myös tietoisuuden resurssien rajallisuudesta ja kyvyn asettaa kritiikki oikeisiin mittasuhteisiinsa”. Yritysmyönteisyys arvona määritellään ”Yritysmyönteisyys on yksi elinvoiman reunaehdoista. Aineellisen merkityksensä lisäksi yrittäjyys on hyve myös elämänasenteena. Kysyntää vastaavia tuotteita tuottava yrittäjä palvelee muiden tarpeita. Hän ansaitsee yritystulojensa lisäksi myös kanssaeläjiensä arvostuksen työstään yhteisen hyvän eteen”. (Ikaalisten kaupungin www-sivut, strategiatalo.)

Arviointitietoa kerätään jatkuvasti ja palvelukokemusmittauksia tehdään säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa. Jokaisella on vastuu viedä eteenpäin saamaansa palautetta.

Ylin johto vastaa aina työnedellytysten luomisesta, siitä miten resursseja käytetään. (Mönkkönen 2018, 178). Henkilöstöresursseja tarvitaan aluksi enemmän asiakasraadin kokoamiseen ja toiminnan suunnitteluun ja koordinointiin. Esimies määrittää käytettävissä olevan resurssin. Asiakasraadin kokoontumista varten tarvitaan tila. Saatu palaute tulee olla niin julkista kuin mahdollista kuitenkin niin, että palautteen antajan anonymiteettisyys säilyy. Palvelukokemusmittausten tulokset ovat julkisia ja asiakasraadin kokoontumisten esityslistat ja pöytäkirjat ovat myös julkisia.

Taulukko 12. Arviointisuunnitelman runko.

Arvioinnin kohde	**Arviointikriteerit**	**Miten arviointitieto kerätään?**	**Tarvittavat resurssit**	**Mihin tieto kootaan**
Asiakaslähtöisyyden vahvistuminen. 1 Avoimuus: palautteen säännöllinen kerääminen ja siihen reagoiminen. 2.Asiakkaiden osallistuminen	Palvelun saavutettavuus, laatu ja prosessien sujuvuus.	1.säännöllinen palautteen kerääminen palvelukokemuslomakkeella. 2 Jatkuva palautteen antomahdollisuus ja sen käsitteleminen.	Esimies määrittää toimijat: palvelukokemusmittauslomakkeen jakoon tarvitaan koko henkilöstö, lomakkeet käsittelee esimies. Jatkuvan palautteen kerääminen	Saatu palaute pitää olla julkista niin että palautteen antaja ei paljastu mutta se minin toimenpiteisiin ryhdytään pitää olla julkista.

toiminnan kehittämiseen. 3. Asiakkaan kokemus palvelun asiakaslähtöisyydestä		3.Asiakasraadin antamat ehdotukset ja palautteet.	on kaikkien tehtävä, käsitellään yhdessä viikko palavereissa. Asiakasraatiin 1-2 työntekijää vähintään 3 krt vuodessa. Valmistautuminen ja kokoontuminen. Kokoushuoneen käyttö.	Asiakasraadin pöytäkirjat pitää olla julkisia.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Ikaalisten kaupungilla on ollut menossa Uusi Ikaalinen kehittämishanke vuodesta 2016 lähtien. Nyt hankkeessa on menossa niin sanotusti toinen aalto. Hankkeen tavoitteena on ollut uudistaa kaupungin prosesseja ja digitalisoida ne. Kehittämishankkeissa on ollut osallistujina henkilökuntaa kaikista hallintokunnista. Asiakkaiden täysvaltaisessa osallistumisessa on haasteita. Suomessa asiakas- ja käyttäjälähtöisyyden tavoitteet asetetaan ja määritellään ammatillisten toimijoiden näkökulmasta. (Hyväri 2017, 43.) Kehittämisellä voidaan vaikuttaa palvelumuotoihin, toiminnan edellytyksiin, verkostoihin ja sidosryhmiin. Tällöin tavoitteena on organisoida palvelua paremmin. (Häytiö, Kyhä & Raikisto 2017, 85.) Tämä kehittämistyö on tavallaan jatkumoa Ikaalisten kaupungin kehittämishankkeelle, jonka ensimmäisessä aallossa olin mukana.

Tässä kehittämistyössä asiakaslähtöisyyden lisäämisen ja vahvistaminen oli kirkkaana ajatuksena opinnäytetyöntekijän mielessä. Aihe ei noussut työyhteisöstä eikä johdon toiveesta. Kun aihe esiteltiin, se koettiin hyväksi ja sille osoitettiin tukea. Palvelujärjestelmän kehittämisen lähtökohdaksi on otettu usein palvelujärjestelmän sisällölliset ongelmat. Palvelujärjestelmät ovat monimutkaisia, järjestelmälähtöisiä ja sisältävät päällekkäisiä toimintoja. Myös asiakkaiden ja potilaiden tarpeiden nostaminen palvelujen lähtökohdaksi saattaa puuttua. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamispyrkimysten taustalla on palvelujen laadun kehittäminen. Laatu on osa palvelujen saatavuutta, asiakkaiden kohtelua, potilasturvallisuutta ja alueellista tasa-arvoa. (Rissanen & Lammintakanen 2017, 31, 33-34.)

Vaikka tämän kehittämistyön tarkoituksena oli vahvistaa sairaanhoitajan vastaanoton asiakaslähtöisyyttä, on sillä vaikutusta myös koko vastaanottotoimintaan. Ja näin se varmasti haluttiin ajatella jo työkonferenssissakin koska ideaalimallin ideat koskevat myös lääkäreiden tekemää vastaanottotyötä sekä kiirevastaanottoa ja organisaation toimitiloja. Koko organisaatio on osiensa summa.

Vaikka palvelu olisi asiakaslähtöistä se ei tarkoita asiakkaalle loputonta mahdollisuutta päättää ja vaatia minkälaista hoitoa ja palvelua tahansa. Julkista terveydenhuoltoa ja sen antamaa käytännön palvelua ohjaavat hoitosuositukset ja hoitopolut. Nämä muodostavat raamit, joissa on pysyttävä. Vaikka asiakaskeskeisyys kuulostaa tavoiteltavalta siihen liittyy vuorovaikutuksen näkökulmasta kompastuskiviä. Kuinka pitkälle asiakkaan ehdoilla voi mennä? Ratkaisevatko asiakkaan tarpeet, miten palvelu toteutetaan? Vuorovaikutuksen näkökulmasta ei voi edetä vain toisen näkökulmasta. (Mönkkönen 2018, 83.) Ihmisten kohtaamisen kannalta mukaan menemisen problematiikka liittyy mukaan. (Mönkkönen 2018, 85). Asiakkaalla toimijana on oikeus tehdä valintoja itseään koskevissa asioissa. Tämä kuuluu jo perus- ja ihmisoikeuksiimme. Vaikka asiakastyössä pyritään huolehtimaan asiakkaan valinnanmahdollisuuksista, on ratkaisujen tapahduttava joidenkin reunaehtojen puitteissa, itsemääräämisoikeuden toteutumistakin voidaan tukea vain tiettyyn rajaan asti. (Mönkkönen 2018, 160.) Tähän tullaan rajoissa, jotka asettuvat terveydenhuollon organisaation mukaan, sen käytettävissä olevien resurssien mukaan. Toimintamalleja voidaan muokata vain niissä rajoissa, kuin se on todellisuudessa mahdollista.

Haastatteluissa todettiin sote- ja maakuntauudistuksen tuovan lisäpainetta palvelujen kehittämiseen, jotta palvelut saadaan säilytettyä lähipalveluna. Kuntalaisten tyytymättömyys tuotettuun palveluun lisää riskiä entisestään siirtää palvelupiste muualle.

Vaikka Gerteisin ym. (1993) dimensiot ovat 25 vuotta vanhoja pätevät ne edelleen hoitotyön potilaskeskeisyyden arvioinnissa. Ihmisen tarpeet eivät ole tässä ajassa niin paljon muuttuneet. Asiakaslähtöisyys sairaanhoitajien käsitysten mukaan ilmeni sairaanhoitajien käsityksissä irrallaan käytännön työstä. Se selittäisi, miksi perheen ja läheisten mukana olon mahdollistaminen (6. dimensio) ja fyysinen hyvä vointi (4.dimensio) jäivät kokonaan haastatelluilta mainitsematta. Sairaanhoitajan vastaanotolla on usein mukana asiakkaan omaisia ja perheen jäseniä ja heidän mukana olonsa on suotavaa ja toivottavaa. Sairaanhoitajan vastaanoton asiakkaista suurin osa on somaattisesti sairaita, joten fyysisen hyvinvoinnin poisjääminen selittyisi vain sillä, että asiakaslähtöisyys ajatellaan toiminnasta irrallaan olevana kehityskohteena eikä sisältyvän työhön. Tätä tukee myös haastatteluissa tullut vaikeus määrittää asiakaslähtöisyyttä.

Asiakaslähtöisyys puhelinpalvelussa Puhelinpalveluun liittyvissä keskusteluissa nousi esiin puhelinpalvelun vaikeus ja se, miten sitä voisi helpottaa. Haastateltujen sairaanhoitajien vastaanotto puhelinpalvelun kohteet ovat pääosin somaattisesti sairaita. Silti 4.dimensio, joka koskee fyysistä hyvinvointia, jäi pois sairaanhoitajien käsityksistä asiakaslähtöisyydestä puhelinpalvelussa. 5. dimension poisjäänti on selitettävissä sillä, että psyykkistä sairautta sairastavat ohjautuvat psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolle. Perheen ja läheisten mukana olon mahdollistaminen (6. dimensio) on sairaanhoitajan vastaanottotyössä ehkä niin itsestäänselvyys, että se ei tullut haastatelluille mieleen haastattelutilanteessa. Asiakaslähtöisyyttä ei ehkä nähty puhelinpalvelun lähtökohtana ja osana hoitotyötä, vaan irrallisena osana.

Tekesin Matkaoppaassa asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen on määritelty kuusi asiakaslähtöisemmän palvelun osa-aluetta. Yksi näistä on Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen; palvelua tarjoavan organisaation ja sen henkilöstön asenteiden muuttaminen asiakkaiden kohtaamisessa. Asennemuutoksen esteiden tunnistaminen ja niiden poistamiseen panostaminen ovat keskeisiä. Myös johtaminen; johtamalla organisaatiota asiakaslähtöisempään toimintakulttuuriin asiakasajattelu tuodaan organisaation eri tasoille, näin saadaan muutettua organisaation toimintatapoja ja asenteita (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 22.) Työkonferenssin ensimmäisessä ryhmätyössä todettiin, että suurin ideaalimallin este asiakaslähtöisemmässä toiminnassa liittyy asenteisiin.

Hoidon laadun toteutumisen perusta on näyttöön perustuvassa toiminnassa. Laatu hoitotyössä sisältää turvallisuuden, oikea-aikaisuuden, vaikuttavuuden, asiakas-/potilaslähtöisyyden, palvelujen saatavuuden ja tehokkuuden. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 31). Mikäli palvelu ja siitä koettu hyöty koetaan arvokkaaksi, palvelun pariin hakeudutaan tarvittaessa uudelleen ja vain ne palvelut pysyvät, joiden palvelulla on käyttäjiä. Kilpailu kasvaa myös julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu koostuu turvallisuudesta, vaikuttavuudesta, asiakas- ja potilaslähtöisyydestä, oikea-aikaisuudesta, tehokkuudesta ja tasa-arvoisuudesta ja tasapuolisuudesta. Turvallisuudella tarkoitettaan tässä sitä, että vältetään aiheuttamasta asiakkaalle/ potilaalle harmia hoidolla. Vaikuttavuudella tarkoitetaan, että tarjottavat palvelut perustuvat tieteelliseen tietoon. Palvelua tarjotaan niille, jotka siitä hyötyvät. Asia-

kas – ja potilaslähtöisyys tarkoittaa laadun näkökulmasta sitä, että hoito on asiakasta/potilasta kunnioittavaa, vastaa tarpeisiin ja mieltymyksiin sekä asiakkaan/potilaan arvot ohjaavat kliinistä päätöksentekoa. Oikea-aikaisuus tarkoittaa tässä odotusaikojen vähenemistä, tutkimusten ja hoitojen peruuntumisia. Tehokkuudella tarkoitetaan laadun näkökulmasta hukan vähenemistä. Tasa-arvoisuudella ja tasapuolisuudella tarkoitetaan sitä, että palvelut on tuotettu niin että ne ovat tasalaatuisia eikä niissä esiinny vaihtelua. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 40-41.) Annettavan palvelun laatu oli yksi työkonferenssissa noussut toiminnan arvioinnin kriteeri. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tämä laatu tarkoittaa asiakkaan kunnioittamista yksilönä, arvojen ja tarpeiden kunnioittamista eli asioita, joita sairaanhoitajat olivat listanneet osaksi asiakaslähtöisyyden määritelmää.

Työkonferenssin lopputuloksena oli ehdotus perustaa asiakasraati, joka toisi asiakkaan näkökulman perustaksi toimintojen kehittämiselle ja kehittämisen palautekanavaksi. Asiakkaiden todellinen palvelujentarve ja muutosehdotukset tulisivat näin paremmin palvelua tuottavan organisaation tietoon. Purkukeskustelussa yksi asiakkaiden edustaja ilmaisi jo, että muutostarpeet eivät välttämättä ole niin suuria, kuin mitä me luulemme niiden olevan. Purkukeskustelussa keskusteltiin myös asiakasraadin nimestä. Soteraati koettiin epämiellyttäväksi, koska kuntalaiset ovat kyllästyneet pitkään käytyyn sotekeskusteluun ja nimen arveltiin liittyvän maakuntasoteen eikä paikalliseen kehittämiseen. Asiakasraati tullaan koostamaan asiakasraati nimellä, mutta raadin ensimmäinen tehtävä on antaa nimi toiminnalle. Myös asiakasraadin kokoonpanosta keskusteltiin. Asiakasraati ajateltiin koostaa niin, että vammaisneuvostosta, vanhusneuvostosta, nuorisovaltuustosta, kyläyhdistyksistä ja pitkäaikaissairauksiin liittyvistä yhdistyksistä (sydänyhdistys, hengitysyhdistys) pyydetään edustajia sekä neuvolan asiakaskunnasta myös. Näin saataisiin mahdollisimman monipuolinen kokoonpano. Asiakasraati on vaikuttamisryhmä. Sen kokoonpano voi olla pysyvät tai vaihtuva. Asiakasraadissa on hyvä olla riittävästi osallistujia, jotta mahdollinen poissaolo raadin kokoontumisesta ei vaaranna asiakasraadin tapaamisia. Raatilaisten rekrytointiin kannattaa satsata. Raatiin kuluu osallistujien lisäksi aina vetäjä tai vetäjät. Vetäjä toimii usein puheenjohtajana tai sihteerinä tapaamisissa. Vetäjät myös vastaavat asiakasraadin kokoontumisien käytännön järjestelyistä sekä suunnittelusta sekä siitä, että raatilaisten tuottama tieto viedään eteenpäin. (Seppänen & Saastamoinen 2018.)

Asiakasjäsenten kokemuksia erikoissairaanhoidossa neuvoa-antavassa potilasryhmässä on kartoitettu haastattelemalla neuvoa-antavien potilasryhmien jäseniä. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että potilasryhmän jäsenet kokivat hyväksi työskentelyn tavoitteellisuuden, potilaan äänen kuulemisen. Työskentely koettiin arvostetuksi. Ryhmän monipuolinen kokoonpano todettiin hyväksi ja keskustelu oli rentoa. Ryhmään kuului myös sairaalaorganisaation jäseniä. Tutkimukseen osallistuneet neuvoa-antavien potilasryhmien jäsenet kertoivat tapaamisissa käsitellyiden asioiden olleen käytännöllisiä, pieniä ja pinnallisia. Tutkimuksen tuloksissa todettiin myös, että ryhmän jäsenet kritisoivat toimintaa kertoen sen olevan hidasta ja jäsenten tuovan ryhmään henkilökohtaisia asioitaan. Myös ryhmän toiminnan näkymättömyys oli jäsenten mielestä huono asia. (Lindfors, Joronen, Roine-Mentula, Koponen & Rantanen, 2017, 14, 16-18.) Vaikka tutkimus oli tehty erikoissairaanhoidossa, ovat tutkimuksen tulokset hyödynnettävissä myös perusterveydenhuoltoon asiakasraadin sääntöjä ja toimintaedellytyksiä mietittäessä. Etenkin kohdat, joita erikoissairaanhoidon neuvoa-antavan potilasryhmän jäsenet olivat kritisoineet eli hitaus, henkilökohtaisten asioiden tuominen ryhmään ja ryhmän toiminnan näkymättömyys ovat asioita, joihin tulee panostaa asiakasraatia perustettaessa ja toiminnan säännöistä sovittaessa.

Pelkona on nyt, että odotukset asiakasraadin toimintaa kohtaan ja sen tuottamia ideoita kohtaan ovat liian suuret. Me toivomme innovatiivisia ja innostavia kehittämisideoita ja saatamme väheksyä pientä viilausta. Mutta työkonferenssissa yksi asiakkaiden edustajista muistutti, että ei kannata yrittää liian monimutkaista, parhaat uudistukset ovat tavallisesti hyvin yksinkertaisia ja jo käsillä olevia.

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ryhmä päätettiin nimetä tähtiasiakkaiksi. Potilastietojärjestelmän pääkäyttäjältä tai toimistosihteeriltä pyydetään lista, jossa on yli kymmenen kertaa lääkärin vastaanotolla vuoden aikana käyneet. Näistä sairaanhoitajat osaavat erottaa ne, jotka ovat olleet paljon terveydenhuollon palveluita käyttäviä jo useamman vuoden ajan. Nämä ihmiset koostuvat erilaisista ihmisistä, joilla saattaa olla haastavaan elämäntilanteeseen liittyviä erilaisia voimavaroja ottaa vastuu itsestään ja siihen liittyen palvelutarpeita. He hyötyvät pitkäaikaisesta hoitosuhteesta, joustavista palvelurakenteista ja prosesseista. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla on usein kysymys vaikeasta elämäntilanteesta ja monimuotoisista ongelmista, joihin liittyy myös tunnetaakka. Ongelmiin ei ole yleensä helppoja ratkaisuja.

Monisairaiden potilaiden, paljon palvelua käyttävien asiakkaiden, tähtiasiakkaiden hoidon parempi koordinointi oli yksi varsinkin sairaanhoitajien teemahaastatteluissa esille tullut kehittämisidea. Idea tuli esille myös työkonferenssissa, jossa asiakasryhmä nimettiin uudelleen. Tämä CCM (Chronic Care Model) (Terveysportti www-sivut 2017) ei ole Ikaalisten kaupungissa aivan vieras. Monisairaiden potilaiden hoitoa mietittiin ja mallia kokeiltiin jo vuonna 2010, Pirkanmaalla toimineessa POTKU hankkeessa. Hanke loppui Ikaalisten osalta resurssien puutteeseen. Sinä aikana kuitenkin saatiin tehtyä yli 20 hoitosuunnitelmaa ja asiakkaat olivat hankkeeseen hyvin sitoutuneita. Jos ja kun hoitomalli nyt otetaan uudelleen käyttöön, siihen sisältyy muutamia haasteita, mutta paljon positiivisia asioita. Haasteena tulee olemaan tähtiasiakkaan yhteydensaanti aina samaan hoitajaan, vaihtuva lääkäriresurssi heikentää hoidon jatkuvuutta ja asiakkaan asioiden perkaaminen joudutaan aloittamaan uudelleen. Raivio on väitöskirjassaan tutkinut hoidon jatkuvuutta ja toteaa että paljon terveyspalveluja käyttäville on kehitetty omia hoitomalleja, joilla on pyritty takaamaan hoidon jatkuvuus ja joustava saatavuus. Nopea ja helppo saatavuus eivät kuitenkaan takaa jatkuvuutta. Jatkuvuuden kokemuksen laskua Raivio selittää väitöskirjassaan, että perusterveydenhuollon kehittämistoimenpiteet ovat olleet huonosti kohdennettuja tai liian hitaita saadakseen muutosta aikaan. (Raivio 2016, 69.) Hoitajille tehdyssä kyselyssä sote uudistuksen haasteista nousi esiin paljon palvelua käyttävät asiakkaat, joiden ajateltiin tutkimuksen mukaan hyötyvän eniten asiakas- ja potilaslähtöisyydestä, koska se lisää hoitoon sitoutumista ja asiakkaan kykyä hoitaa omaa terveyttään. Hoitoon sitoutumisella on vaikutusta hoidon kustannuksiin ja vaikuttavuuteen. (Holopainen, Korhonen & Korhonen 2016, 15.) Raivion tutkimuksissa havaittiin myös yhteys hoidon jatkuvuuden ja ei-kiireellisellä vastaanotolla sairaanhoitajan vastaanotolla käyneisiin. Potilaan kokemus siitä, että hänestä oltiin kiinnostuneita ja hän tuli kuulluksi on yhteydessä hoidon jatkuvuuteen sairaanhoitajan vastaanotolla. (Raivio 2016, 65.) Raivion tutkimuksessa selvin yhteys hoidon jatkuvuuteen havaittiin, kun potilaalle oli nimetty omalääkäri. Niille potilasryhmille, joilla on paljon sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttötarvetta, tulisi taata perusterveydenhuollossa omalääkäri ja hoitotiimi. (Raivio 2016, 64-65.) Tämän toimintamallin hyviä puolia olisivat, että potilas menee lääkärin vastaanotolle valmistautuneempana, käytössä oleva lääkitys on tiedossa, keskeiset nyt elämää haittaavat oireet ovat tiedossa, elintoiminnot on mitattu ja verikokeet otettu. Positiivista olisi myös se, että aina ei ehkä tarvittaisi lääkärin vastaanottoa vaan asiaa

voidaan hoitaa vain konsultoimalla lääkäriä. Näin voidaan saada vähennettyä ruuhkaiselle kiirevastaanotolle hakeutumista kroonisissa terveydentilan ongelmissa. Asiakkaan kannalta positiivisia asioita olisivat yhteistyössä tehty hoitosuunnitelma, joka perustuu potilaan kuunteluun ja kohtaamiseen, yhteydenottomahdollisuus aina samaan sairaanhoitajaan. Näillä kaikilla on yhteys asiakkaan arkeen ja siinä pärjäämiseen. Sairaanhoitajan kannalta positiivisia asioita olisivat, tutut asiakkaat, koko palvelusektorin toiminnan hyvä oppiminen ja palvelun ja toiminnan näkeminen asiakkaan kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla valmius yhteistyöhön, jossa auttamistyön ja hoidon tavoitteet määritellään yhdessä, yhteisten pelisääntöjen perusteella, jolloin asiakkaat voivat tuoda uusia, ammatillisesta ajattelutavasta eriäviä näkemyksiä. (Hyväri 2017. 43.)

Hujala ja Lammintakanen (2018) ovat tutkimusraportissaan koonneet paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tarpeita. He korostavat, että paljon palveluita käyttävät ovat joukko erilaisia ihmisiä ja näin ollen heitä varten tarvitaan erilaisia palveluja ja joustoa organisaatiorakenteissa ja prosesseissa. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat hyötyvät palveluohjauksesta ja pitkäaikaisesta luottamuksellisesta hoitosuhteesta. Tuen on oltava saatavissa helposti ja jatkuvasti ja sen oltava lähellä arkea. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden elämään liittyy usein monenlaisia arkisia ongelmia ja raskasta tunnekuormaa, tämä tunneskaala on tunnistettava ja se on otettava tosissaan. Moniammatillinen ja organisaatiorajat ylittävä yhteistyö on paljon palvelua käyttävälle asiakkaalle välttämätöntä. Nämä yhteistyömuodot voisivat mahdollistua käyttämällä digitaalisia palvelualustoja. (Hujala & Lammintakanen 2018, 59-60.)

Kaikkien potilasryhmien osalta ei tavoitteena välttämättä ole hoidon jatkuvuus. Potilasryhmät, joiden sosiaali- – ja terveyspalvelujen tarve on satunnaista, tärkeämpää on hoidon saatavuus. (Raivo 2016 73). Tämä on haaste, johon on myös kiinnitettävä huomiota. Tähän olisi mahdollisuus saada kehittämisideoita asiakasraadilta. Satunnaiset palvelujen käyttäjät ovat Ikaalisten sotekeskukselle yhtä tärkeitä kuin paljon palveluja käyttävät. Toiminnan tulisi olla helposti saatavilla, joustavaa ja laadukasta palvelua antavaa. Palvelu tai sen ominaisuudet eivät itsessään tuota asiakkaalle arvoa. Palvelusta saatava omakohtainen hyöty koetaan arvokkaaksi. (Harra, Sipari & Mäkinen 2017, 149).

Kehittämistyön jatkotutkimusehdotuksina ovat luonnollisesti koko vastaanottotoimintaa koskeva kehittäminen. Nyt kehittämistä työstettiin sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan näkökulmasta. Tosin asiakaslähtöisemmän vastaanottotoiminnan mallin voidaan ajatella hyödyttävän paitsi sairaanhoitajia myös lääkäreitä. Mikäli nämä kehitysideat toteutetaan, olisi hyvä seurata, mikä on asiakasraadin vaikutus toiminnan kehittämiseen, asiakaspalautteen määrään ja laatuun, palvelukokemusmittausten tuloksiin. Myös digitalisaation hyväksikäyttö asiakasraadin toiminnassa olisi mielenkiintoista kartoittaa. Esimerkiksi jonkin tietyn palvelun tuottamiseen liittyvän ongelman ratkaisuun voisi pitää työkonferenssin, jossa oltaisiin digitaalisten yhteyksien kautta yhteydessä eri käyttäjäryhmiin ja näin pyrittäisiin ratkaisemaan ongelma. Paljon palvelua käyttävien, monisairaiden potilaiden hoidon koordinointia voisi jatkossa tutkia asiakkaiden hakeutumisella kiirevastaanotolle, pitkäaikaissairauksista johtuvien komplikaatioiden määrän muutoksilla ja omahoidon motivoitumisen muutoksilla. Jatkossa olisi hyvä myös kartoittaa miten voitaisiin hyödyntää digitalisaatiota tämänkin asiakasryhmän hoidossa. Jotkut tähän ryhmään kuuluvista voisivat myös hyötyä omahoitoa tukevista mobiilipeleistä, joilla voitaisiin tukea riittävää liikkumista, mielen hyvinvointia, lepoa ja ehkä parempia ravitsemustottumuksiakin.

8.2 Menetelmän käytön ja tutkimusprosessin pohdinta

Tämän opinnäytetyön teossa oli monta sellaista prosessia, jotka olivat tämän työn tekijälle ennestään outoja. Ensimmäinen outo prosessi oli kirjallisuuskatsauksen tekeminen. Oikeiden hakutermien löytäminen ja koko hakuprosessin tarkka dokumentointi oli uutta. Myös mukaanotto- ja poissulkukriteerien määritteleminen ja niiden tarkka noudattaminen oli uusi kokemus. Lähtökohtaisesti vaikeimmalta tuntuivat tutkimusartikkeleiden vieraskielisyys ja pelko väärin ymmärryksestä.

Myös toimintatutkimus ja sen syklit olivat uusi kokemus. Menetelmien valinta oli hieman hankala mutta saamani ohjauksen avulla koen päässeeni juonesta kiinni. Teemahaastattelu oli menetelmänä jo tutumpi ja sen toteuttamisessa en kokenut olevani niin

vieraalla maalla kuin muissa menetelmissä. Haastattelut sujuivat hyvin, toki ensimmäiset haastattelut olivat jännittäviä ja omilla äännähdyksilläni kannustin haastateltavia puhumaan. Seuraavissa haastatteluissa olin hiljaa. Haastattelujen litterointi oli mielestäni tämän työn tekemisen aikaa vievin ja rasittavin prosessi. Huomasin kuitenkin nopeasti, että kaikki haastateltavat puhuivat samoista asioista hieman eri termein ja se toi iloa ja tiedon siitä, että ajattelemme työyhteisönä asioita samalla tavalla. Työyhteisön toimintatapojen kehittäminen on helpompaa, jos ajatusmaailma on samankaltainen.

Työkonferenssi oli minulle ennestään aivan outo. Toki ryhmätöitä on koulutuksissa ja palavereissa tehty, mutta ei koskaan tällaisella kokoonpanolla. Työkonferenssin pyrkimys dialogiin oli asiana haastava, jännittävä ja kunnioittava. Kuullessani Työelämän kehittämismenetelmät opintojaksolla Työkonferenssista kiinnostuin heti. Olin miettinyt jo Bikva menetelmän käyttöä opinnäytetyössäni, mutta päätin hylätä sen sekavan sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos tilanteen vuoksi. Silloin luulin maakuntavaalien olevan syksyllä 2018 ja paikallisen päätösvallan siirtyvän maakuntaan. Ajattelin että paikallisilla sote päättäjillä ei olisi ollut enää mitään annettavaa tilaisuuteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja sen mukana tulevassa palvelujärjestelmä muutoksessa kriittinen menestystekijä tulee olemaan kaikkien asianosaisten osallisuus ja vuoropuhelu. Tällöin tavoitteena on, että asiakkaiden osallisuus on luonnollinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Strandman & Palo 2017, 145-146.) Tämä oli tavoitteena kehittämistyön työkonferenssi osuudessa.

Dialogi on yksi työkonferenssin keskeisistä periaatteista. Dialogissa on kysymys keskustelun tyylistä. Siitä on apua ihmisten yhteiselämän merkitysten käsittelemisessä, jolloin voidaan hyödyntää ihmisten erilaisia kokemuksia maailmasta. Dialogi on keskustelutyyli, joka tähtää oppimiseen, ymmärryksen lisäämiseen omasta itsestä, toisista ihmisistä ja maailmasta. Dialogisen keskustelun lähtökohdat ovat keskustelun etenemisen vapaus ja tasa-arvoisuus. (Alhanen 2016, 33, 51.) Dialogi on vuoron odottamista, hiljentymistä ja kuuntelua. Vuoroa odottaessa pitäisi pystyä aktiivisesti kuuntelemaan eikä vain yrittää pitää mielessään omaa sanottavaansa. Dialogi on yhdessä ajattelemista. Siinä kunnioitetaan keskinäistä ajatustenvaihtoa. Kunnioittamiselle saattaa

kuitenkin olla esteitä. Eri ammattiryhmien koulutustausta ja ammattikieli saattaa olla erilaiset, ammattiryhmien välinen arvovaltajärjestys, eri organisaatiotasoilla työskentelevien välinen hierarkia, johtajan ja työntekijän vallan epätasapaino. (Vuori 2017, 192, 187.) Työkonferenssissa kaikki esiintyivät vain etunimellään. Jos joku ei työkonferenssiin tullessaan tiennyt kuka on perusturvajohtaja hän ei sitä tietoa saanut ryhmätöitä tehdessäänkään. Näin pyrittiin turvaamaan se, että tilaisuudessa keskustellaan ihmisinä. Dialogin toteutumista työkonferenssissa pyrittiin tukemaan lähettämällä työkonferenssin säännöt osallistujille. Ryhmien työskentelystä jäi se vaikutelma, että kaikki saivat sanoa asiasta mielipiteensä ja kaikki otettiin huomioon. Ajan rajallisuus ryhmätöitä tehdessä rajoitti varmasti syvää dialogiin pääsyä. Mutta keskustelu oli arvokasta.

Työnkonferenssin vetäjänä ilmoitin aluksi olevani työkonferenssissa ensimmäistä kertaa, mallia tilaisuuden vetämisestä ei ollut. Hankalinta työkonferenssin vetämisessä oli aikatauluttaminen. Minkä verran aikaa menee ja mihin se varattu kolmen tunnin aika riittää. Ensimmäinen työkonferenssi loppui hieman ennen ajateltua klo 15, mutta toinen kesti lähes 15 asti. Joten koen onnistuneeni aikataulutuksessa vähintäänkin kohtuullisesti. Työkonferenssin lopuksi kysyttiin jälleen ajatuksia työskentelymallista. Se koettiin avoimeksi ja voimaannuttavaksi. Erityisesti sairaanhoitajat kertoivat nyt kiinnittävänsä asiakaslähtöisyyteen enemmän huomiota jokapäiväisessä työssään. Käsitellystä aiheesta keskusteltiin myös ja se koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Todettiin, että sotekeskuksessa on nyt hyvä kehittämisen ”pöhinä” ja tätä tulisi nyt käyttää hyväksi ja ottaa ideat nopeasti kokeiluun.

Työkonferenssi menetelmän käytettävyys terveydenhuollon kehittämiseen on esteetön. Menetelmällä saatiin aikaan juuri sellainen keskustelu, kuin oli tavoitteena ja menetelmä oli käytettävyydeltään selkeä.

Kun dialogin kohteeksi otetaan asiakkuus-, palvelu-, ja työprosessit ja mukaan otetaan työyhteisöjä, johtoa, poliittisia päättäjiä, ammattiosastoja ja asiakkaita tehdään vertikaalisia ja horisontaalisia rajanylityksiä, jotka ovat prosessin kannalta välttämättömiä. (Kalliola & Nakari 2004, 199.) Asiakkaan ja käyttäjän osallistamiseen palvelujen kehittämiseen ja arviointiin on paljon perusteluja. Kehittämistyötä suunnitellessa mietin, miten saisin keskustelua aikaiseksi ja miten saisin asiakkaat mukaan, pelkkä asiakkaan

mielipiteen kuuleminen ei tuntunut riittävältä varsinkin, jos kuuleminen olisi kirjallisesti annettu palaute palvelusta. Tunsin tarvetta saada aikaan keskustelua, jossa ammattilainen, oman työnsä asiantuntija voi vastata mielipiteisiin, kritiikkiin ja ehdotuksiin suoraan. Tätä tuki myös raamit, joiden mukaan työkonferenssin osallistujat valittiin. Toki ryhmään ne, joilla on päätöksenteko oikeus ja ne, jotka voivat estää ideoinnin toteutuksen, olisi voinut lisätä paikallisia sotepäättäjiä. Palvelun käyttäjän kokemuksellinen tieto yhdistyy ammattilaisen tietoon ja yhteiseen ymmärrykseen parhaiten tilanteessa, jossa kaikki toimivat samalla tasolla. Kaikkien kokemusta ja tietoa arvostetaan eikä asiantuntijuuksien välille tehdä eroa. Asiantuntijat eivät pysty tuottamaan asiakasymmärrystä asiakkaiden puolesta. (Strandman & Palo 2017, 139.)

Kunnissa tehtävän palvelutyön tarkastelun on hyvä tapahtua eri toimijoiden ja eri prosessien näkökulmasta. Palvelu- ja työprosessien rinnalle on nostettava asiakkuusprosessi eli asiakkaiden oma näkökulma. Asiakkuusprosessi koostuu prosesseista, joissa kuntalainen kohtaa palvelua tuottavan organisaation henkilökohtaisesti (asioimalla terveyskeskuksessa tai kotihoidon työntekijän palvelu asiakkaan kotona) tai byrokratian välityksellä. Tässä prosessissa todentuvat työkäytäntöjen rajojen ylitykset. Tavoitteena olisi, että asiakas voisi saada palvelun sujuvasti, ilman katkoksia ja ilman aina uudelleen aloittamista. (Kalliola & Nakari 2004 197.) Kuten työkonferenssissa joku ryhmä sanoi, on meidän koko organisaationakin, mutta vähintään organisaation osa-alueena katsottava omaa toimintaamme, toimitilojamme, prosessejamme kuin ulkopuolinen. Aina se ei kuitenkaan riitä. Sillä yhden ryhmän hienoa sanontaa lainatakseni ”kokonaisnäkemyksen ymmärtämättömyys”- vaivaa meitä toisinaan.

Jos nyt voisin tehdä opinnäytetyössäni jotakin toisin, olisin varmistanut keväisen palvelukokemusmittauksen jälkeen vastauslomakkeiden saatavuuden itselleni. Pidin itsestään selvänä, että ne on säilytetty tai että niistä on olemassa tiedosto, jonka tietoja olisin voinut hyödyntää. Toki vastausten määrä oli joka tapauksessa niin vaatimaton ettei johtopäätösten tekeminen olisi onnistunut. Palvelukokemusmittaustulosten hyödyntäminen oli lähtökohtaisesti vain puoli sykliä, mutta sen arvo hupeni hyvin vähäiseksi.

Nyt ottaisin mukaan työkonferenssiin kunnallispoliitikot, paikalliset sotepäättäjät ja suuremman ryhmän asiakkaita. Jos paikalliset sotepäättäjät olisivat mukana menetelmä olisi ollut ehkä enemmän Bikva- menetelmä tyyppinen menetelmä tai sitten työkonferenssiin olisi vain lisätty vielä yksi ryhmä. Asiakkaita olisi pitänyt olla enemmän, jumiuduin tasakokoisiin ryhmiin, mutta asiakkaan ääni olisi ollut vielä voimakkaampi, jos heitä olisi ollut määrällisesti enemmän ja äkillinen poissaolo ei olisi niin haitannut.

Kehittämistyön tuloksista voidaan todeta, sen lisänneen tietoisuutta asiakaslähtöisyyden tiedostamisesta sairaanhoitajien keskuudessa. Haastatteluissa kävi selväksi myös sairaanhoitajien halu palvella asiakkaita hyvin ja laadukkaasti, sekä kehittää toimintaa asiakkaan prosessin parantamiseksi.

8.3 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja hyödynnettävyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on antanut ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen noudattamisesta. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa ohjeen mukaan sitä, että tutkimus on tieteellisesti hyväksytty, luotettava ja sen tulokset ovat uskottavia, kun se on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat muun muassa tiedeyhteisön tunnistamien toimintatapojen noudattaminen eli rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, sen tallentamisessa ja tulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkimuksen tiedonhankintatapojen eettisyys ja tulosten julkaisemisessa avoimuus ja vastuullisuus. Muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioitus antamalla niille kuuluva arvo omassa tutkimuksessa ja tuloksia julkaistaessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja tietoaineiston raportointi tapahtuu tieteelliselle tiedolle annettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusta varten on hankittu tarvittavat luvat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7; Vilkka 2015, 41.)

Myös Arene on antanut ohjeen Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisistä suosituksista. Suositus perustuu lainsäädäntöön, tiedeyhteisön kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin ja suosituksiin. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset pohjautuvat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamiin ohjeisin. (Arene 2017, 2.)

Tutkimuksen tekeminen kietoutuu monella tavalla tutkimusetiikkaan, se kulkee mukana koko tutkimusprosessin ideointivaiheesta tutkimustulosten kautta tiedottamiseen. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen velvoittaa kaikkia tutkijoita. (Vilkka 2015, 41.) Tässä kehittämistyössä on noudatettu sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan että Arenen ohjeita.

Ennen kehittämistyön aloittamista anottiin tutkimuslupaa Ikaalisten sosiaali- ja terveyslautakunnalta. Lupa- anomuksessa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja millaisia resursseja siinä vaaditaan Ikaalisten kaupungilta. Tutkimuslupa-anomuksen sosiaali- ja terveyslautakunta varten valmisteli vt. ylilääkäri Mikko Tolvanen. Lupa myönnettiin 12.6.2018 pidetyssä sosiaali- ja terveyslautakunnan kokouksen 34§:ssä.

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä näkökulmia. Haastattelussa ollaan suorassa kontaktissa haastattelun kohteisiin, jolloin eettiset ongelmat saattavat olla monitahoisia. Tutkimuksen jokaiseen vaiheeseen liittyy eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksen tekemiseen liittyviä tärkeimpiä eettisiä näkökulmia ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 19-20; Ranta & Kuula-Luumi, 2017, 413.) Teemahaastatteluihin osallistuivat kaikki Ikaalisten sotekeskuksen vastaanoton sairaanhoitajat. Tässä opinnäytetyössä on eettiset näkökulmat huomioitu niin, että haastateltavilla oli oikeus kieltäytyä haastattelusta, kaikki kuitenkin suostuivat haastateltaviksi. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun. Myös työkonferenssiin osallistuminen oli vapaaehtoista ja siksi asiakasnäkökulmaa haettiinkin julkisesti ja ilmoittautumalla pääsi tilaisuuteen osallistumaan.

Tutkimusetiikka edellyttää ratkaisua tutkimusaineiston säilyttämisestä. Tutkimusaineistojen säilytettävyyttä koskeva vaatimus liittyy muun muassa tutkittavien tunnista-

mattomuuteen. On varmistettava, ettei aineistot joudu vääriin käsiin missään vaiheessa. (Vilkka 2015, 47.) Tutkimusaineistojen säilyttämisessä on huomioitava, etteivät tutkimusaineisto ja tutkimusteksti ole toisistaan erillisiä asioita. Työelämän tutkimuksessa olisi tarkoituksenmukaista, että tutkimustulosten omistaja huolehtisi tutkimusaineiston arkistoinnista yhdessä valmiin tutkimuksen kanssa, koska samoja aineistoja voidaan hyödyntää osallistujien luvalla muihin tutkimuksiin. (Vilkka 2015, 48.) Ennen haastattelun aloittamista haastateltaville kerrottiin haastattelun ja opinnäytetyön tarkoitus, miten haastatteluaineisto käsitellään ja kuka sen käsittelee. Haastateltaville kerrottiin, että he saavat luettavakseen opinnäytetyön tekijän karkean tulkinnan omasta haastattelustaan. Haastateltavalle kerrottiin, ettei opinnäytetyön raportissa käytetä suoria lainauksia, jotta haastateltavien ajatukset pysyvät tunnistamattomina. Haastateltavalle kerrottiin, että heillä on oikeus kieltäytyä haastattelusta. Teemahaastattelujen nauhoitukset hävitetään heti opinnäytetyön valmistuttua ja tämä kerrottiin haastateltaville haastattelun alussa. Aukikirjoitetut haastattelut ja niistä tehdyt analyysit ovat opinnäytetyöntekijän omissa tiedostoissa nimettöminä.

Toimintatutkimus on joukko tutkimusotteita ja -menetelmiä, joilla pyritään muutokseen. Toimintatutkimuksen eri tutkimusotteita voidaan tarkastella kunkin menetelmän omilla luotettavuusmittareilla mutta muutoksen luotettavuutta ei voida varmasti todentaa. (Kananen 2014, 127.) Toimintatutkimuksessa validiteetin tekee hankalaksi se, että tulkinnoilla rakennetaan sosiaalista todellisuutta. Reliabiliteetti on toimintatutkimuksessa mahdoton, koska saman tuloksen saavuttaminen uudelleen mittauksella on vastoin toimintatutkimuksen periaatteita. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149.)

Toimintatutkimuksen validointiperiaatteita ovat: Historiallinen jatkuvuus, jossa toiminta ei ala tyhjästä eikä pääty koskaan, näin ollen toimintatutkimus sijoittuu tiettyyn historialliseen, ideologiseen ja poliittiseen yhteyteensä. Reflektiivisyyden periaate tarkoittaa, että uuden kehittäminen perustaa aiemman toiminnan reflektoimiseen, se pohjautuu ymmärrykseen suunnitella uusia toiminta- ja tutkimustapoja. Dialektisuudella tarkoitettaan sitä, että totuus rakentuu väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena niin, että tuloksena on synteesi. Toimivuus validointi periaatteena tarkoittaa, että toimintatutkimusta arvioidaan käytännön vaikutusten ja osallistujien voimaantumisen kannalta. Havahduttavuudella tarkoitetaan, että toimintatutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan uudella tavalla. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149- 160.) Tässä opinnäytetyössä

historiallinen jatkuvuus näkyy siten että opinnäytetyön teko ajankohta ajoittui keskelle sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, johon liittyi kaavailtu maakunta uudistus. Tilanne tässä suhteessa eli koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Aihe oli kuitenkin ajankohtainen jo hallituksen kärkihankkeidenkin vuoksi. Dialektisuus näkyi tässä opinnäytetyössä siten, että jo teemahaastattelut olivat keskusteluja kahden ihmisen välillä, mutta ennen kaikkea työkonferenssi oli keskustelun areena, jossa kohtasivat erilaiset ajattelutavat. Toimivuus näkyi siten, että se ohjaa pyrkimykseen tietynlaiseen toimintaan ja kannustaa toiminnan kehittämiseen muutenkin. Havahduttavuus näkyi tässä opinnäytetyössä niin teemahaastattelujen jälkeisessä toiminnassa, jossa sairaanhoitajat kertoivat tiedostaneensa asiakaslähtöisyyden uudella tavalla ja työkonferenssissa jossa, erilaiset katsontakannat kohtasivat.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuusarvioinnissa lähtökohta on dokumentaatio. Sen tulee olla riittävän tarkkaa tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun osalta. Tutkimustulosten yleistettävyyttä voidaan tarkastella siirrettävyyden avulla. Tässäkin riittävä dokumentaatio on oleellinen. Mikäli lähtötilanne on kuvattu riittävästi, voidaan ajatella, että tulokset pätevät juuri tämänkaltaisissa ympäristöissä tai tilanteissa. Yleistettävyyteen toimintatutkimus ei pyri. (Kananen 2014, 134.) Tässä kehittämistyön raportissa on pyritty tutkimusprosessi kuvaamaan niin kuin se on todellisuudessa tehty. Tämä on edellyttänyt dokumentointia esimerkiksi päivämääristä, milloin mitäkin on tehty.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä luetuttamalla tutkimustulokset informanteilla eli tutkittavilla. Triangulaatio lisää luotettavuutta. Aineistotriangulaatiolla tarkoitetaan sitä, että käyttämällä useampaa tiedonkeruumenetelmää pyritään saamaan vahvistusta tutkimustuloksille. Tutkijatriangulaatio on myös mahdollinen, tällöin käytettäisiin apuna ulkopuolista tulkintaa tutkimusaineistosta. (Kananen 2014, 135; Hirsjärvi & Hurme 2017, 39.) Kvalitatiivisen tutkimuksen validiuksen muodostaa rakennevalidius. Tällöin tutkimuksen tekijän on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on luokitellut aineiston ja miten päätynyt kuvaamaan tutkittavien kertomaa niin kuin on sen tehnyt. Tutkimuksen tekijän on perusteltava menettelynsä uskottavasti. Yksi validointitapa on myös ”osallistujatarkistus” jossa haastateltavat saavat tutustua tutkimuksen tekijän tulkintoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 189.) Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on järkevää, että tutkijan tekemät haastattelureferoinnit näytetään

haastateltaville, jotta varmistetaan tutkittavan antaman käsityksen ja kokemuksen säilyminen mahdollisimman alkuperäisenä. (Vilkka 2015, 49.) Teemahaastattelujen alkuperäiset ilmaukset ja niistä tehdyt karkeat tulkinnat lähetettiin kaikille haastatelluille tarkistettavaksi. Myös työkonferenssien purkukeskustelujen kirjaus tehtiin julkisesti niin, että osallistujat näkivät mitä kehittämistyön tekijä kirjaa. Myös nämä lähetettiin työkonferenssiin osallistuneille tarkistettavaksi. Kehittämistyön tekijä oli kuitenkin osa työyhteisöä ja tunsi ongelmat hyvin, tämä on voinut vaikuttaa haastatteluaineiston tulkintaan, vaikka siinä pyrittiin tarkkuuteen. Toisen ihmisen ymmärtäminen ja tulkitseminen sitoutuvat toisiinsa. Tutkija saattaa siis ymmärtää tutkittavan viestin väärin. Tämä ristiriita on olemassa kaikessa vuorovaikutuksessa. (Moilanen & Räihä 2018, 52.)

Teemoittamisessa on vaarana, että tutkija tuo tekstiin sellaisia teemoja, joita siinä ei ole. On siis pyrittävä uskollisuuteen tekstin suhteen. (Moilanen & Räihä 2018, 61). Aineiston sisällön analyysissä pyrittiin rehellisyyteen ja haastateltavan mahdollisimman vähäiseen tulkitsemiseen. Reliaabeliuden käsite kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvaa tutkijan toimintaa koskien aineiston laatua. Tällöin tarkastellaan sitä, onko kaikki aineisto otettu huomioon, onko esimerkiksi litterointi tapahtunut oikein. (Hirsjärvi & Hurme 2017, 189.) Aineiston litterointi tapahtui tässä kehittämistyössä kirjoittamalla auki koko haastattelu sanasta sanaan. Kehittämistyön ensimmäisessä syklissä piti hyödyntää palvelukokemusmittauksen tuloksia, mutta koska alkuperäisiä kyselylomakkeita ei löytynyt ei koosteelle tuloksista annettu tässä kehittämistyössä arvoa.

Tutkimus on aina tutkijansa näköinen ja tutkijan näkemys ilmiöstä, silti tutkimustulosten tulee aina nousta tutkimusaineistosta. Objektiivisuutta vähentävät tutkijan tekemät valinnat tutkimusprosessin aikana, kuitenkin valintojen perusteluilla voidaan subjektiivisuutta vähentää. (Kananen 2014, 136.) Tutkimusraportissa pitää pystyä aukottomasti avaamaan tulkintaprosessi ja se, miten tulkinta nousee prosessista. Toteennäyttämisen perusedellytys on dokumentointi. (Kananen 2014, 136-137.) Tulosten lisäksi voidaan mitata oppimista tai asenteiden muutosta. (Kananen 2014, 137). Pelkkä muutoksen aikaan saaminen ei riitä. Ongelman ratkaisun tuottaminen ja ratkaisun toimeenpano riittävät muutoksen todentamiseksi. (Kananen 2014, 117.) Tässä kehittämistyössä on pyritty dokumentoimaan kaikki tutkimusprosessin vaiheet niin kuin ne todellisuudessa tapahtuivat.

Kehittämistoimintaa raportoitaessa on syytä analysoida myös epävarmuustekijöitä ja ristiriitoja. Esimerkiksi millaisia toisistaan poikkeavia intressejä kehittämisprosessin aikana on tullut esille? Kenen intressistä hyvä käytäntö on rakennettu? Kenen intressiä se edustaa? Myös kehittäjä postiton arvioiminen on arvolähtökohtien ja luotettavuuden osa. (Toikko & Rantanen 2009, 129.) Työkonferenssissa asiakkaiden näkökulmaa pyrittiin samaan esille kutsumalla osallistujiksi asiakkaita, kuitenkin kaksi kolmasosaa osallistujista oli henkilökunnan jäseniä. Asiakkaan ääni jäi liian ohueksi.

Erehdysten ja epävarmuuden myöntäminen on tutkijan tärkeimpiä oppimisen hetkiä. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 85). Toimintatutkimuksen tutkimusongelmat saattavat kehittyä tutkimuksen edetessä. Toiminnan ja reflektion edetessä saattaa ilmetä uusia ongelmia. Onnistuneen toimintatutkimuksen jälkeen ovat asiat muuttuneet suhteessa entiseen. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 86.) Virheen mahdollisuuksia on monia. Jo kirjallisuuskatsauksessa voi olla kehittämistyöntekijästä johtuvia virheitä. Tutkimustuloksia on voitu tulkita väärin. Kehittämistyöntekijä on myös tulkinnut Gerteisin Ym. (1993) seitsemää dimensiota oman kielitaitonsa perusteella. Kehittämistyöntekijä teki teemahaastatteluja ensimmäistä kertaa. Haastattelutilanteessa on voinut tapahtua haastattelijan kokemattomuudesta johtuvaa aiheesta lipsumista.

Kehittämistoiminnan luotettavuus on monimutkainen asia. Toistettavuuden vaatimus on ongelmallinen sosiaalisten prosessien vuoksi, koska samanlainen tulos ei toistu uudella ryhmällä, koska tulokseen vaikuttavat ryhmän jäsenten yksilölliset ominaisuudet. Myös kehittämistoiminnan aineistot ovat usein melko suppeat. (Toikko & Rantanen 200, 123.) Tämän kehittämistyön hyödynnettävyys tämmöisenään ei ole mahdollista muissa organisaatiossa. Tehdyt haastattelut koskivat vain tätä organisaatiota ja kehittämisajatukset myös.

LÄHTEET

Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla, matka teoriasta käytäntöön. Terveydenedistämisen keskuksen julkaisuja 7/2009. Viitattu 25.8.2018. https://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/arvioinnin_kartalla.pdf

Alhanen, K. 2016. Dialogi demokratiassa. Gaudeamus. Helsinki.

Allshouse, K.D. 1993. Treating Patients as Individuals Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass. 19-44.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 23.10.2018. http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222

Daley, J. 1993. Overcoming the Barrier of Words. Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass. 72-95.

Edgman-Levitan, S. 1993. Providing Effective Emotional Support Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass. 154-177.

Ellers, B. 1993. Involving and Supporting Family and Friends. Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass. 178-203.

Ellers, B., & Walker, J.D. 1993. Facilitating the Trasition Out of the Hospital Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass 204-223.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Hoitotiede. Sanoma-Pro Oy. E-kirja

Erikson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen- Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Suomen Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 25.1.2018. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammatillinen-osaaminen.pdf

Eskola, J. 2018. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä. Otavan kirjapaino, Keuruu. 209- 231.

Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: Lyhyt selviytymisopas3. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Ps-kustannus. Jyväskylä. Otavan kirjapaino, Keuruu. 27-51.

Filander, K. & Jokinen, E. 2008. Kehittämisen pakko vai mahdollisuus? Teoksessa Heiskanen, T., Leinonen, M., Järvensivu, A. & Aho, S. (toim.) 2008. Kohti uutta työelämää? Tutkimuksen näköala työelämän kehitykseen. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvens Print. Tampere. 196-214.

Gerteis, M. 1993. Coordinating Care on Integrating Services. Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass. 45-71.

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass.

Greenfield, G., Ignatowicz, A M., Belsi, A., Pappas, Y., Car, J., Majeed, A.& Harris, M. 2014. Wake up, wake up! It's me! It's my life! patient narratives on person-centeredness in the integrated care context: a qualitative study. Viitattu 21.1.2018.

Gustavsen, B. 1992, Dialogue and development: theory of communication, action research and the restructuring of worklife. Stocholm. The Swedish Centre for Working Life.

Harra, T., Sipari, S. & Mäkinen, E. 2017. Hyvää tahtova hyvinvointi – Palvelujen kehittäjäkumppanuus. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala, A. (toim.) 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino oy. Tampere.147- 164

Heikkinen, H. L. T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalitusseura, Helsinki. 16-38.

Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalitusseura, Helsinki. 78-93.

Heikkinen, H. L. T., Kontinen, T. & Häkkinen, P. 2007. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalitusseura, Helsinki. 39-76.

Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. 2007, Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalitusseura, Helsinki. 144-162.

Heikkinen, H. L. T. 2018. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Ps-kustannus. Jyväskylä. Otavan kirjapaino, Keuruu 215-230.

Hujala, A. & Lammintakanen J. 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 12.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007, Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalitusseura, Helsinki. 94-113.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2017. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki.

Holopainen, A., Korhonen, T. & Korhonen, A. 2016. SOTE - uudistuksen haasteet – selvitys hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. HOTUS – Hoitotyöntutkimussäätiö. Raportteja 1/2016. Viitattu 27.11.2018. http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRAPORTTI_13_6_2016_NETTI.pdf

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

Hyväri, S. 2017. Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Edita. 32-45.

Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J.(toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. Tampere. 11-45.

Häytiö, T., Kyhä, H. & Raikisto, K-L. 2017. Palvelumuotoilu asiakkaiden osallistamisen keinona. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala, A. (toim.) 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino oy. Tampere. 85- 109

Ikaalisten kaupungin www - sivut. Ikaalisten kaupungin strategiatalo. Työkappale johtoryhmä 20.11.2017. Viitattu 20.12.2017. http://www.ikaalinen.fi/@Bin/769366/171120_strategia_pdf.pdf

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Järvikoski, A., Martin, M., Kippola-Pääkkönen, A. & Härkäpää, K. 2017. Asiakkaan kehittämisosallisuus kuntoutuksessa. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala, A. (toim.) 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino oy. Tampere. 59- 81.

Kalliola, S. 2014. Työkonferenssi menetelmä eilen ja tänään. Hökkä, P., Paloniemi, S., Vähäsantanen, K., Herranen, S., Manninen, M. & Eteläpelto, A. (toim.)2014. Ammatillisen toimijuuden ja työssäoppimisen vahvistaminen – Luovia voimavaroja työhön. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 19.3.2018. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44975/978-951-39-6020-9.pdf?sequence=1 179-191.

Kalliola, S & Nakari, R. Dialogiset menetelmät kuntien toimintatapojen yhteistyössä. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus. Raportteja 2004/1 s. 189´-200

Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisujasarja. Suomen Yliopistopaino Oy- Juvens Print.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja - sarja. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Waldėn A.2018. Optimoitu soteammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Viitattu 13.11.2018. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-545-7

Kangasniemi, M., Voutilainen, A., Kapanen, S., Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M. & Elovainio, M. 2017. TYÖN UUSJAKO Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan Julkaisusarja 66/2017. Viitattu 7.10.2017. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-452-8

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T.& Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta; tarpeesta tuloksiin. Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö, skhole

Korkeakoski, E. 2017. Arvioi ja menesty! Arviointitoiminnan perusteet, prosessit ja vaikuttavuus. Mediapinta.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2017. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Viitattu 22.4.2018. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus; kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tammer-Paino oy. Vastapaino. Tampere.

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Otavan kirjapaino. Keuruu.

Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 18.12.2018. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Lahtonen, M & Syvänen, S. 2004. Demokraattinen dialogi- vastaus työelämän yhteistoiminnan ja tuottavuuden haasteisiin. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus. Raportteja 2004/1, 75- 87.

Laurila, M. 2011. Muutosjohtamisen haasteet suomalaisessa henkilöstötyössä. Teoksessa Viitala, R., Suutari, V. & Järlström, M. (toim.) Ikkunoita henkilöstötyön tulevaisuuteen. Tutkimuksia henkilöstöbarometrin 2010 tuloksista. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 171. Viitattu 29.10.2018. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-374-5.pdf. 45-60.

Lehmuskoski, A. & Kuusisto – Niemi, S. 2012. Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Viitattu 2.10.2018. https://thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslahtoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf

Lehtonen, J. Työkonferenssi -dialoginen metodi. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus. Raportteja 2004/1, 15-53.

Lehtonen, J., Syvänen, S., Kokkonen, A.& Tamminen, H. 2014. Työkonferenssi- dialoginen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus, TTK, kuntayhtymä.

Lindfors, S., Joronen, K., Roine-Mentula, K., Koponen, R. & Rantanen, A. 2017. Asiakasjäsenten kokemuksia erikoissairaanhoidon neuvoa-antavasta potilasryhmästä. Tutkiva Hoitotyö 2/2017, 14-21.

Linnanmäki, E. 2017. Asiakkaan ääni kuuluviin sote-palveluissa. Duodecim 2017;133: 1623-5. Pääkirjoitus. Luettu 14.9.2018. https://www-duodecimlehti-fi.lillukka.samk.fi/api/pdf/duo13914

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologian sarja 4. Gummerus. Jyväskylä.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2018. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä. Otavan kirjapaino, Keuruu. 51-72.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print, 23-34.

Niskala, A., Kairala, M. & Pohjola, A. 2017. Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala, A. (toim.) 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino oy. Tampere. 7-12.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Viitattu 25.1.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 2012; 24 (3) 216-231.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 2012, 24 (3). 232-243.

Paloniemi, S., Hökkä, P., Vähäsantanen, K., Sanna Herranen, S., Eteläpelto, A. & Kalliola, S. Työkonferenssi työyhteisön toimijuuden kehittämisessä. 195- 211. Teoksessa Hökkä, P., Paloniemi, S., Vähäsantanen, K., Herranen, S., Manninen, M. & Eteläpelto, A. (toim.)2014. Ammatillisen toimijuuden ja työssäoppimisen vahvistaminen – Luovia voimavaroja työhön. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 19.3.2018. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44975/978-951-39-6020-9.pdf?sequence=1

Pluut, B. 2016. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. Med Healt Care and Philos 2016, 19. 501-515. Viitattu 21.1.2018.

Raitakari, S., Juhila, K., Günther, K., Kulmala, A. & Saario, S. Asiakaslähtöisyydet asiakas ammattilaisvuorovaikutuksessa: Kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J., Palukka, H. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. 2012. Tampere. Tampereen yliopistopaino oy-Juvenes Print. 47-80.

Raivio, R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan eritysvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. 2016. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Luettu 21.10.2017. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0178-1

Ranta, J. & Kuula-Luumi, A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J.(toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. Tampere. 413-426.

Rantanen, T. 2013, Kunnan asiakaspalvelu kuntalaista palveleva kokonaisuus. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Riley, B H., White, J., Graham, S. & Alexandrov, A. 2014. Traditional / Restrictive vs. Patient-Centered Intensive Care Unit Vistitation: Perceptions of Patients Familiy Members, Physicians and Nurses. American Journal of Critical Care 4, 316-324. Viitattu 21.1.2018. http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.long

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2017 Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2017 (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Sanoma Pro. Helsinki. 15-38.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J.(toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. Tampere. 427-444.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2017. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J.(toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. Tampere. 46-83.

Räsänen, T. Oppiminen tuo muutoksen! Työkonferenssi oppimisareenana. Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus. Raportteja 2004/1. 101-112.

Saaranen-Kauppinen, A. & Kauppinen, A. 2006 KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.11.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Shi, L., Lee, D-C., Chung, M., Liang, H., Lock, D. & Sripipatana, A. 2017. Patient-Centered Medical Home Recognition and Clinical Performance in U.S. Community Health Centers. Health Services Research 3, 984-1004. Viitattu 21.1.2018.

Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M. & Sainio, S. 2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysminiteriön raportteja ja muistioita, 16/2018. Viitattu 1.10.2018. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 1.10.2018. https://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisyys/hankkeen-kuvaus

Strandman, K. & Palo, M. 2017. Dialogi yhteiskehittämisen ytimessä. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala, A. (toim.) 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino oy. Tampere. 129-146.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2012. Yksilöllinen hoito – Potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede 2013, 2. 80-91.

Suhonen, R. & Stolt, M. 2017. Asiakaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lähtökohtana. Teoksessa Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:78/2017. 22-30.

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere University Press. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvens Print. Tampere.

Syvänen, S. Käytännön ja teorian yhdistävä toimintatutkimus: oppimisen dialogit. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus. Raportteja 2004/1. 89-100.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Terveysportti www-sivut 2017. Viitattu 25.5.2018. http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/shk/koti

Terveysportti www-sivut 2017. Monisairaan hoitoketju. Viitattu 29.10.2018. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00973

Terveydenhuoltolaki 30.12. 2010/1326. Viitattu 1.10.2018. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

THL www.sotkanet.fi -sivusto. / Viitattu 19.11.2018. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?

THL www-sivut. Viitattu 22.4.2018. https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/asiakas-ja-asukasosallisuus

Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos www-sivut 2018. Viitattu 27.7.2018. https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/itsearviointi/arviointiprosessi

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino - Juvenes Print Oy. Tampere.

Tuomela, K., Heikkilä, K. & Salminen, L. 2017. Moniammatillisuus osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta. Teoksessa Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 78/2017. 37-55.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyn käsitteleminen Suomessa. Viitattu 23.10.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusikylä, P. 2013. Kompleksisuus, kausaliteetti ja keskinäisriippuvuudet näyttöön perustuvan päätöksenteon ja arvioinnin haasteena. Teoksessa Oulasvirta, L, Kihn, L-A., Mänttäri, P. & Wacker, J.(toim.) Näkökulmia arviointiin ja valvontaan. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. 16-37.

Vakkuri, J., Kivimäki, R., Mänttäri, P., Kork, A.2012. Tuottavuusongelma julkisrahoitteisessa palveluissa- mitä tiedetään, mitä tehdään ja mitä vaikutuksia tekemisellä on? Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J., Palukka, H. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. 2012. Tampere. Tampereen yliopistopaino oy-Juvenes Print. 138-173.

Vartiainen, E. & Pulkkis, A. Työkonferenssi työelämän tutkimuksessa ja kehittämisessä. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus. Raportteja 2004/1. 57-73
s. 57-73

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Bookwell Oy, Juva.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. Viitattu 24.11.2018. https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf

Vuori, J. 2017. Dialoginen viestintä johtamisessa. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2017 (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Sanoma Pro. Helsinki. 185-200.

Walker, J. D. 1993. Enhancing Physical Comfort. Teoksessa Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J.& Delbanco, T.L. (editors) 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. Jossey-Bass. 119-153.

Yleinen suomalainen asiasanasto www-sivu. Viitattu 19.11.2018. http://www.yso.fi/onto/ysa/Y110584

Zill, J M., Scholl, I., Härter, M. & Dirmaier, J. 2015. Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter? -Result of a web-Based Delphi Survey. PLos one. Viitattu 21.1.2018.https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0107828

LIITE 1

Tekijät, vuosi, maa	**Tutkimuksen tarkoitus**	**Kohderyhmä**	**Interventio/ vertailu interventio**	**Käytetyt mittarit/ aineiston keruu**	**Keskeiset tulokset**	**Laadun arviointipisteet**
Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustaffson, M-L., Tsangari, H., Papastavrou, E. 2012. Suomi. Hoitotiede lehti	Verrata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoitotyöstä	Kahden sairaanhoitopiirin seitsemän sairaalan yleiskirurgian osastoiden (n=14) joka 25.kotiutuva potilas (n= 291) ja kokonaisotanta hoitajista (n= 283)	Hoitotyö kirurgisella osastolla potilaan näkökulmasta ja hoitajan näkökulmasta	Yksilöllinen hoitomittari kyselylomakkeella. Lomakkeeseen lisätty taustamuuttujat	Potilaat arvioivat hoitoa eri tavalla. Jos tavoitteena on asiakaskeskeinen hoitotyö tulisi potilaiden arviointeihin paneutua hoitotyön laatua ja prosesseja kehitettäessä.	20/20
Riley, BH., White, J., Graham, S., Alexsandrov, A. 2014. USA	Ymmärtää potilaslähtöisyyttä tehohoidossa potilaan perheen, lääkärien ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää potilaslähtöisyyden esteet.	5 tehohoidon yksikköä. Potilaille, sairaanhoitajille ja lääkäreille kullekin oma keskustelu-ryhmä	Perinteiset, rajoitetut vierailuajat. Vs. avoimet vierailuajat	Ryhmähaastattelu, jotka nauhoitettiin ja käsiteltiin laadullisen tutkimuksen sisällön analyysin menetelmin.	Perheen rooli -Kommunikaatio-Luottamuksen lisääntyminen-Avoimet vierailuajat ovat yksi potilaskeskeisyyden perusele-mentti	18/20
Scholl, I., Zill, JM., Härter, M., Dirmaier, J. 2014. Saksa.	Tunnistaa kirjallisuudesta potilaskeskeisyyden ulottuvuudet. Kuvata potilaskeskeisyys.			Kirjallisuuskatsaus	15 potilaskeskeisyyden ulottuvuutta	14/20
Greenfield, G., Ignatowicz, AI., Belsi, A., Pappas, Y., Car, J., Majeed, A.,	Tutkia potilaan kertomaa ihmiskeskeisyydestä	n=22 potilasta. North West London Integrated Care Pilot	Pilotti vuotta ennen tätä tutkimusta.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus.	Tunnistettiin ihmiskeskeisyydestä kuusi teemaa. Kokonaisuus (holismi)	20/20

Harris, M. 2014. UK.					Tunnistaminen (naming) Huoli Myötätunto Hoidon jatkuvuus Voimaantuminen	
Zill, JM., Scholl, I., Härter, M., Dirmaier, J. 2015. Saksa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli vahvistaa ja priorisoida 15 kirjallisuuskatsauksen perusteella saatua potilaskeskeisyyden ulottuvuutta	297 kansainvälistä asiantuntijaa kutsuttiin Delphi tutkimukseen. n= 105 otti kutsun vastaan. n= 71 asiantuntijaa osallistui toiselle kierrokselle		Nettipohjainen Delphi tutkimus. Kaksi kierrosta.	Viisi tärkeintä ulottuvuutta potilaskeskeisyydessä Potillaan yksilöllisyys Potilaan osallistuminen hoitoon. Tiedon saanti. Potilaan ja ammattilasien välinen viestintä. Potilaan voimaannuttaminen	20/20
Pluut, B.2016. Hollanti.	Kirjallisuuskatsaus, jossa tarkoituksena on vertailla potilaskeskeisyydestä käytyä keskustelua	Potilaskeskeisyydestä kirjoitettuja artikkeleita	Kolme keskustelua peilattiin viiteen potilaskeskeisyyteen liittyvään teemaan. Keskustelut: Potilaan hoitaminen, potilaan voimaannuttaminen ja vaikuttavuus. Viisi teemaa olivat: Miksi pitää olla potilaskeskeinen? Potilaan identiteetti. Terveydenhuollon	Kirjallisuuskatsaus	Jotta voidaan toimia potilaskeskeisesti pitää tuntea potilaan arvot, tarpeet ja mieltymykset	14/20

			ammatti-laisen rooli. Kuka vas-taa päätök-senteosta? Terveys-tietojen merkitys			
Shi, L., Lee, D-C., Chung, M., Liang, M., Lock, D., Sripipa-tana, A. 2017. USA.	Arvioidaan Potilaskes-keisen hoi-don koti-hoidon ja terveyskes-kusten vä-listä hoitoa			Tietojärjes-telmistä saatu tieto analysoitiin.		13/20

LIITE 2

Ikaalisten kaupunki

TOIMIPISTE:_____

PALAUTE PALVELUSTA JA HOIDOSTA

Pyydämme Sinua arvioimaan palvelu- ja hoitokokemustasi tällä terveyskeskus- tai sairaalakäynnillä.

Vastauksenne auttavat meitä kehittämään toimintaamme.

Käyntipäivämäärä tai kotiutumispäivämäärä: ___ ___ _____
Vastausvaihtoehdot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä, E = ei koske minua

Palvelu- tai hoitoyksikköä koskevat väittämät						**E**
1. Saamani hoito/ palvelu oli hyvää.	5	4	3	2	1	E
2. Henkilökunta kohteli minua hyvin.	5	4	3	2	1	E
3. Koin oloni turvalliseksi hoidon/ palvelun aikana.	5	4	3	2	1	E
4. Hoitoani/ palvelujani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani.	5	4	3	2	1	E
5. Saamani tieto palveluista/ hoidosta oli ymmärrettävää.	5	4	3	2	1	E
6. Läheisilleni annettiin mahdollisuus olla mukana hoidossani.	5	4	3	2	1	E
7. Henkilökunta kohteli läheisiäni hyvin.	5	4	3	2	1	E
8. Hoitoni/ palveluni jatkui sujuvasti toisessa hoitoyksikössä	5	4	3	2	1	E
9. Suosittelen tätä terveyskeskusta läheisilleni, jos he sitä tarvitsevat.	5	4	3	2	1	E

10. Mikä vaikutti eniten kokemukseesi hoidosta ja palvelusta?
Tarvittaessa voit jatkaa kääntöpuolelle.

KIITOS VASTAUKSESTA!
Palauta lomake palautelaatikkoon tai oheiseen kirjekuoreen suljettuna (postimaksu on maksettu)!

LIITE 3

Sairaanhoitajien teemahaastattelujen teemat.

Kerro, Ikä, montako vuotta valmistumisesta ja kauanko olet ollut tässä työpaikassa nyt.

1. Asiakaslähtöisyyden lisääminen on myös yksi hallituksen kärkihankkeista. Hallitusohjelmassa on määritelty Palvelut asiakaslähtöiseksi – kärkihanke. Hanke koostuu kolmesta osa-alueesta; uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit- asiakas keskiöön, arvioidaan asumisperusteisen sosiaaliturvan tarkoituksenmukainen kohdentuminen ja toteutetaan perustulokokeilu. Sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien uudistamiseen kuuluu asiakkaiden osallistuminen palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen, arviointiin ja mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut.)
   Mitä se sinun mielestäsi tarkoittaa?

2. Ikaalisten kaupungin strategiatalossa yksi arvoista on asiakaslähtöisyys. ”Asiakaslähtöisyys tarkoittaa meille sitä, että me tuotamme palveluja osallistamalla palvelujen käyttäjiä. Teemme työtä paitsi palvelujen tuottamiseksi, myös sen selvittämiseksi mitä kuntalaiset haluavat. Teemme asioita oikein, mutta ennen kaikkea oikeita asioita”. Miten palvelujen käyttäjien osallistaminen näkyy sairaanhoitajan vastaanotolla?

3. Miten asiakaslähtöisyys näkyy tällä hetkellä omassa työssäsi sairaanhoitajan vastaanotolla?

4. Miten asiakaslähtöisyys näkyy tällä hetkellä sairaanhoitajan työhön kuuluvassa puhelinpalvelussa, hoidontarpeenarvioinnissa, puhelinohjauksessa ja neuvonnassa?

5. Onko asiakaslähtöisyys riittävällä tasolla sairaanhoitajan vastaanotolla siihen nähden mitä se sinun mielestäsi tarkoittaa?

6. Onko asiakaslähtöisyys riittävällä tasolla nyt puhelinpalvelussa siihen nähden mitä se sinun mielestäsi tarkoittaa?

7. Miten lisäisit asiakaslähtöisyyttä sairaanhoitajan vastaanotolla ja puhelinpalvelussa?

8. Miten ottaisit palvelujen käyttäjiä mukaan palvelujen kehittämiseen?

LIITE 4

HAASTATELTAVAN SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyöntekijä:

Miia Määttä, sairaanhoitaja. YAMK-opiskelija

miia.maatta@student.samk.fi

Puh. 040 0446943

Tämän Terveydenedistämisen Ylemmän Ammattikorkeakoulututkinnon suorittamiseen liittyvän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia malli joka lisää asiakaslähtöisyyttä sairaanhoitajan vastaanotolla. Mallin laatimiseksi tarkoituksena on ensin kartoittaa asiakaslähtöisyyden nykytilaa sairaanhoitajan vastaanotolla. Nykytilan kartoituksen tutkimusmenetelmänä käytetään teemahaastattelua.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu tai kieltäytyä vastaamasta kysymykseen. Haastattelu kestää noin 45 minuuttia. Haastattelu nauhoitetaan. Haastattelun jälkeen haastattelu kirjoitetaan tekstitiedostoksi.

Haastattelu on luottamuksellinen, äänitallenteita käsittelee vain opinnäytetyöntekijä itse.

Haastattelun tekstitiedostoksi muokkaamisen yhteydessä poistetaan sekä haasteltavien että haastatteluissa esille tulleiden henkilöiden nimet, jotta haastatteluihin osallistuneiden tunnistaminen ei ole mahdollista.

Nauhoitteet tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua kuten myös haastatteluista kirjoitetut tekstitiedostot.

Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan opinnäytetyön raportissa niin että haastateltavia henkilöitä ei voida tunnistaa. Opinnäytetyön raportissa ei käytetä suoria otteita haastatteluista, jotta haastateltujen tunnistamattomuus säilyy. Aineisto käsitellään sisällön analyysin menetelmällä ja haastateltavat saavat analyysin luettavakseen ennen sen julkaisemista tulosten luotettavuuden lisäämiseksi.

SUOSTUN HAASTATTELUUN:

_____

allekirjoitus

SUOSTUMUKSEN VASTAANOTTAJA:

_____

allekirjoitus

LIITE 5

FB teksti

Hei! Olen Ikaalisten sosiaali- – ja terveyskeskuksen sairaanhoitaja. Opiskelen Terveydenedistämisen YAMK tutkintoa. Opintoihini liittyy opinnäytetyö, jonka aiheena on Asiakaslähtöisyyden lisääminen sairaanhoitajan vastaanotolla. Yksi osa opinnäytetyötäni on Työkonferenssi. Nyt kaipaisi siihen 3-4 vapaaehtoista palvelujen käyttäjää auttamaan toimintojen kehittämisessä. Työkonferenssi koostuu kahdesta noin 2-3 tunnin mittaisesta tapaamisesta. Mikäli olet kiinnostunut osallistumaan palvelujen kehittämiseen ota minuun yhteyttä sähköpostilla miia.maatta@ikaalinen.fi.

LIITE 6

Työkonferenssin säännöt:

1. Dialogi on ajatusten vaihtoa osanottajien välillä.
2. Kaikkien, joita käsiteltävä asia koskee, on saatava osallistua keskusteluun.
3. Mahdollisuus osallistua ei yksin riitä. Kaikkien osanottajien tulee olla aktiivisia. Lisäksi jokaisen osanottajan velvollisuutena on oman näkökulman esittämisen lisäksi auttaa myös muita esittämään omansa
4. Kaikki osallistujat ovat tasa-arvoisia
5. Työkokemus on kaikkien osanottajien osallistumisen perusta
6. Jokaisen osanottajan kokemuksista ainakin joitakin tulee pitää oikeutettuina
7. On välttämätöntä, että kaikki ymmärtävät mistä on puhe.
8. Kaikki keskusteltavaan asiaan liittyvät väitteet ovat oikeutettuja.
9. Mielipiteet esitetään suullisesti, kukaan ei voi osallistua ainoastaan paperilla.
10. Jokaisen osanottajan on hyväksyttävä, että muilla osanottajilla saattaa olla parempia perusteluja kuin hänellä itsellään on.
11. Jokaisen osanottajan työrooli, auktoriteetti tms. voidaan ottaa keskustelun kohteeksi. Yksikään osanottaja ei saa olla poikkeus tässä suhteessa.
12. Osanottajien on siedettävä erilaisten mielipiteiden esiintymistä.
13. Dialogin tulee tuottaa jatkuvasti sopimuksia, jotka voivat johtaa käytännön toimenpiteisiin (practical action)
    (Lehtonen 2004, 17-18.)