

SAATTOHOITOPALVELUN MARKKINOIN- NIN ALOITTAMINEN

Lahden Kaupunginsairaala osasto L62

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulu
Yrittäjyyden ja liiketalousosaamisen koulutus-
ohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Pirjo Hasu-Lehtovirta

Lahden ammattikorkeakoulu
Yrittäjyyden ja liiketalousosaamisen koulutusohjelma

HASU-LEHTOVIRTA, PIRJO: Saattohoitopalvelun markkinoinnin aloittaminen
Lahden Kaupunginsairaala osasto L62

Ylemmän ammattikorkeakoulutusohjelman opinnäytetyö, 82 sivua, 15 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö käsittelee Lahden Kaupunginsairaalan osasto L62 tarjoaman saattohoitopalvelun markkinoinnin aloittamista. Tehtävän tarkoituksena on selvittää kuinka olemassa olevaa perusterveydenhuollon osastolla suoritettavaa hyvää erikoisosaamista voidaan markkinoida ja tarjota kaupungin ulkopuolelle.

Saattohoito kuuluu luontevana osana sairaanhoitoa, mutta liiketalousosaamisen ja kuoleman yhdistämisestä ei ole tehty aiemmin tutkimusta, vaikka palvelua markkinoidaan esimerkiksi erilaisten säätöohjainten toimijoiden taholta.

Toimintatutkimus on suoritettu kesän ja syksyn 2010 aikana. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää palvelun hinta, jolla sitä voidaan myydä. Laskemia saatiin suoritettua mittaamalla potilaan hoitoon käytettyä aikaa ja laskemalla erilaisia lääkekuuja. Monimetelmäistä tutkimusta tukee tehtävään suoritettujen haastattelut sekä puhelut, joiden avulla markkinointi-asiaa saatiin vietyä eteenpäin.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa kuvataan palvelua, asiakkuutta ja markkinointia. Niihin pyritään löytämään vastuksia empiriaosuudessa. Tuotteistaminen on osaa julkisen toiminnan kontekstia, sen opettelu vie aikansa ja onnistumista voidaan arvioida tulevaisuudessa. Tuotteistus kuuluu osaksi markkinointia, koska on tärkeää tuntea markkinoitava tuote tai palvelu ja tarkkaan tiedettävä syntyvät kustannukset jotka pyritään kattamaan. Empiriaosuudessa käsitellään saattohoitoa ja siihen liittyviä määritelmiä, sekä esitetään osaston L62 palveluprosessi.

Markkinointi ja sen aloittaminen osoittautuivat tehtävää tehtäessä vaikeiksi, julkisella sektorilla toimittaessa on opeteltava uusia toimintatapoja ja oltava entistä innovatiivisempia tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen pyrittäessä.

Avainsanat: palvelu, asiakas, markkinointi, palvelun tuotteistaminen, palvelusuorituksen tuottavuus, saattohoito, henkilöstö.

Lahti University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Entrepreneurship and Business Management

HASU-LEHTOVIRTA, PIRJO: Beginning marketing of terminal care
Lahti City Hospital Department of L62

Master`s Thesis in Business administration, 82 pages, 15 appendices

Spring 2011

ABSTRACT

This study deals with the launch of the marketing of terminal care at Lahti City Hospital Department of L62. The purpose is to find out how the existing special experts at the primary healthcare department could be marketed and offered outside the city of Lahti.

Terminal care is a natural part of medical care, but the combining of business know-how and dealing with death has not been made part of research before this, despite the fact that the service has been marketed through different foundations.

The research has been carried out during the summer and autumn 2010. The study aims to determine the service price at which the services can be provided. The calculations were performed by measuring the time spent on patient care as well as the prices of medical expenses. The multi-method approach is supported by the interviews and phone-calls, which used to establish and progress the marketing matters.

Services, customer relationships and marketing are described in the theoretical portion of the study. The answers to questions raised by the finding of the theoretical portion are examined in the empirical part of the study. Commercialization has become a part of the new context of the public sector, but grasping it`s meaning takes time, and the results will be evaluated in the future.

Commoditizing is part of marketing, because it is important to be covered by the sale of the product service. Empirical section discusses terminal care, and the terminology related to it, as well as presents the service process of section L62.

Marketing, and the launching of marketing, proved to be difficult while operating at the public sector level new action patterns must be learned, and to be more innovative while aiming at profitability and efficiency.

Key words: Service, customer, marketing, commercialization, commoditizing, terminal care, personnel.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	<u>1</u>
1.1	Tutkimuksen tausta	<u>2</u>
1.2	Tutkimusongelma ja tavoite	<u>5</u>
1.3	Tutkimuksen teoreettinen viitekehys	<u>6</u>
1.4	Tutkimusstrategia ja menetelmät	<u>6</u>
1.5	Tutkimuksen rakenne	<u>7</u>
2	PALVELU JA ASIAKASSUHDE	<u>8</u>
2.1	Palvelu prosessina	<u>10</u>
2.2	Palvelun suunnittelu ja tuotteistaminen	<u>11</u>
2.3	Palvelujen lanseeraus	<u>14</u>
2.4	Henkilöstön osaaminen osana palveluajattelua	<u>18</u>
2.5	Asiakassuhde ja tuottavuus julkisella sektorilla	<u>20</u>
2.6	Asiakkaiden hankinta markkinointiviestinnän avulla	<u>24</u>
2.7	Asiakaslähtöistä ajattelua	<u>29</u>
2.8	Palvelusuoritteen tuottavuuden mittaaminen	<u>34</u>
3	OSASTON L62 PALVELUN KUVAUS	<u>39</u>
3.1	Saattohoitoon liittyviä määritelmiä	<u>40</u>
3.2	Osaston L62 toiminta Lahden kaupunginsairaalassa	<u>43</u>
3.3	Aineiston hankinta ja analyysi	<u>48</u>
4	SAATTOHOITOPALVELUN MARKKINOINNIN ALOITUS	<u>50</u>
4.1	Markkinointitavoitteet	<u>50</u>
4.2	Saattohoitopalvelun kysyntä ja tarjonta	<u>52</u>
4.3	Palvelun tarjooma	<u>53</u>
4.4	Palvelun saatavuus	<u>56</u>
4.5	Hinnoittelu	<u>58</u>
4.6	Markkinointiviestintä	<u>67</u>
4.6.1	Myynnin edistäminen ja tiedottaminen	<u>70</u>
4.6.2	Myyntityö	<u>71</u>
4.6.3	Mainonta	<u>72</u>
4.7	Henkilöstö	<u>74</u>
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	<u>76</u>

LÄHTEET

83

LIITTEET

90

1 JOHDANTO

Sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelualat ovat voimakkaassa kasvussa, niiden rooli yhteiskunnassa on yhä korostuneempi. Hyvinvointialan substanssiosaamisen lisäksi alan ammattilaisilta vaaditaan enenevässä määrin myös vahvaa liiketalousosaamisen ja yrittäjyyden taitoja. (Salonen & al 2010;47)

Julkisella sektorilla taloudellisen voiton tuottaminen ei ole ollut eikä ole toiminnan lopullinen päämäärä, koska perustehtävänä on tuottaa palveluita ja taloudellisen voiton tavoittelun sijasta asiakkaan saama hyöty on päämääränä. Toiminnan kehittäminen tuloksellisen ja vaikuttavuuden suuntaan yhdessä asiakastarpeen oikeanlaisen kohdentamisen kanssa on pyrkimyksenä vastata ajan yhteiskunnallisiin haasteisiin. (Salonen & al 2010; 49)

Premissi-lehdessä, joka on sosiaali- ja terveysalan johtamisen erikoisjulkaisu on ansiokkaita artikkeleja, lehdessä 2/2010 on tieteellisten artikkeleiden osiossa artikkeli ”Tiedonkäsitys, roolit ja osaamisvaatimukset ammattikorkeakoulun terveysalan kehittämistyössä”. Artikkelissa todetaan kehittämistyön luonteen ja lähtökohtien vaikuttavan kehittämistyön tietoperustan kiteyttämiseen olevan haastavaa; kehittämistyö perustuu yleensä olemassa olevien ongelmien ratkaisuun, uusien työtapojen luomiseen tai kehittämiseen sekä innovaatioiden tuottamiseen ja työn tuotteistamiseen. Osana kehittämistyön arkea ovat toimijoiden kokemuksellinen tieto, yritykset ja erehdykset, tilannesidonaisuus sekä toimintaympäristön moninaiset vaatimukset. (Hopia & al 2010; 37)

Seurankuntayhtymän hallintojohtaja Hannu Sarikka puhui keväällä 2010 Päijät-Hämeen saattohoitoyhdistyksen järjestämässä tilaisuudessa mm. julkisten varojen käyttämisestä tehtävästä ratkaisusta, joka tapahtuu usein taloudellisten näkökohtien perusteella. Usein valitaan vaihtoehto, joka on edullinen tuottaa tai järjestää ja tulee pitkällä aikavälillä taloudelliseksi. Taloudellisen ajattelun rinnalla saatetaan käyttää laadullista sisältöä, tekninen toimintavarmuus ja toimitusvarmuus, julkisen palvelun

tuottamista ratkaistaan harvemmin eettisin perustein. Eettisten arvojen painoarvojen toivotaan vahvistuvan jatkossa tehtäessä yhteiskunnallisia päätöksiä. (Sarikka 2010)

Kesällä 2010 käytiin Helsingin Sanomissa yleisönosastolla vilkasta keskustelua palliatiivisesta ja saattohoidosta sekä niiden järjestämisestä. 11.8.2010 olleessa HS artikkelissa oli asiantuntijana Terhokodin johtaja Juha Hänninen; yksinomaan Helsingissä tulisi olla EU:n suositusten mukaisesti 40 - 60 saattohoitoon tarkoitettua vuodeosastopaikkaa – kun niitä ei ole ainuttakaan. Artikkelissa todetaan potilaiden jäävän tyhjän päälle, kun kuratiivista hoitoa ei enää voida tarjota. Hänninen toteaa artikkelissa hyvin hoidetun saattohoidon parantavan hoidon laatua sekä potilaiden tasa-arvoa ja lisää ihmisten kärsivän nyt tarpeettomasti, koska saattohoitoa ei ole järjestetty asianmukaisesti. (HS 11.8.2010)

Aiheesta käytiin lehden yleisönosastolla kohtuullisen vilkasta mielipiteiden vaihtoa artikkelin jälkeen. Syyskuussa 2010 uutisoitiin saattohoidon saaneen uudet suositukset; kaikkien kuolemansairaiden tulisi saada saattohoitoa humanit arvot lähtökohtana, potilaan kanssa tulisi keskustella, hoitopäätöksestä vastaa lääkäri, potilaan/omaisen on hoito hyväksyttävä ja lisäksi hoidon on jatkettava samassa yksikössä koko ajan (HS 24.9.2010).

Saattohoito kuuluu luontevana osana hoitoa sekä lääketiedettä ja on järjestetty kunnissa eritavoin. Se sitoo runsaasti resursseja, eikä ole sinällään kustannustehokasta toimintaa.

1.1 Tutkimuksen tausta

2010-luvulla kunnilla on lisääntyvä tarve saada käyttöönsä kaikissa palvelutehtävissä tuottavuutta parantavia innovaatioita, jotta kunnan talous kestää kasvavan palvelutarpeen. Missään tapauksessa kunnilla ei ole käytettävissään yhtä paljon työntekijöitä kuin nyt. 2010-luvun uusiutuva toimintaympäristö edellyttää kokonaisvaltaista kilpailukyvyyn kasvattamista. Kuntien toteuttamana innovaatioiden strateginen kohdentaminen sitoo myös tuottajien innovaatiokapasiteetin palvelemaan kunnan

talouden kestävyyttä. Näin kilpailuttaminen edistää hyvinvointiyhteiskunnan palvelujen tehokkuutta, toimivuutta, asiakaslähtöisyyttä ja innovaatiohakuisuutta myös vaikeilla aloilla. Perinteisessä ajattelussa esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla tutkimustieto tuotetaan irrallaan varsinaisesta hoitotyöstä. Tällöin innovaatioiden läpivienti edellyttää jälkikäteen asiakkaiden, palvelujen tuottajien ja kuntaorganisaation puolelta tulevaa hyväksyntää. Hyväksynnän saaminen kohtaa todennäköisesti esteitä ja hidasteita. Siksi innovaatiopakotteiden endogeenisen kasvun mallin avulla otetaan innovaatioiden organisoitu johtaminen kuntien omaan hallintaan. Ideana on nostaa palvelujen tuottavuutta kuntien toimintaympäristön ristipainetilanteessa: työn kysyntä kasvaa, mutta henkilöstöä ei voi lisätä työvoiman tarjonnan vähentyessä ja kuntien talouden kestokyvyn ja asiakkaiden oman maksukyvyn heikentyessä.

Kunnissa tapahtuvat muutokset ja palvelutoiminnan kehittämiseen liittyvät haasteet vaikuttavat toiminnan suunnitteluun ja syntyyn sekä kehittämiseen jatkossa, jolloin palveluiden uusista tuottamistavoista voidaan saada merkittäviä hyötyjä. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan tulevaisuuspaketti korostaa keskeisenä tavoitteena olevan toimialan palvelutuotannon ja synnergiaetujen lisäämisen. Kaupungin eri toimijoiden sekä erikoissairaanhoidon kanssa yhteisesti rakennettujen hoitoketjujen toimivuus edellyttää henkilöstön sitoutumista ja monipuolisen ammattitaidon hyödyntämistä toimintojen onnistumiseksi ja kaupunkilaisten saaman hyödyn maksimoimiseksi.

Väestön ikääntymisestä ja kasvavista odotuksista johtuvien tarpeiden sekä lääketieteen ja teknologian tarjoamien uusien mahdollisuuksien myötä terveyspalveluiden kysyntä kasvaa. Lisäksi alueellisen epäoikeudenmukaisuuden lisääntyminen ja työvoiman saatavuuden ongelmat sekä rahoituksen rajallisuus luovat tarpeen terveydenhuollon päämäärätietoiselle kehittämiselle. (Honkanen & Paasivaara 2010; 20-21)

Julkista palvelua tuottaville organisaatioille asetetaan monenlaisia odotuksia ja niitä valtuutetaan kantamaan osaltaan yhteiskunnan ja sosiaalisen elämän rakentumisen onnistumista. Terveystenhoito saa osakseen runsasta arvostelua, mutta myös ar-

vostusta, koska odotuksen niiden toiminnasta vaihtelevat usein ihmisten yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Lahden kaupunginsairaalan (jatkossa tässä työssä LKS) osasto L62 on erikoistunut palliatiiviseen ja saattohoitoon. Lisäksi osastolla voidaan hoitaa kipu-potilaita, joista koostuu aivan omanlaisensa potilasryhmä. Osasto toimii koko Päijät-Hämeen alueella ainoana tämän tyyppistä palvelua tarjoavana yksikkönään. Toimintaa on sairaalassa alettu kehittää vuonna 2007 ja alusta alkaen on ajatuksena ollut myydä palvelua myös Lahden kaupungin ulkopuolelle. Perusteena ovat toiminnan tehostaminen ja sekä eettinen arvopohja, jotka voidaan sitoa yhteen tarjoamalla hyvää hoitoa ja palvelua totuttua laajemmalle.

Lahden kaupunginsairaalan tehtävänä on tuottaa lahtelaisille kliinisesti korkeatasoista, arkielämän selviytymistä tukevaa, yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa ja laadukasta perussairaanhoidon, kuntoutusta sekä tukea potilasta ja hänen omaisiaan tarvittavien palveluiden käytössä. LKS:n toiminta-ajatukseseen kuuluu tuottaa kaupunkilaisille perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen sairaalahoidon palvelut, toimintaan kuuluu tehokas hoito sekä välittömästi alkava kuntoutus. Hoitotyön tavoitteena on luoda turvallinen ja perhehoitotyötä tukeva hoitoyhteisö, joka mahdollistaa potilaan kokonaisvaltaisen hyvän olon ja arvokkaan ihmistä kunnioittavan kuoleman. Toimintaa ohjaa hoitotyön eettinen perusta ja sovitut arvot, joita ovat potilaskeskeisyys, ihmisläheisyys ja lämminhenkisyys.

Lahden kaupungin tuottavuusohjelma toteuttaa valtuuston 1.6.2010 hyväksymän kaupungin strategian tavoitteena on palvelutuotantorakenteen uudistaminen pitkällä aikavälillä. Yhtenä kohtana ohjelmassa on palveluiden tuottavuuden tason nosto. Sosiaali- ja terveystoimialan kohdalla ohjelmassa muistutetaan kansalaisten valinnanvapauden ja valinnanvaran toteutumisen pyrkimyksestä palveluita järjestettävässä. Ohjelman mukaisesti palveluiden saatavuutta helpotetaan ja palveluiden käyttö ohjataan tarkoituksenmukaiseksi, hoidon jatkuvuuden todetaan lisäävän asiakastytyväisyyttä ja vaikuttavuutta. (Tuottavuusohjelma 2010; 2, 25)

Lahden kaupunginhallitus on julkaissut 15.6.2010 § 427 kaupungin vuoden 2011 talousarvion ja vuosien 2012 -2013 taloussuunnitelman laadintaohjeet. Suunnitelmassa todetaan talouskehityksen lähtökohdista taantuman jatkuvan ja heikentävän edelleen vuoden 2011 kuntataloutta. Tuloveron 0,5 % korottamisesta huolimatta alijäämä on n. 10 miljoonaa € Tilikauden tuloksen arvioidaan kääntyvän neljän negatiivisen vuoden jälkeen positiiviseksi vuonna 2013. Taloussuunnitelma osoittaa tilikauden tuloksen olevat vuodelle 2011 ja 2012 vahvasti negatiivinen. Lahden kaupunki on väestönsä osalta vanhuspainotteinen kaupunki, yli 75-vuotiaita on yli 8200, vanhusväestön määrä 1½-2 kertaistuu seuraavan kymmenen vuoden aikana. Se aiheuttaa monenlaisia haasteita palveluiden järjestämistä ajatellen jo nykyisellään ja enenevästi tulevaisuudessa. (<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/C22411CFD3617A09C2257071005DD7>)

Saattohoito on aiheena ajankohtainen, koska sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on työstänyt valtakunnallisia saattohoitosuosituksia. Näiden suositusten mukaisesti kaikkien sairaiden tulisi tarvittaessa saada saattohoitoa ja humanisten arvojen tulee olla hoidon lähtökohtana.

1.2 Tutkimusongelma ja tavoite

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli selvittää miten Lahden kaupunginsairaalan osasto L62 tarjoamaa saattohoitopalvelua voidaan markkinoida, niin että sen piiriin voisivat päästä myös kaupungin ulkopuolella lähikunnissa asuvat palvelun tarvitsijat.

Tutkimusongelma tässä työssä on miten saattohoitopalvelua voidaan markkinoida myös kaupungin ulkopuolelta tuleville, ei lahtelaisille palvelun tarvitsijoille. Alaongelmana tässä tehtävässä on selvittää palvelusta muodostuvat kustannukset, joiden pohjalta palvelulle voidaan määrittää kannattava myyntihinta. Toisena alaongelmana on miten palvelun markkinointiviestintä voidaan hoitaa kohde- ja sidosryhmille.

1.3 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Tässä tutkimuksessa on teoreettisen viitekehysten avulla pyrkimys yhdistää kaksi erilaista maailmaa. Konkreettisia käsitteitä palvelusta, asiakkuudesta ja palvelun lanseeraamisesta on avattu. Ne ovat tulleet tutuksi tutkimuksen tekijälle uudella tavalla ylemmän ammattikorkeakoulu-opintojen myötä, vaikka ovatkin sinällään liiketalouteen aiemmin perehtyneille tuttuja. Niiden auki kirjoittaminen on ollut välttämätöntä tämän tehtävän suorittamisen kannalta. Toisaalta saattohoitoon liittyvä termistö on tekijälle tuttua, mutta ei välttämättä jokaiselle lukijalle. Näiden ilmiöiden yhteen saattaminen on välttämätöntä markkinoitaessa saattohoitopalvelua. Teoreettiset käsitteet pyrkivät menemään ilmiöiden taakse ja tukevat niiden yhdessä muodostamaa kokonaisuutta. Käsitteiden valinnassa ja yhteensovittamisessa on oma vaikeutensa, pyrkimyksenä on saada sellainen synteesi aikaiseksi jonka avulla päästään selvittämään ja vastaamaan asetettuun tutkimusongelmaan.

1.4 Tutkimusstrategia ja menetelmät

Monimenetelmäinen empiirinen tapaustutkimus valikoitui tämän tutkimuksen strategiaksi, tutkimus suoritettiin toimintatutkimuksena pääosin kesän ja syksyn 2010 aikana Lahden kaupunginsairaalassa.

Laadullisen case-tutkimuksen pyrkimyksenä oli saada empiria-osuudelta vastaus teorian nostamiin kysymyksiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää palvelun hinta, jolla sitä voidaan jatkossa markkinoida. Hintalaskelmat ovat osa menetelmiä, joita tutkimuksessa käytettiin. Laskelmia päästiin suorittamaan mittaamalla potilaiden hoitoon käytettävää aikaa ja laskemalla sen perusteella suoritettavalle työlle hinta. Työajan mittaamista varten laadittiin tähän työhön lomake, jonka jokainen potilasta hoitava henkilö täytti. Laskelmaan tarvittavat palkkakustannustiedot saatiin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen taloustoimistosta, joka huolehtii henkilöstön palkanmaksusta. Menetelmäosuuteen kuuluu myös kustannusten laskennan osalta muutaman potilaan lääkekustannusten laskeminen. Potilaat osoitettiin ja valittiin osastolta, lääkkeiden hinnat saatiin tehtävään sairaalan apteekista. Potilaiden hoidon aikana käytetty lääkkeiden määrä saatiin selvitettyä potilasasiakirjoista, joita

ei tähän tutkimukseen muuten luettu tai tutustuttu. Tieto toimitettiin tutkimusta varten osastolta.

Yhtenä menetelmänä oli vapaamuotoinen haastattelu, jossa haastateltavan omat ajatukset ja niiden kuunteleminen ovat tärkeässä osassa. Tähän tutkimukseen sain haastateltua osasto L62 lääkäriä talvella 2011. Tutkimuksen teon aikana osastolla vaihtui osastonhoitaja, se vaikutti tutkimuksen tekoon. Vanha osastonhoitaja vaihtoi työnantajaa ja uuden kohdalla vie aikansa päästä uuden organisaation ja osaston asioihin sisälle. Kävin molempien kanssa rikkaita keskusteluja tutkimusta tehdessäni, kumpaakaan en päässyt suoranaisesti haastattelemaan juuri vaihtoajankohdan vuoksi. Useampi ja varsinkin sairaalan johtajien haastattelu olisi selkiyttänyt työtä. Niihin ei tehtävää suoritettaessa tullut mahdollisuuksia.

Tutkimuksen aineiston keruu oli monivaiheista ja polveilevaa, selkeä suunnitelma aineiston hankkimiseksi olisi ohjannut sitä paremmin eteenpäin. Aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi ovat toisistaan eroteltavissa tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksella pyrin selvyyteen, jolla viitataan yleisesti yksiselitteisyyteen ja täsmällisyyteen informaation lisäämisessä. Tässä työssä on pyritty löytämään hypoteesiin vastaus monitahoisella teoriaosuudella sekä innovatiivisella otteella, kuitenkin yrittämättä kehittää uutta teoriaa tai hypoteeseja.

1.5 Tutkimuksen rakenne

Tämä työ etenee seuraavasti; kappaleessa kaksi paneudutaan teoriaosuuteen, palvelu, tuotteistaminen ja lanseeraus liittyvät toiminnan kehittämiseen. Niitä ei voida käsitellä huomioimatta asiakasta ja asiakkaan arvoa ja asiakaslähtöisyyttä toiminnassa.

Luvussa kolme tutustutaan tutkimuksen kontekstiin ja tutkimuksessa käytettyihin menetelmiin. Saattohoitoon liittyvät termistöä avataan ja määritellään tähän tutkimukseen riittäväksi katsotun osuuden verran. Osasto L62 toiminta avataan myös

luvussa kolme. Lisäksi kerrotaan tutkimusaineiston hankinnasta sekä sen analysoinnista.

Luvussa neljä analysoidaan osaston L62 tarjoamaa saattohoitopalvelua. Empiriaosuuden nostamiin seikkoihin pyritään vastaamaan tässä luvussa. Tehtävän tekemiseen vaaditut laskelmat esitetään tässä luvussa. Palvelun lanseeraaminen osastopalvelun osalta esitetään myös.

Tämän tehtävän lukuun viisi on kirjoitettu tehtävän herättämät ajatukset sekä johtopäätökset. Työn lopussa ovat tähän tehtävään käytetyn aineiston lähdeluettelo sekä liitteet.

2 PALVELU JA ASIAKASSUHDE

Palvelua voidaan tarkastella tuottajan tai kuluttajan näkökulmasta. Tuottajan kannalta palvelu on tapahtumien ja prosessien summa. Asiakkaalle palvelun ostaminen ja käyttäminen voi olla ainutlaatuinen ikimuistettava tapahtuma, täysin rutiininomainen jokapäiväinen toimenpide tai jopa huomaamaton tapahtuma arjen keskellä. Asiakas ei niinkään mieti tuottajan suorittamia prosesseja ja toimenpiteitä palvelua kuluttaessaan, vaan keskittyy omiin tavoitteisiinsa. Palvelun käsitteen määrittelyssä asiakkaan rooli on mukana alusta lähtien. Asiakas nähdään osana tuotantoprosessia ja järjestelmää, joka saa aikaan palvelun (Kinnunen 2004; 7).

Mielikuva palvelusta muodostuu asiakkaan omien tarpeiden ja kokemusten pohjalta, toisten asiakkaiden kertomuksen perusteella sekä myös palvelun tarjoajan omien toimien kuten mainonnan ja muun markkinointiviestinnän kautta. Mielikuvat vaikuttavat palvelun valintaan ja ostopäätökseen, joten niihin tulee suhtautua vakavasti. Asiakkaan muodostamat mielikuvat henkilöstön osaamisesta korostuvat, kun palvelu on monimutkainen ja vaativa tai kun asiakas kuluttajana kokee joko taloudellista tai sosiaalista riskiä ostopäätöstä tehdessään. (Kinnunen 2004; 8-9)

Palveluidealla tarkoitetaan palveluyrityksen liikeideaa tai yksittäisen palvelun syntymiseen johtavaa ideaa. Palvelut ovat enemmän tai vähemmän aineettomia, ne ovat tekoja tai tekojen sarjoja eivät asioita. Ne tuotetaan tai kulutetaan samanaikai-

sesti. Uutena palveluideana voidaan palveluja kehitettäessä pitää myös vanhan olemassa olevan palvelun uudelleensuunnittelua. (Grönroos 1998; 53, Kinnunen 2001; 35, Kinnunen 2004; 10)

Palvelupaketti on määritelty ydinpalveluksi, jota tuetaan lisä- ja tukipalveluilla. Ydinpalvelu on määritelty palvelun ominaisuudeksi, joka vastaa asiakkaan keskeiseen tarpeeseen. Lisäpalvelut ovat ydinpalvelun käytölle lähes välttämättömiä palveluita, ja tukipalvelut taas tekevät palvelun käyttämisen miellyttävämmäksi. (Grönroos 1998; 121-124, Grönroos 2009; 222-223, Lämsä & Uusitalo 2002; 102, Kinnunen 2001; 35, Kinnunen 2004;10)

Palvelutarjous on palvelupaketin kuvaus, jonka pohjalta asiakas tekee päätöksensä palvelun ostamisesta. Kuten fyysisten tuotteidenkin puolella, palvelutarjous on tarjoajaa sitova juridinen toimenpide ja pohja sopimukselle, joka syntyy asiakkaan hyväksyessä tarjouksen. (Kinnunen 2001; 35, Kinnunen 2004; 11)

Yksi tai useampi palveluajatus määrittää organisaation aiheet, jonka pohjalta voidaan kehittää tarjottavia palveluita. Palvelupaketti kuvaa, mitä palveluja tarvitaan asiakkaiden tai kohdemarkkinoiden tarpeiden täyttämiseen. Tämä paketti sanelee, mitä asiakkaat saavat organisaatiolta. Hyvin kehitetty peruspaketti takaa, että lopputuloksen tekninen laatu on hyvä. Laajennettuun palvelun tarjontaan sisältyvät palveluprosessi sekä organisaation ja asiakkaiden väliset vuorovaikutustilanteet, jolloin palveluprosessissa huomioidaan koko asiakkaan kokemus palvelujen laatu. Imagolla on suodattava vaikutus laadun kokemukseen, yrityksen on johdettava kokonais- tai paikallisimagoaan ja markkinaviestintäänsä niin, että ne edistävät laajennetun palvelun tarjonnan myönteistä kokemista. (Grönroos 1998; 163, Grönroos 2003; 226 -227)

Palvelut voidaan järjestää kunnan omana toimintana tai jäsenenä kuntayhtymässä. Kunta voi myös ostaa palvelut muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Uusin vaihtoehto on palveluseteli, jolla kuntalainen voi itse hankkia palvelun erilaisten tuottajien valikoimista. Järjestämistavat eroavat paikallisten olosuhteiden, väestön tarpeiden ja kunnan taloustilanteen vuoksi. (Räsänen & Hovi 2010; 12)

2.1 Palvelu prosessina

Palvelu tuotetaan prosessina niiden päätösten mukaisesti, jotka on tehty palvelutarjousta määriteltäessä useimmiten jonkinasteisen vuorovaikutuksen tuloksena. Luovattu palvelu toteutetaan palvelun tarjoajan ja asiakkaan yhteisten toimenpiteiden avulla käyttäen hyväksi molempien osapuolten henkisiä ja fyysisiä resursseja. Nämä toimenpiteet muodostavat sosiaaliseen kanssakäymiseen pohjautuvia vaihdantaprosesseja, joiden aikana muokataan osapuolten tietoja, arvoja, asenteita ja asioiden merkityssisältöjä. Vaihdantaprosessiin sisältyy myös rahan ja palveluun mahdollisesti kuuluvien koviin eli fyysisten osien vaihtoa. (Kinnunen 2001; 19- 26, 36, Kinnunen 2004; 12, Grönroos 2009; 77- 79)

Palvelun tuotantoprosessiin kuuluu myös osapuolten keskinäisten toimintojen koordinointi ja tarpeen vaatiessa toimintojen sopeuttaminen, missä on tavoitteena muokata asiakkaan ja palvelun tuottajan sisäisiä prosesseja toisiaan vastaavaksi niin, että haluttu palvelu ja sen tuottama hyöty asiakkaalle voivat toteutua. (Kinnunen 2001; 20, Kinnunen 2004; 12)

Asiantuntemusta vaativien palvelujen tuotannossa korostuu ennen kaikkea ihmisten välinen vuorovaikutus, jolloin yrityksessä on tiedettävä keitä asiakkaat todellisuudessa ovat. Henkilökohtaisen vuorovaikutuksen riittävä määrä parantaa mielikuvia palvelun tuottajasta ja luo uskottavuutta palvelun tuottajaa kohtaan. (Grönroos 1998, 261, Kinnunen 2004;13)

Palveluprosessia määriteltäessä selvitetään, mitä on tehtävä palvelun toteuttamiseksi. Myös kaikkien palvelun tuottamiseen osallistuvien roolit ja vastualueet tulee määritellä. Palvelun tuottamiseen osallistuvilla tarkoitetaan niin palvelun tuottajan kontaktihenkilöitä, asiakkaita kuin mahdollisesti palvelun tuottamiseen osallistuvia kolmansia osapuoliakin. Edelleen tulisi määritellä toimenpiteet, joilla pyritään hallitsemaan asiakkaan odotuksia. (Kinnunen 2004; 36)

2.2 Palvelun suunnittelu ja tuotteistaminen

Tuotteistaminen on palvelutoiminnan jäsentämistä suoritteiksi ja suoritteiden yhdistelemistä asiakkaiden tarpeita vastaaviksi palvelukokonaisuuksiksi eli tuotteiksi.

Tuotteelle on määriteltävä sisältö, käyttötarkoitus, laatu ja hinta. Asiakkaiden tulee voida arvioida eri tuotteiden sisältöä sekä niiden hinta-laatu-suhdetta. Tuotteen tunnuspiirteenä on se, että tuote voidaan tuottaa vastaavan sisältöisenä uudestaan tulevaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ovat laatu- ja kiinnostuneita erilaisista julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamista palveluvaihtoehtoista. Sosiaali- ja terveyshuollon palvelutuotannon tuotteistamisessa on kyse kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen määrittelystä, niiden sisällöstä ja laadun täsmentämisestä sekä palvelutuotannon jatkuvasta kehittämisestä entistä paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeita. (Kuntaliitto 2004; 162, Kivistö 2003; 9)

Kun palvelua tarkastellaan tuotteena, on kyse siitä, miten palvelua voidaan kehittää, tuottaa, toimittaa, markkinoida ja kuluttaa. Palvelun tuotanto- ja kulutussuunnitelma sisältää asiakaskontaktit, peruspalvelupaketin osat ja kaikki vuorovaikutuksen resurssit.

Tuote on markkinoinnin kilpailukeinoista kaikkein tärkein, sillä se muodostaa perustan muiden kilpailukeinojen käytölle. Tuote voi olla aineellinen tavara tai aineeton palvelu tai näiden muodostama kokonaisuus. (Grönroos 1998; 274, Grönroos 2009; 281, Lämsä & Uusitalo 2002; 100)

Tuote on asiakkaalle tarkoitettu tavara, palvelu tai näiden yhdistelmä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuote on useimmiten asiakkaan saama palvelu. Tuote voidaan määrittää joko laajasti tai suppeasti; suppean määrittelyn mukaisesti asiakas saa yksittäisen palvelutapahtuman, joka on laajemman palvelukokonaisuuden osa. Sairaalan hoitopäivä luetaan suppean määrittelyn piiriin. Esimerkiksi hoitajakso määritellään laajana tuotteena, kun se sisältää palvelukokonaisuuden. (Kolehmainen 2007; 38)

Lähtökohtana tuotteistamisessa on asiakkaiden tarpeiden tunteminen sekä tavoiteltu asema asiakkaiden mielissä. Nämä ilmaistaan liikeideana tai palveluajatuksena, jossa keskeistä on määrittellä yrityksen tavoittelemat kohderyhmät, kohderyhmien tarpeet ja niiden arvostamat kokemukset. Palveluajatuksen kaikkien osatekijöiden tulee olla yhteensopivia keskenään. On myös tärkeää, että kaikki palvelun tuottamiseen osallistuvat saavat tiedon palveluajatuksesta sekä ymmärtävät ja hyväksyvät sen sisällön. (Lämsä & Uusitalo 2002; 101)

Ryhdyttäessä tuotteistamaan palvelua on ensin pysähdyttävä arvioimaan miksi palvelua tuotteistetaan ja mitä hyötyä siitä on. Tuotteistus on jatkuva aikaa vievä prosessi, joka etenee vaiheittain. Muuttuvat tilanteet asettavat tuotteistukselle haasteita, tuotteistuksen on sovelluttava niihin, koska palvelut tuotteistetaan nimenomaisesti asiakkaita varten. Palveluja tuottaessa työyhteisön henkilöstö on avainasemassa; asiakkaiden kokemuksiin palveluista vaikuttaa suuresti henkilöstön tieto- ja taitotaso, asenne työtään ja asiakkaita kohtaan, kyky ja halukkuus nopeaan ja joustavaan toimintaan sekä kyky käyttää toimintajärjestelmiä ja uudistaa niitä tilanteiden mukaisesti. Henkilöstön tulee toteuttaa palveluajatus. Tämä koskee asiakaspalvelutehtävien lisäksi niitä tehtäviä, joissa ollaan vaikuttamassa lopulliseen palveluun. Johtajien toiminnan vaikutus henkilökunnan ajatteluun ja toimintaan on erityisesti huomioitava. Jos jokin järjestelmä tai työvaihe vaikeuttaa hyvän palvelun tuottamista on se muutettava (Kolehmainen 2007; 38, Paasivaara & al 2008; 41).

Ydiosaamisalueiden eli kyvykkyyksien määrittäminen on tärkeää, kun ajatellaan esim. palveluiden yksityistämistä. Ydiosaamisella tarkoitetaan niitä organisaation osaamisalueita, joiden avulla organisaatio on muita parempi ja joiden varaan sen kilpailuetu perustuu. Ydiosaamisalueita voi olla muutamia, ja ne koostuvat yleensä hiljaisesta tiedosta eli ns. kokemukseen perustuvasta tiedosta. Ydiosaamista on vaikea kopioida, sillä jokaisella organisaatiolla on omat ydiosaamisalueensa (Hyrkäs 2009; 24). Palvelun arviointi ja ydiosaamisen määrittäminen ovat välttämättömiä, jolloin voidaan palvelua tuotteistettaessa ja markkinoilla tarjottaessa kyetä osoittamaan myös omat vahvuudet erilaisissa kilpailutilanteissa.

Palvelun kysynnän arvioinnissa lähdetään liikkeelle potentiaalisten asiakkaiden määrän arvioinnista. Tämän jälkeen arvioidaan kilpailutilanne ja oma mahdollinen markkinaosuus kokonaisymyynnistä tulevaisuudessa. Tässä arvioinnissa kilpailijoiden määrittely kannattaa tehdä laajasti, sillä vastaavien palvelujen lisäksi kilpailua synnyttävät vaihtoehtoiset rahankäytön kohteet. (Kinnunen 2001; 43, Kinnunen 2004; 87)

Palvelun kysyntään vaikuttaa mm. hintajousto; jos kysyntä on hinnan suhteen joustavaa, se tarkoittaa että pienikin hinnan lasku saa kysynnän nousemaan suhteessa nopeammin hinnan laskuun nähden. Kaiken yritystoiminnan tulee pitkällä aikavälillä olla kannattavaa. Kannattavaa toiminta on, kun tuottojen ja kustannusten erotus saadaan positiiviseksi. Kannattavuutta lähellä olevia termejä ovat tehokkuus ja toiminnan tuottavuus, joita ei palvelujen kannattavuutta pohdittaessa voida erottaa toisistaan. (Kinnunen 2004; 90)

Palvelun tuotteistaminen voidaan tarkoittaa palvelun standardointia tavaran kaltaiseksi vakiotuotteeksi, jolloin siihen liittyviä eri toimia voidaan nimittää konseptoinniksi tai palvelun systematisoinniksi. Tuotteistaminen voidaan myös nähdä laajemmin, jolloin sillä tarkoitetaan uusien tai jo olemassa olevien palvelujen määrittelyä, systematisointia ja ainakin osittaista vakiointia. Onnistunut tuotteistaminen parantaa laatua ja tuottavuutta sekä asiakkaan saamaa hyötyä, ja näin myös kannattavuus paranee. (Bergström & Leppänen 2009; 221)

Tuotteistamisella pyritään standardisoimaan palveluita, jotta toimintaa voidaan vertailla esimerkiksi eri yksiköiden välillä. Tuotekohtainen kustannustieto tukee johdon päätöksentekoa esimerkiksi toimintatasolla kustannustietoisuuden ja toiminnan tehokkuuden lisääjinä sekä ylempänä päätöksentekohierarkiassa resurssienjakotilanteessa, poliittisessa päätöksentekotilanteessa tai toimintastrategioiden laatimisessa. (Kuntaliitto 2008; 165.)

Päätöksen siitä, tuottaako kunta palvelut itse vai hankkiiko se ne ulkopuolelta, on perustuttava vaihtoehtojen edullisuusvertailuun, jossa voidaan ottaa huomioon muitakin kuin taloudellisia seikkoja. Kokonaistaloudellinen edullisuus edellyttää

myös muiden tekijöiden arviointia, kuten palvelujen saatavuuden varmistaminen. (Kuntaliitto 2008; 166)

Julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön mukaan kunnat ovat velvollisia kilpailuttamaan sellaiset hankinnat, jotka ne aikovat ostaa oman organisaationsa ulkopuolelta. Viime vuosina kunnat ovat avanneet omaa palvelutuotantoaan kilpailulle myös ns. asiakaspalveluissa eli niissä ostopalveluissa, jotka sellaisenaan lopputuotteen muodossa luovutetaan kuntalaisille (Kivistö 2003; 9).

Ulkoistamis-käsite on tullut yleiseksi viime vuosina, sillä tarkoitetaan Komulaisen mukaan (2010; 42 – 48) pääasiallisesti yhtä palvelujen tuottamismuotoa, joka voidaan nähdä konkreettisena ja yksityiskohtaisena käsitteenä. Kunta siirtää aiemmin itse hoitamansa toiminnan ulkopuolisen hoidettavaksi, jolloin tuotantovastuu siirtyy kokonaan tai osittain palveluntuottajalle. Lakisääteisessä tehtävässä, kuten terveydenhuolto, kunnalla on järjestämisvastuu ja velvollisuus valvoa lainsäädännön toteutumista. Osittaisessa ulkoistamisessa kunta tuottaa palveluja yhdessä toisen tuottajan kanssa. Palvelu tuotetaan vain osittain ja voidaan ajatella toiminnan olevan oman toiminnan jatketta.

2.3 Palvelujen lanseeraus

Ryhdyttyessä suunnittelemaan lanseerausta on varmistettava se, että asiakkaalle tuotettava hyöty, joka on suunnittelun lähtökohtana, on palvelun nykymuodossakin olemassa samanlaisena.

Käyttökelpoinen väline lanseerauksen lähtökohtien määrittelyssä on yleisesti suunnitellun alkutilanteen kartoitukseen käytetty vahvuuksien, heikkouksien, mahdollisuuksien ja uhkien analyysi eli SWOT- analyysi, josta tässä esitetään vahvuuksia ja mahdollisuus. Uuden palvelun lanseerausta käynnistettäessä vahvuus voi olla palvelun uutuus, jolloin kilpailussa saadaan hetkellinen etumatka kilpailijoihin nähden. Vahvuus voi olla myös palvelua tuottavan henkilökunnan korkea osaamistaso ja motivoituneisuus. Hyvä yrityskuva on myös vahvuus samoin kuin edustavat fyysiset puitteet ja välineet, jotka antavat uuden palvelun lanseeraamiselle vahvan tuen.

Palvelun lanseerauksessa mahdollisuus voi olla kehitetyn palvelun soveltuvuus myös muuhun toimintaan, kuin se alun perin on tarkoitettu. (Kinnunen 2004;113-117)

Suunniteltaessa palveluja asiakaslähtöisesti ovat asiakkaan ongelmat ja tarpeet olleet kaiken suunnittelun lähtökohtana. Tällöin on jo lähtökohtaisesti mietitty tietyn asiakasryhmän olevan palvelun tulevia käyttäjiä. Lanseerausvaiheessa kohderyhmällä ei tarkoiteta ainoastaan potentiaalisia asiakkaita, vaan kohderyhmiin kuuluvat lanseerauksen kannalta kaikki tärkeät sidosryhmät, jotka on saatava tietoisiksi uuden palvelun tarjoamista mahdollisuuksista. Tällöin lanseerauksen toissijaisena kohderyhminä tulevat kysymykseen esim. tiedotusvälineet, viranomaiset, erilaiset järjestöt tms. joiden vaikutus palvelun menestymiseen on ilmeinen. (Kinnunen 2004; 118- 120)

Palvelua lanseerattaessa on muistettava kysynnän olevan se määrä hyödykettä, jonka yrityksen toiminta-alueeseen asiakkaat haluavat tiettyä aikana ostaa. Kysyntä muodostuu hyvin erilaiseksi sen mukaan, ketkä tai millaiset organisaatiot ovat ostajina. Julkiset organisaatiot hankkivat hyödykkeitä taatakseen kansalaisille tiettyjä palveluja. Niillä ei ole varsinaista voittomotiivia, organisaatioita määräävät tarkat budjetit, joten hinnalla, alennuksilla ja maksuehdoilla on tärkeä merkitys päätöksenteossa. Kuntien ostoihin vaikuttaa usein kunnallispolitiikka, eli se miten asioista päätetään ja miten niitä hoidetaan. (Bergström & Leppänen 2003; 56- 59)

Lanseerauksen tavoitteiden asettamisessa tulee olla realistinen, epärealistisiksi koetut tavoitteet eivät motivoi henkilökuntaa eivätkä ohjaa toimintaa. Realistisella tasolla olevat tavoitteet koetaan motivoiviksi ja niiden avulla voidaan suunnata toimintaa strategian mukaisesti. Tavoitteiden tulee olla mitattavissa ja aikaan sidottuja. Niitä on voitava asettaa jonkin yksikön mukaisiksi, esim. euromääräisiksi, kapalemääräiseksi, toimenpiteiksi tms. Henkilöstön sitoutuminen tavoitteisiin on tärkeää, sillä kaikki näkyy asiakkaille palvelun tuotantoprosessin aikana henkilöstön käyttäytymisen kautta tavalla tai toisella. Tavoitteisiin sitoutuminen tuo laatua toimintaan. Uuden palvelun lanseeraamiselle voidaan asettaa tarpeen mukaan esim.

myynnillisiä, taloudellisia, imagollisia, toiminnallisia sekä laadullisia tavoitteita. (Kinnunen 2004; 121)

Lanseerauksen alkaessa asetetaan prosentuaaliset tavoitteet niistä asiakkaista, jotka lanseerauksen päättyessä ovat jollain seuraavista tietämyksen ja käyttäytymisen tasolla:

- tietämättömyys uudesta palvelusta
- tietoisuus uudesta palvelusta
- uuden palvelun ominaisuuksien tunteminen
- asenteiden positiivisuus palvelua kohtaan
- palvelua käyttävien määrä
- palvelun säännöllisten käyttäjien määrä.

Tavoitteisiin pääsemistä kannattaa tutkia kyselyin ja haastatteluin jo lanseerauksen aikana sekä sen jälkeen. Lanseerauksen aikaisen tutkimuksen tuloksista voidaan tehdä johtopäätöksiä, joiden avulla on mahdollista ryhtyä tarvittaessa korjaaviin toimenpiteisiin jo lanseerauksen aikana. Lanseeraukseen liittyy myös onnistunut kilpailukeinojen suunnittelu, jolloin lopullisesta tutkimustuloksesta voidaan oppia tärkeitä asioita seuraavan kampanjan suunnitteluun. (Kinnunen 2004; 124, Bergström & Leppänen 2009; 219)

Uusia ajatuksia tai toimintatapoja kehitettäessä tarvitaan ideoita, innovaatioita. Luovuus on innovaatioiden ehto, innovointi uusien tuotteiden ja palveluiden ehto ja innovaatiot taloudellisen kasvun perusta. Innovaatiot ovat muovanneet ihmiskunnan monipuolista, taloudellista, sosiaalista, kulttuurista ja poliittista kehitystä enemmän kuin mitkään muut tekijät. Luovuus on uudistusprosessien käynnistävä voima. Se tuottaa ideoita, uusia näkemyksiä ja omintakeisia, hyödyllisiä ja joustavia ongelman ratkaisuja. Se on tärkeä komponentti työelämässä ja arjessa. (Lampikoski & Lampikoski 2004; 35- 36.)

Lanseerattaessa tuotetta markkinoille on selvitettävä sen markkinointimahdollisuus. Se on johonkin ostajan tarpeeseen ja mielenkiinnon kohteeseen liittyvä alue, jolla

yritys voi hyvin todennäköisesti toimia kannattavasti, jos se tyydyttää kyseisen tarpeen (Kottler 1999; 59). Palvelun tai tuotteen vaikutusalueena nähdään se maantieteellinen alue, jolta palveluyrityksen asiakkaat pääsääntöisesti tulevat (Bergström & Leppänen 2003; 61).

Lanseeraustyöhön ryhdyttäessä on selvitettävä myös onnistuminen markkinoilla. Yrityksen onnistuminen markkinoilla riippuu paljolti kilpailusta eli siitä, miten kilpailevat yritykset tarjoavat ja mitkä ovat niiden mahdollisuudet ja uhat, ja erityisesti siitä, miten yritys onnistuu olemaan erilainen. Yritys tarvitsee kilpailuedun eli asiakkaan kokemuksen paremmuuden muihin nähden. Kilpailuetu voi olla taloudellinen, toiminnallinen tai imagollinen. Taloudellinen kilpailuetu on seurausta alhaisemmista kustannuksista, halvemmista ostoista ja tehokkaammasta toiminnasta kuin kilpailijoilla. Toiminnallisessa kilpailuedussa tuotteet ovat ominaisuuksiltaan ylivoimaisia suhteessa kilpailijoiden tuotteisiin. Imagollisessa kilpailuedussa ostajan mielikuvat arvottavat tuotteen muita korkeammalle, käytännössä palvelu ja maine ovat etusijalla suoritettaessa valinta. (Grönroos 1998; 175, Bergström & Leppänen 2003; 77-78)

Lanseeraustyössä on kilpailustrategia huomioitava ja muistettava, että sen mukaan yritys voi menestyä markkinoilla joko kustannustehokkuuteen (cost leadership), erilaistumiseen (differentiation) tai keskittymiseen (focusing) perustuvalla kilpailuedulla. Yritys voi suurilla markkinoilla saada kustannusetua alhaisilla yksikkökustannuksilla, jolloin se kykenee asettamaan myös hintansa matalalle tasolle. Markkina-asema perustuu tällöin kustannustehokkuuteen. Erilaistamisstrategian mukaisesti yritys tarjoaa laajoille markkinoille tuotteita, joiden ominaisuuksia, ulkonäköä tai luotettavuutta asiakkaat arvostavat, jolloin hinnalla ei ole heille suurta merkitystä. Keskittymisessä yritys etsii kapean segmentin, jolle se myy alhaisin hinnoin tai yksilöllisiä tuotteita. Menestyäkseen yrityksen ei tarvitse olla markkinaosuudeltaan hallitseva, vaan sen on tärkeä löytää oma paremmuutensa. Yrityksen on uskallettava erikoistua markkinoihin, jotka eivät kiinnosta kilpailijoita. Vakiintuneet asiakassuhteet ja asiakastyytyväisyys asettavat yrityksen kilpailijoiden edelle. Halutessaan säilyttää saavutetun kilpailuedun markkinoilla on kerättävä tietoa toimintaympäris-

töstä, analysoitava sitä ja arvioitava sen merkitys, jotta pystyy ennakoimaan muutoksia ja vastaamaan niihin nopeasti. (Bergström & Leppänen 2003; 79)

Kilpailua tulisi tarkastella asiakkaan näkökulmasta, mitkä vaihtoehdot asiakkaan mielessä kilpailevat rahan, ajan ja fyysisen energian käytössä. Kun onnistutaan kehittämään teknistä, palvelun tai toiminnallista laatua niin että kilpailijat pystytään lyömään jollakin saralla, voidaan toimintaa jatkaa luottavaisesti niin, että asiakkaiden riittävydestä ei tarvitse huolehtia kokoaikaisesti. Kilpailijoita parempi palvelu on tapa erottua markkinoilla ja tuottaa asiakkaalle lisäarvoa. Palvelun laatuun tulee kiinnittää erityishuomiota ja seurata sen toteutumista säännöllisesti. Asiakkaalle merkitsevät erityisesti ystävällisyys, nopeus, asiantuntemus sekä rehellisyys. On myös muistettava jokaisen asiakkaan kokevan saamansa palvelu eri tavalla. Palvelua voidaan arvioida ja kehittää asiakkaalta saadun palautteen perusteella. (Vuokko 1997; 21, Grönroos 2003; 103- 104, Bergström & Leppänen 2003; 158- 159)

Jokainen organisaatio joutuu priorisoimaan tekemisiään ja resurssien käyttöä. Erityisesti ei-voittoa tuottavien organisaatioiden on pohdittava sitä tarkoin. Suunnittelu helpottaa valintojen tekemistä, se lähtee aina organisaation päämäärästä. Suunnittelu helpottaa resurssien kohdentamista, koska joudutaan pohtimaan mitä toimenpiteet antavat ja vaativat organisaatiolta. (Vuokko 2004; 117)

2.4 Henkilöstön osaaminen osana palveluajattelua

Asiakaspalvelun haasteisiin vastaaminen edellyttää mm. asiakaspalvelun profiilin nostamista. Yhtenä profiilin nostamisen keinona on kouluttautumisen mahdollistaminen. Itse koulutus ja tutkinto eivät tee asiakaspalvelijaa, mutta väistämättä se vaikuttaa asenteeseen omasta ammattitaidosta ja lisää ammattiylpeyttä. Osaamistason määrittäminen ja varmistaminen ovat hyvänä lähtökohtana koulutuksia suunniteltaessa ja pyrittäessä vastaamaan haasteisiin. (Aarnikoivu 2005; 170)

Uuden palvelun tuottaminen vaatii sisäistä koulutusta, jotta henkilökunta sisäistää uuden palvelunmallin vaiheineen, ymmärtää oman roolinsa palvelun tuottajana, ymmärtää oman toimintansa vaikutuksen palvelun kokonaisuuteen, on innostunut

työstöön ja uskoo palvelun menestykseen. Muutoksen johtamisessa on tärkeää antaa henkilökunnalle riittävästi avointa informaatiota, sillä yleensä työntekijöillä on mielessä huoli omasta työpaikasta ja vakiintuneiden työryhmien ja työrutiinien häviämisestä sekä sosiaalisten suhteiden katkeamisesta lähimpiin työtovereihin. Muutoksen läpivieminen on uusien asioiden oppimisprosessi, joka myös vaatii riittävästi aikaa uusien toimintatapojen omaksumiseksi. (Kinnunen 2004; 82)

Menestys markkinoinnissa perustuu henkilöstön osaamiseen ja motivaatioon, minkä vuoksi sisäiseen markkinointiin on panostettava. Osaava henkilöstö on kiistatta avainasemassa palveluja markkinoivassa yrityksessä, koska ihmiset tuottavat palvelut. Henkilöstön viihtyminen, osaaminen ja motivaatio edesauttavat uusien ideoiden syntymisestä. Työssään viihtyvät ihmiset tekevät omaa työtään ja koko yritystäkoskevia parannusehdotuksia sekä osaavat myös kuunnella asiakkaiden mielipiteitä ja kehittämisehdotuksia. Henkilöstön vaihtuvuus vähenee, eikä yrityksen tarvitse jatkuvasti etsiä uusia työntekijöitä. Tämän seurauksena asiakkaat ja yhteistyökumppanit saavat parempaa palvelua, asiakkaat ovat tyytyväisempiä ja uskollisempia sekä suosittelevat palveluita muillekin. (Bergström & Leppänen 2003; 151- 152)

Jotta organisaatio saavuttaa sille asetetut toiminta- ja tulostavoitteet mahdollisimman vaikuttavasti, tehokkaasti ja taloudellisesti, henkilöstön tehtäviin kohdentamisprosessin tulee olla kunnossa eli oikeiden henkilöiden tulee toimia oikeissa tehtävissä. Tämä tarkoittaa sitä, että kukin henkilö tulee sijoittaa organisaatiossa tehtäviin, joka vastaa hänen osaamistaan ja muita henkilökohtaisia ominaisuuksia (henkilön persoona, hiljainen tieto, koulutus, työkokemus ja tältä pohjalta muotoutunut osaaminen ja sekä motivaatioperusta). (Valtiovarainministeriö 2005c; 49-50.)

Osaava, motivoitunut ja työhönsä sitoutunut henkilöstö luo ja ylläpitää organisaatiossa palvelukulttuuria jolloin työntekijät ymmärtävät ja hyväksyvät toiminta-ajatuksen, strategiat ja taktiikat sekä tuotteet ja palvelut ja mahdolliset markkinakampanjat. Palvelukulttuurin lisäämiseksi on tarkoituksena luoda myönteisiä suhteita organisaation ihmisten välille, saada esimiehet ja johto omaksuma palveluhenkinen johtamistyyli sekä opettaa kaikille työntekijöille palveluhenkisiä viestintä-

ja vuorovaikutustaitoja. Keinona ylläpitää hyvää palvelukulttuuria on luoda sellainen työilmapiiri, jossa työntekijät kokevat palvelun päällimmäiseksi ajatteluaan ja käyttäytymistään ohjaavaksi normiksi. (Grönroos 2009; 452- 453)

Yrityksen kulttuuri muodostuu sen henkilöstön ajattelu- ja toimintatavasta. Muutoksen toteutuminen on vaikeaa, koska palvelukulttuuria ei voi muuttaa yrityskulttuuriksi muuttamatta koko henkilöstön ajattelu- ja toimintatapaa. Muutosprosessi on vaativa ja siihen on varattava paljon aikaa (Halonen 2001; 133).

Yhdessä työskenteleminen ja ajatusten jakaminen ovat parhaita tapoja jakaa hiljaisista tietoa. Tällöin osaamista ei ole välttämätöntä eksplikoida tietoisesti, vaan osaaminen pystytään aistimaan tarkkailemalla toisen työskentelyä, keskustelemalla hänen kanssaan ja ratkomalla yhdessä ongelmia. Tekemällä oppii parhaiten käytännön työtehtäviä, yhteistyössä oppiminen asettaa vastaanottajalle vaatimuksia kyetä vetämään johtopäätöksiä saamastaan opista. Työtä tehdessä ja yhteistyössä toisten kanssa voi oppia monella tapaa. Uuteen organisaatioon, työhön tai tehtävään opittaessa, osaamisen siirtämisen menetelmiä ovat perehdyttäminen, työnopastus ja työkierto. Työssä sovellettavia tapoja ovat parityöskentely, mestari-kisälli – malli, tiimityö tai yleisemmin avoin yhteistyö muiden organisaation jäsenten kanssa. Lisäksi erityisen arvokkaita tilanteita yhteistyölle ovat yhdessä tehdyt tilannearviot ja ongelmien ratkaisut. (Hovila & Okkonen 2006; 60- 61)

2.5 Asiakassuhde ja tuottavuus julkisella sektorilla

Yhteiskunnassa tapahtuneet rakenteelliset, hallinnolliset ja retoriset muutokset määrittävät kansalaiset asiakkaiksi, potilaiksi, palvelun käyttäjiksi ja jopa kuluttajiksi. Asiakkaalla tarkoitetaan pääsääntöisesti tuotteen tai palvelun vastaanottajaa, joka hyötyy saamastaan palvelusta ja maksaa siitä. Palvelu määritetään aineettomaksi prosessiksi tai toimintasarjaksi, jossa asiakas on osallisena. Julkisessa toiminnassa palvelun käsitteellä viitataan organisaation toiminnan onnistuneisuuteen asiakkaan tai kansalaisen näkökulmasta. Kun julkisen palvelun käyttäjä nimetään asiakkaaksi, hänet määritellään yksilöksi, jonka suhde yhteiskuntaan perustuu henkilökohtaisten tarpeiden tyydytykseen julkisten palveluiden kautta. Tyypillisesti

sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä palvelun tarvitsijan valinnanvapaus on pieni ja viranomaisella on laaja harkintavalta. Aidossa asiakassuhteessa sekä palvelun tuottajalla että tarvitsijalla on mahdollisuus valita useista vaihtoehdoista ja he voivat valita minkä tuottajan palvelun valitsee sekä mille ryhmälle palvelua tarjoaa. Kuluttajan roolissa kansalainen voi itse valita mistä ja kenen palveluita käyttää, silloin hänellä on vaihtoehtoja sekä tietoa eri palveluista. (Valkama 2009; 26-31).

Luottamuksen merkitys korostuu palvelualalla, sillä useisiin palveluihin liittyy niiden aineettoman ja heterogeenisen luonteen vuoksi suhteellisen suuri asiakkaan kokema riski ja epävarmuus (Lämsä & Uusitalo 2002; 76). Palveluiden uskonnollisia ominaisuuksia on vaikea hahmottaa edes käytön jälkeen, esim. terveydenhuoltoon liittyvissä palveluissa on näitä piirteitä.

Palveluorganisaation asiakkaan tuntemaan luottamuksen taustalla voi olla yksi tai useampi seuraavista seikoista:

- yleinen, luonnollinen luottamus
 - järjestelmään perustuva luottamus
 - prosessiin perustuva luottamus
- persoonallisuuteen perustuva luottamus
(Lämsä & Uusitalo 2002; 77).

Asiakassuhteen kannattavuus voi olla palveluyrityksen ongelma-alue. Uudet asiakassuhteet ovat usein aluksi kannattamattomia - tullakseen kannattavaksi asiakassuhde tarvitsee aikaa. Asiakassuhteen pituuteen kannattaa panostaa, jotta kannattavuus paranee. (Halonen 2001; 43) Asiakassuhde voidaankin nähdä asiakkuuden arvon kautta, jolloin asiakkuuden halutaan jatkuvan pitkään, jopa vuosia. Asiakkuus voidaan nähdä investointina, johon liittyy osaltaan epävarmuus kannattavuudesta ja kestosta. Asiakkuus voidaan hankkia ja pitää, jos arvo on positiivinen ja asiakkuus kattaa siihen liittyvät kustannukset. (Mäntyneva 2002; 18)

Palvelu on asiakkaan toiveista lähtevää, mutta myynti lähtee yrityksen itselleen asettamista tavoitteista. Näihin tavoitteisiin pyrittäessä asiakkaan palvelutoiveisiin

on vastattava, mutta yrityksen olemassa olo on mahdollista vain, jos yritys saa myydyä tuotteitaan tai palveluitaan. (Halonen 2001; 130)

Myynti on aktiivista ja toiminnallista. Siihen sisältyy yritteliään toiminnan konkreettinen lopputulos; kauppa, sopimus tai muu pysyvä sitoumus. Myyntialoitteen on oltava yrityksen edustajalla, joka edellyttää aktiivisuutta. Palvelussa taas asiakas tekee yleisesti aloitteen, johon asiakaspalvelija vastaa. Pelkkä palveluhenkisyys sopii hyvin julkisen yhteisön toiminnan kehittymiskohteeksi, koska siltä odotetaan palveluja eikä julkisella yhteisöllä ole olemassaolonsa turvaamiseksi kovin suurta palvelujen myyntitarvetta. (Halonen 2001; 131)

Mitä paremmin koko asiakassuhdetta hoidetaan, sitä parempi on toiminnallinen laatu ja sitä helpompaa asiakkaan on säilyttää suhteensa palveluntarjoajaan ja osapuolten välinen yhteistyö helpottuu huomattavasti (Grönroos 2003; 261).

Asiakas näkee saamansa palvelun kasvun maanpäällisenä osana. Palvelun laatu perustuu asiakkaalle näkymättömän sisäisen toiminnan laatuun, josta se versoo ja jonka parantaminen on ensimmäinen tehtävä sen varmistamiseksi, että asiakas saa parhaan palvelun; sisäisistä toiminnoista vastaavat palvelevat asiakasta, vaikka eivät yrityksessä asiakasta tapaisikaan. (Halonen2001; 138)

Sitoutuminen tarkoittaa, että suhteen osapuoli on motivoitunut asioimaan toisen osapuolen kanssa. Sitoutuminen on määritelty myös pysyväksi haluiksi ylläpitää arvokasta suhdetta. Asiakas sitoutuu palveluntarjoajaan esimerkiksi siksi, että tämä on osoittautunut luotettavaksi ja tarjoaa asiakkaan arvontuotantoprosesseja tukevia ratkaisuja. Asiakkaan sitoutuminen on yleisesti syvällistä, jos palveluntarjoajan näkee erityistä vaivaa palvelun tarjoamisessa. (Grönroos 2003; 72- 73.)

Julkisessa terveydenhuollossa asiakas-käsite on laajempi kuin yksityisellä puolella. Asiakas voi olla potilas, joka käyttää palveluja, mutta asiakas voi olla myös kunta maksaessaan kuntalaisen käyttämistä palveluista. Terveyskeskusta tai sairaalaa on vaikeampi johtaa kuin yksityistä yritystä, mutta asiakkaiden (potilaiden) tarpeet eivät ohjaa toimintaa vaan maksajan (kunnan tai kuntayhtymän) tarpeet. Julkisia

organisaatioita on perinteisesti vaivannut myös poliittisten päättäjien vaihtuvuus ja hierarkkinen päätöksenteko (Kivistö 2003; 69).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaita voivat olla yksityiset kansalaiset, heidän etujärjestönsä, yritykset tai koko yhteiskunta. Sama asiakas voi olla palvelujen käyttäjänä, maksajana ja päättäjänä tai vain jossakin näistä rooleista tarpeesta ja palvelun sisällöstä riippuen. Vaaleilla valittu kunnanvaltuusto on palvelun käyttäjien (asiakkaiden/asiakas) edustaja, palvelun järjestäjä ja usein myös vastaa palvelun tuottamisesta. Valtuusto on siis sekä palvelun myyjä (päättää sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta ja myöntää niiden tuottamiseen määrärahat) että ostaja (ostaa erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiiriltä ja myöntää niiden ostamiseen määrärahat). Asiakkaita on kaksi; varsinainen palveluja käyttävä kuntalainen (potilas) ja kunta palvelujen rahoittajana. Potilaan etu ja kunnan etu eivät asiakkaan roolissa aina käy yksiin. Kumman etu painaa ostotilanteessa enemmän, riippuu poliittisista ratkaisuista. (Kivistö 2003; 171)

Edessä on palvelujen tuottavuuden ja kannattavuuden nosto. Nykyisin yksityinen sektori korjaa pääomatuloina innovaatioista saatavan hyödyn kuntien heikon innovaatiostrategian takia. Sosiaali- ja terveysalalle sovitettu innovaatiopakotteiden endogeenisen kasvun malli käynnistää kehityksen, jossa kuntien määrittämä innovaatiostrategia ohjaa palveluyritysten ansaintalogiikkaa, mikä osaltaan järjestelmällisesti nostaa kuntien palvelutoiminnan tuottavuutta. (Sneck & al, 2008;15 -16)

Terveydenhuoltolain muutosta on valmisteltu muutaman vuoden ajan; Kansanterveyslaki ja Erikoissairaanhoidolaki saatiin yhdistettyä laiksi terveydenhuollosta (356/2011). Tarkoituksena on madaltaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä raja-aitoja ja edistää alueellisesti niiden yhteistyötä. Hyvin toimivien palvelujärjestelmän ja saumattomien palveluketjut tarkoituksena on säästää myös kansantalouden voimavaroja.

Asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi ehdotetaan, että potilaalla olisi oikeus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan. Palvelujen käyttö yli kuntarajojen on myös kunta- ja palvelurakennemuutuksen tavoit-

teena. Potilaan tai asiakkaan asemaa vahvistaa lisäksi oikeus valita hoitava lääkäri tai hoitaja. Lakiin sisältyy myös potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua vahvistavia säännöksiä. Laissa korostuu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy. Laissa on mainittu ensimmäisen kerran erikseen kärsimysten lievittäminen, jolla viitataan kivun- ja saattohoitoon (24§). (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä terveydenhuoltolakiuudistuksen muistios- ta 2008; 28, www.finlex.fi)

Organisaatioita kehitetään monipuolisesti tuottavuuden, taloudellisuuden ja laadun lisäksi myös vaikuttavuuden ja henkilöstövoimavarojen näkökulmasta. Tulokselli- nen organisaatio on tuottava, mutta samalla laadukas ja vaikuttava sekä henkilös- töstään huolehtiva. Tuloksellisuus on tasapainoista ja joustavaa kehittämistä (Lumi- järvi 2009; 9).

Yrityksen ja organisaation vastuullisuus on velvollisuutta hoitaa perustehtävä hyvin ja edistää olemassa olon tarkoituksen toteutumista. Toiminnan on oltava taloudel- lisesti kannattavaa, jotta vastuullisuus perustehtävän ja tarkoituksen toteutumisessa onnistuisi. Kannattavuuden voikin ymmärtää vastuullisuuden toteutumisen perus- ehdoksi, ei sen päämääräksi. Näin voidaan välttää ajatus, jonka mukaan taloudelli- nen kannattavuus ja vastuullisuus olisivat toistensa vastakohtia. (Vauhkonen 2007; 44) Kotter toteaaakin (2009; 125 -127) ettei muutostahto säily eikä voi myöskään pysyä korkealla ilman tietoista johtamista ja vaikuttamista. Ihmiset antavat yleisesti suuren arvon sille, että heidän on mahdollista tarttua uusiin tilaisuuksiin, väistää uhkatekijöitä ja on mahdollista löytää uusia tapoja voittaa.

2.6 Asiakkaiden hankinta markkinointiviestinnän avulla

Markkinoinnin tehtävänä on kartoittaa nykyiset asiakkaat, joista kerättyä tietoa voidaan analysoida ja sen kautta havaita potentiaalisimmat uudet asiakkaat. Masso- jen asemesta markkinointi kannattaa kohdistaa valikoiduille ja lupaavimmille osta- jille. Uusille mahdollisille asiakkaille välitetään tietoa ja pyritään vaikuttamaan asenteisiin palvelua tarjottaessa. (Bergström & Leppänen 2003; 418- 419).

Henkilöstö ja palvelu ovat perusta markkinoitaessa tuotetta ja hankittaessa asiakkaita. Tuotteita ja tarjoomaa kehittämällä, hinnan operoinnilla, saatavuuden varmistamisella ja hyvin kohdennetulla markkinointiviestinnällä luodaan pohja uudelle asiakassuhteelle. Uusille mahdollisille ostajille välitetään tietoa yrityksestä ja sen tuotteista niin, että syntyy kokeiluhalua (Bergström & Leppänen 2009; 475).

Päätöksen siitä, tuottaako kunta palvelut itse vai hankkiiko se ne ulkopuolelta, on perustuttava vaihtoehtojen edullisuusvertailuun, jossa voidaan ottaa huomioon muitakin kuin taloudellisia seikkoja. Kokonaistaloudellinen edullisuus edellyttää myös muiden tekijöiden arviointia, kuten palvelujen saatavuuden varmistaminen. (Kuntaliitto 2008; 166)

Asiakkaita hankittaessa palvelua markkinoitaessa on saatava aikaiseksi innostuneisuutta tarttua asiaan, huomio suunnataan ja herätetään haluttuun suuntaan. Innostuneisuus on käsitteenä lähellä innovaatiota ja luovuutta, työyhteisön näkökulmasta innovaatio liittyy muutokseen - asioiden tekemistä toisin kuin aikaisemmin. Muutos ei ole itsetarkoitus, vaan sen tulee perustua harkittuihin valintoihin. Markkinointia suunniteltaessa tulisi sen lähteä missiosta, jolloin tavoitteetkin voidaan määrittellä tarkkaan. (Paasivaara & al 2008; 23, Vuokko 2004; 119, Kulovesi 2002; 13)

Markkinoinnin avulla viestitään mahdollisille ostajille omista tuotteista ja erotutaan kilpailijoista. Markkinointiviestinnän periaatteena on asiakaslähtöinen tarkkaan suunniteltu kokonaisuus, jolloin asiakkaan tarpeet ja toiveet pyritään aina tunnistamaan. Toiminta rakentuu asiakasosaamisen ympärille ja tunnistetut toiveet voidaan tyydyttää. Asiakaslähtöisyyden lisäksi markkinoinnissa on huomioitava suhteet mahdollisiin alihankkijoihin, yhteistyökumppaneihin, tiedotusvälineisiin ja muihin sidosryhmiin. Tarjottavien palveluiden tulee erottua kilpailijoista ja tyydyttää asiakkaiden tarpeita ja mieltymyksiä. Tarjottaville tuotteille on pystyttävä määrittelemään sopiva hinta suhteessa kilpaileviin tuotteisiin ja ostajien hintaodotuksiin. Tuotteiden on oltava myös mahdollisimman helposti saatavilla ja niiden olemassaolosta ja ominaisuuksista on voitava saada tietoa helposti ja selkeästi. Innovaatioita voidaan profiloida ja räätälöidä uusia markkinoita varten. (Bergström & Leppänen 2003; 9-10, Lampikoski & Lampikoski 2004; 244- 245)

Viestintä kuuluu yhteisöjen ja organisaatioiden suunniteltuun, tavoitteelliseen toimintaan ja sitä myös arvioidaan joko itse, asiakkaat tai ulkopuolinen arviointijärjestelmä hoitaa sen suunnitellun aikataulun mukaisesti. Tietoa muokataan ja karsitaan, kun sitä kohdistetaan erilaisille ryhmille organisaatiosta ja yhteisöstä tarpeen mukaisesti. Sanoman vastaanottajan on saatava tietoonsa oikeat, hänen tarvitsemansa tiedot, jolloin karsintaa on usein suoritettava. Viestittävällä tiedolla pyritään vaikuttamaan vastaanottajaan, se ei saa kuitenkaan olla vääristynyttä tai valheellista. Tiedottamisella pyritään avoimuuteen ja tasa-arvoiseen ilmapiiriin. Vaikuttamismotiivi ei saa myöskään olla epärehellinen tai pyrkiä saattamaan viestin saaja toimimaan väärin tai vastoin hänen omaa parastaan, sen avulla ei saa pyrkiä vahingoittamaan tai haittaamaan kenenkään muun elämää. Viestinnästä on voitava antaa palautetta ja se on käsiteltävä ja sen on annettava vaikuttaa. Henkilöstöä tulee myös aktivoida tuottamaan uutta tietoa yhteiseen käyttöön hyödynnettäväksi, jolloin tieto voi auttaa muita työntekijöitä ja koko yhteisön menestymistä. (Siukosaari 2002;29- 30, Bergström & Leppänen 2009; 175)

Yhteisöllä on tarve kertoa itsestään ja ympäristöstään, toisaalta sillä on myös tarve kuunnella mitä ympäristö haluaa kertoa sille. Lisäksi yhteisö haluaa olla keskustelemassa ja vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Ympäristökin voi haluta vaikuttaa yhteisöön ja yhteisö vastaavasti siihen. (Juholin 2005; 36,43) Yritysten viestinnässä puhutaan usein organisaatioviestinnästä, joka voidaan määrittää seuraavasti; se on prosessi, tapahtuma, jossa merkityksien antamisen kautta tulkitaan sellaisia asioiden tilaa, jotka koskettavat työyhteisön toimintaa tai sen jäsenten yhteisöllistä toimintaa, ja jossa tämä tulkinta saatetaan muiden tietoisuuteen vuorovaikutteisen, sanomia välttävän verkoston kautta (Åberg 2000; 95).

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan viestinnän periaatteet on saatavilla kaupungin intranet-sivuilta; Toimiala viestii palveluistaan ja toiminnoistaan sekä kaupungin elimissä vireillä olevista ja käsiteltävistä asioista hyvissä ajoin ennen päätöksentekoa. Viestintä kytkeytyy valmisteluvaiheesta alkaen asioiden suunnitteluun, käsittelyyn, päätöksentekoon ja vaikutusten arviointiin. Toimiala itse viestii sekä sisäisesti että ulospäin ensimmäisenä omista asioistaan. Ensin asia julkistetaan

sisäisesti ja vasta sitten ulkoisesti tasapuolisesti kaikille tiedotusvälineille. Intranet on sisäisen viestinnän pääkanava. Viestintä on päivittäistä toimintaa, jonka ominaisuuksia ovat avoimuus, aloitteellisuus, suunnitelmallisuus, luotettavuus, tasapuolisuus, vastavuoroisuus, nopeus, totuudenmukaisuus, luovuus, ihmisläheisyys, yhteistoiminnallisuus ja läpinäkyvyys.

Viestinnän toteuttamisesta todetaan; Toimialajohtaja vastaa toimialansa viestinnästä ja sen resursoinnista. Vastuualuejohtajat ja palveluyksiköiden päälliköt vastaavat omaa toimintaansa koskevasta viestinnästä. Toimialan viestintävastaava koordinoi ja suunnittelee yhdessä tiedottajan ja viestintätiimin kanssa toimialan viestintää. Kullekin palveluyksikölle/vastuualueelle on nimetty tiedotusvastaava, joka toteuttaa oman alueensa viestintää. Jokaisen työntekijän on asiantuntijuuteensa ja työtehtäviinsä perustuen pyrittävä edistämään sisäistä ja ulkoista viestintää. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus seurata toimialan sisäisiä tiedotteita ja uutisia. Hankkeen viestinnästä vastaa hankevastaava, ellei toisin päätetä. Viestintä kytketään mukaan kaikkien merkittävien hankkeiden valmisteluun alusta asti nimeämällä hankkeelle viestintävastaava ja laatimalla hankkeelle viestintäsuunnitelma. (Lahden kaupungin viestinnän periaatteet (Kaupunginhallitus 1.9.2008), Lahden kaupungin tiedotusohjeet (Kaupunginhallitus 25.6.2007), Lahden kaupungin tiedotusohjeiden liite: Sähköisen tiedonvälityksen oikeudelliset ja eettiset periaatteet kuntalaispalveluissa ja viranomaistoimissa (Kaupunginhallitus 25.6.2007)).

Markkinointia kehitettäessä kohennetaan asiakastietämystä, yhteydenpitomahdollisuuksia asiakkaisiin sekä asiakkaan toiminnan taloudellisten lainalaisuuksien ymmärtämistä. Asiakas voidaan kutsua mukaan tuotteen kehittämiseen, jolloin tuote suunnataan paremmin asiakkaan tarvetta vastaamaan. Joustavat ratkaisut ovat osa hyvää markkinointia, jolloin tavoitteisiin päästään kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla. (Kotter 1999; 29)

Ihmiset ovat erottamaton osa palvelujen tuottamisessa ja kuluttamisessa. Tämä tuo palvelujen markkinointiin sekä ongelmia että mahdollisuuksia. Henkilökunnan ammattitaito korostuu, palveluprosesseja kehitettäessä on pyrittävä korostamaan työntekijöiden asemaa ja merkitystä palvelujen tuottamisessa sekä asiakkaiden tar-

peiden arvioinnissa ja täyttämässä. Asiakaspalvelun ja yksilöllisyyden korostaminen yhdistetään palvelun yksilöllisyyteen, joustavuuteen ja asiakaskeskeisyyteen. Yksilöllisyys edellyttää asiakaspalvelijoilta sopeutumiskykyä ja uusien asioiden omaksumista. Henkilöstön todellinen kehittyminen edellyttää jatkuvaa koulutusta ja valmennusta. (Kuusela 1998; 105- 106)

Mainonta on usein yrityksen viestintäkeino, joka on suunnattu rajatulle kohderyhmälle. Mainonta voi olla jatkuvaa pitkäkestoista tai tarpeen mukaan toteutettuja kampanjoita. Informatiivinen mainonta kertoo uusista tuotteista ja tuotteen uusista käyttötavoista, suhdetta vahvistava mainonta vahvistaa asiakkaan tekemiä ostopäätöksiä ja viestii hyvistä syistä jatkaa asiakassuhdetta. Mainonnan keinot ja tavat vaihtelevat, uusimpana vaihtoehtona on internetpohjainen hakusana-perusteinen mainonta. Tällöin palvelun markkinoijan on huolehdittava itse verkkohakemistoissa hakukoneoptimointi. (Bergström & Leppänen 2009; 337 -375)

Myyntityö on tärkeä osa markkinointiviestintää asiantuntijapalvelua markkinoitaessa. Palvelua myytäessä on tuotteen tuntemuksella vankka merkitys, samoin motivaatio ja päättäväisyys tarjota palvelua. Myynti ja muu markkinointiviestintä on tärkeää nivoa yhteen tarjottaessa palvelua ja pyrittäessä vaikuttamaan asiakkaan ostopäätökseen. Myyjän tärkeimpänä tehtävänä voidaan nähdä tuottaa asiakkaalle arvoa, niin että hän tekee ostopäätöksen ja on halukas ostamaan palvelun tai tuotteen uudelleen. Myyntityön tavoitteena on luottamus ja pitkäaikainen asiakassuhde, neuvotteleva ja ongelmia ratkova myyntityö voi saada asiakkaan hankkimaan ja ostamaan palvelun tai tuotteen. Myyntiä suunniteltaessa on laadittava myyntiennuste ja seurattava sen toteutumista. (Bergström & Leppänen 2009; 412- 438)

Myynninedistämisen (SP = sales promotion) tarkoituksena on kannustaa ostajia ostamaan ja myyjiä myymään palvelu tai tuote, tavoitteena on saada uusia kokeilijoita sekä vahvistaa nykyisten asiakkaiden uskollisuutta. Ammattimessut ovat yksi tapa edistää myyntiä, jolloin markkinointi voidaan suunnata halutulle kohteelle. Messujen jälkeen voidaan kiinnostuneisiin ottaa yhteyttä sovitun mukaisesti vaihtamalla postittamalle heille lisämateriaalia. (Bergström & Leppänen 2009; 448- 452)

Markkinointiviestinnän yhtenä tärkeänä osa-alueena on tiedotus- ja suhdetoiminnan (PR = public relations) keino. Tavoitteena on lisätä tietoa ja myönteistä suhtautumista sekä luoda uusia suhteita ja ylläpitää jo olevia sidosryhmiin. Sisäisen ja ulkoisen tiedotus – ja suhdetoiminnan keskeisinä kohteina ovat oma henkilöstö, yrityksen omistajat, keskeiset kumppanit sekä julkiset tiedotusvälineet, jotka välittävät tietoa suurelle yleisölle. (Bergström & Leppänen 2009; 457)

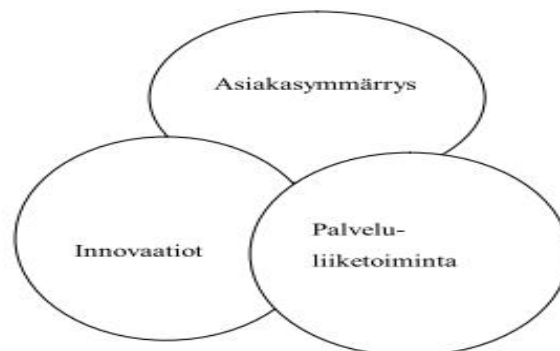
2.7 Asiakaslähtöistä ajattelua

Asiakaslähtöisyyden katsotaan parantavan organisaation menestystä. Perustana on ajatus, että asiakas valitsee aina parhaimman mahdollisen vaihtoehdon. Julkisella sektorilla ei ole aiemmin totuttu ajatukseen asiakkuudesta tai toiminnan asiakaslähtöisyydestä. Nykyisin myös julkisen sektorin on hyödynnettävä resurssejaan tehokkaasti, yksittäiset kansalaiset eivät ole pelkkiä toiminnan objekteja, vaan asiakaslähtöisen ajattelun mukaisesti pitää pohtia miten kansalainen/asiakas on tyytyväinen. Asiakkaisiin liittyy monenlaista vastuuta; ammatillinen vastuu, sosiaalinen vastuu, laillinen vastuu, poliittinen vastuu, asiakkaaseen liittyvä vastuu. (Vuokko 2004; 90-92.)

Julkisella sektorilla on poliittisella päätöksenteolla keskeinen merkitys, jokainen organisaatio joutuu omassa toiminnassaan, päätöksissään ja suunnitelmissaan huomioimaan poliittisen päätöksentekojärjestelmän ja sen tuomien päätösten vaikutukset omassa toiminnassaan erotuksena muilla sektoreilla toimiviin organisaatioihin. Itse toimijoilta odotetaan työssään olevan poliittisesti neutraaleja ja sitoutuvan tehtäviin päätöksiin ja hoitavan tehtävänsä vastuullisesti. Julkisen toiminnan rajoitteet on hyväksyttävä ja pystyttävä kääntämään vahvuuksiksi, joilla taataan asiakkaille tasavertaisuus palvelujen saannin suhteessa. Laillisen vastuun myötä taataan kansalaisille/asiakkaille tiettyjä oikeuksia, jota julkinen sektori toteuttaa ja vastaa myös sosiaalisen vastuun toteutumisesta takaamalla esim. heikoimmassa asemassa oleville ryhmille oikeuksia ja palveluita. (Bekke & al. 1996; 142, Cutlip & al 1994 375, Vuokko 2004; 92- 93)

Asiakaslähtöisyys edellyttää sitoutumista koko organisaation henkilöstöltä. Edellytyksenä on hyvä tiedonkulku ja koordinointi, asiakaslähtöisyyden tulisi olla koko organisaation yhteinen tavoite, jonka toteutumisessa tarvitaan yhteistyötä ja toimintojen samansuuntaisuutta. Sen tulisi samalla luoda työlle mielekkyys ja tarkoitus siten, että jokainen voisi nähdä oman työnsä merkityksen organisaation kokonaistuotoksen kannalta. (Vuokko 1997; 28)

Asiakaslähtöisyyttä ei saavuteta muuttamalla organisaatorakenteita ja hierarkiasuhteita, ajattelutapojen muuttaminen ja kehittäminen julkisella sektorilla vaatii aikaa, jotta muutosprosessi onnistuu. Henkilöstön sitoutuminen ja motivoituminen toiminnan muutokseen vaatii yhteistyötä sekä oivaltamista yhteisen päämäärän eteen työskentelyn välttämättömyyttä. Johtajien odotetaan toimivan myös usein esimerkeinä innovatiivisuudessa, sitoutumisessa ja jaksamista uskoa muutoksen tapahtuvan, vaikka hitaastikin. Asiakaslähtöinen palveluliiketoiminta edellyttää asiakasymmärrystä ja kykyä kehittää liiketoimintaa tämän ymmärryksen perusteella. Asiakkaan toiminnan ymmärtäminen auttaa ymmärtämään asiakkuudesta syntyvää arvoa käytännössä. (Arantola & Simonen 2009; 4-5)



Kuvio 1. Asiakasymmärrys, innovaatioiden johtaminen ja palveluliiketoiminnan kehittäminen (Arantola & Simonen 2009; 5).

Palvelun arvo luodaan vuorovaikutusprosessissa asiakkaan ja palvelun tuottajan kanssa, jolloin työntekijän onnistuminen on riippuvaista asiakkaan osallistumisesta palvelutapahtumaan. Lähtökohta oletus on, että vuorovaikutuksella asiakkaan kanssa ja suoran palautteen saamisella asiakkaalta on myönteinen vaikutus työntekijän tai palvelun tuottajan suoritukseen. Kun työntekijä ajattelee vaikuttavansa työllään

asiakkaan hyvinvointiin tai terveyteen, rohkaisee se häntä ja antaa uskoa siihen, että hänen työnsä on merkityksellistä ja tärkeää. Asiakaslähtöisyyden ja työntekijän motivaation välillä on todettu olevan yhteyttä, asiakaslähtöisyyden vahvistuessa kasvaa työntekijän motivaatio työnsä hyvään suorittamiseen. (Saarela & Virtanen 2010; 140)

Asiakkaan arvo ei voi olla ainoastaan asiakkaan kannattavuus. Asiakkaan kannattavuus on välttämätön edellytys sille, että saamme syntymään arvokkaita asiakkaita pitkällä aikavälillä. Asiakkaan arvoa on mietittävä myös tulevaisuuden kannalta. Jokaiselle asiakkaalle on annettava ”tulevaisuuskerroin”, jonka avulla arvioidaan, kuinka kauan asiakas pysyy yrityksen asiakkaana, ja minkälaisia mahdollisuuksia hän tuo tullessaan. Tämä pohdinta on tärkeää, kun suunnitellaan asiakkuusstrategioita. (Lehtinen 2002; 108- 109.)

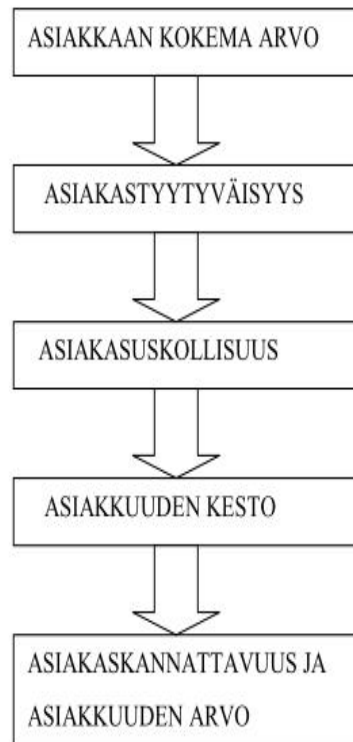
Yleensä yrityksen ja organisaation tavoitteena on saada pitkäaikaisia, kannattavia asiakkaita. Jos asiakas kokee saavansa arvoa yrityksen tarjoamasta enemmän kuin joutuu uhraamaan panoksia (raha, aika, vaiva) hankintaan, niin asiakassuhde on kestävämmällä pohjalla. Liikeideaa laadittaessa ja sitä muutettaessa tulee ottaa kantaa arvon tuottamiseen niin, että pystytään tarkasti sanomaan, miksi tarjolla olevaa palvelua kannattaa ostaa. Arvon tuottamisessa pyritään tuottamaan enemmän arvoa kuin mitä asiakas joutuu uhraamaan hankintaan. Asiakkaan kokema hyöty voi olla yhdistelmä tuotteen fyysisiä ominaisuuksia, palveluominaisuuksia, tuotetukea, ostohintaa ja laatua. Tuotteen tai palvelun ostamiseen vaikuttava arvo voi olla tarjoaman erinomaisuus, joka liittyy laatuun, houkuttelevuuteen ja käytökelpoisuuteen tai soveltuvuuteen. Asiakkaan kokema arvo tai hyöty on henkilökohtainen ja perustuu asiakkaan omaan, subjektiiviseen arvioon. Hyödyt koetaan usein abstrakteina, kun taas kustannukset voivat olla hyvin konkreettisia eli aikaa, rahaa ja toimintaa. (Bergström & Leppänen 2009; 31- 33)

Asiakkuusajattelu lähtee siitä, että asiakastyytyväisyys johtaa asiakasuskollisuuden kautta asiakaskannattavuuteen. Arvontuotanto on sekä yrityksen että asiakkaan yhteinen päämäärä ja yritykselle on erityisen tärkeää ymmärtää asiakkaan arvontuotantoprosessi. Arvontuotanto toimii differoinnin ja kilpailuetujen perustana. Asiakkaan kokema arvo (välitön arvo) koostuu hänen kokemastaan laadusta ja niistä

uhrauksista, joita hän on joutunut tuotteen tai palvelun eteen tekemään. Tämän lisäksi asiakas saa välillistä arvoa tunnearvojen kautta sekä yhteisen oppimisen ja kehittymisen välityksellä. Asiakkaan kokemukset hänen odotuksiinsa nähden vaikuttavat hänen tyytyväisyyteensä. Asiakastyytyväisyyttä tarkasteltaessa on hyvä huomioda, että tyytyväisyys ei aina johda asiakasuskollisuuteen. Toisaalta uskollinenkaan asiakas ei aina ole kannattava. Kannattamattomuuden syitä voivat olla mm. työ (uhrataan liikaa työtä verrattuina saataviin tuottoihin), hinta (pyydetään liian alhaista hintaa) ja volyymi (asiakas ostaa liian pieniä määriä). Asiakkuusstrategian mukaan yrityksen olisi valittava palveltavakseen oikeita asiakkaita ja karsia väärät asiakkaat pois. Seuraavaksi olisi laadittava selkeät asiakasstrategiat ja luotava prosessit näiden strategioiden toteuttamiseksi. Yrityksen tulisi kehittää asiakaskantaa, asiakkaan kohtaamista ja asiakkuutta siten, että asiakas pystyy toteuttamaan tavoitteensa. (Joensuun yliopisto)

Tyytyväinen asiakas kertoo lähipiirilleen yrityksestä ja suosittelee tuotteita tuoden näin uusia asiakkaita. Hyvät edut ovat kiinnostavia ja asiakkaiden arvostamia, yrityksen imagoon sopivia ja vaikeasti jäljiteltäviä. Asiakkuuksien säilyttäminen ja kehittäminen edellyttää asiakassuhteiden ja toimenpiteiden tulosten jatkuvaa seuranta (Bergström & Leppänen 2009; 478, 484).

Asiakaslähtöiseen ajatteluun voidaan sisäistää sopimuksellisuus palvelun tuottamisesta. Silloin tarkoituksena on saada aikaan sopimus palvelun tuottamisesta, niin että se tyydyttää palvelun tarjoajaa/tuottajaa sekä hankkijaa/ostajaa. Ryhdyttäessä tekemään sopimuksia on hyvä analysoida elementtejä, joita tehtävältä sopimukselta vaaditaan. Tämänkaltaisia asioita voivat olla mm. palvelun laatutaso ja sen varmistaminen, sopimuksen kesto ja riskien kartoitus. Kun palvelusta on järjestämisvelvollisuus, sitoo sopimus palvelun ostajaa vahvasti



Kuvio 2. Asiakkaan kokemasta arvosta asiakkuuden arvoon (Hasu-Lehtovirta 2010).

Sopimusta tehtäessä on huolehdittava siitä, millaiseen muotoon asiat sopimuksessa kirjataan. Määrittelyn on oltava niin selkeää, ettei yksittäisiä asioista tarvitse tarkentaa sopimuksen teon jälkeen. Sopimuksen voimassaoloaika on sopimuksen alkamisesta sen loppumiseen saakka, jolloin sopimusvelvoitteet ovat voimassa. Sopimuksen neuvotteluvaiheessa hankitaan tietoa, joilla vaikutetaan sopimuksen periaatteisiin joiden pyrkimyksenä on kuvata mahdollisimman tarkasti ja huolellisesti mistä sovitaan. Sopimusasiakirjaan kannattaa laittaa maininta, että kaikki sopimusehdot on mainittu ja määritelty sopimusasiakirjassa, jolloin mainitsemattomiin ehtoihin ei voi vedota. (Komulainen 2010; 389- 402).

Komulaisen (2010; 387) mukaan voidaan hallintosopimuksiksi kutsua sellaista ulkoistamista, jossa on puhtaasti kysymys kunnan erityistoimialan mukaisesta lakisääteisten tehtävien hoitamisesta ja kunnan hallintotehtävien hoitamisesta. Tällöin tuotetaan kunnan lakisäätteisiä palveluja sopimusperusteisesti. Kunnan toiminnassa on näitä hallintosopimuksia käytössä monessa ostopalvelusopimuksessa, jolla kunta ostaa palveluja yksityiseltä tai toiselta julkisyhteisöltä.

2.8 Palvelusuoritteiden tuottavuuden mittaaminen

Julkisen sektorin osalta tuottavuuden mittaamisessa ja jopa sen määrittelemisessä on ongelmia. Tehdyn työn määräänkin liittyy mittausongelmia, mutta vaikeinta on mitata tuotannon määrää tai edes määritellä, mitä sillä tarkoitetaan (UusiKunta seminaari Lahdessa 8.12.2009).

Pyrkimys työn tuottavuuden nostamiseen vastaisi pyrkimystä lisätä yleistä hyvinvointia. Tuotos riippuu tuotannon määrästä, sen laadusta ja itse tuotteen tarpeellisuudesta. Työpanos riippuu tehdyistä työtunneista, työn palkitsevuudesta ja muista laatutekijöistä sekä käytetyn työvoiman laadusta ja niukkuudesta (UusiKunta seminaari Lahdessa 8.12.2009).

Tuottavuus on monimerkityksinen käsite, vaikka se yksinkertaisimmillaan määritellään palvelusuoritteiden suhteena panoksiin. Laajemmin tuottavuus voidaan määritellä suoritteilla aikaansaatavien vaikutusten suhteena panoksiin, jolloin käytetään myös tuloksellisuuden käsitettä (Saarela & Virtanen 2010;141) Julkisissa peruspalveluissa ei tuottavuuden ja laadun kohottamisella ole välttämättä samanlaista yhteyttä kysyntään kuin yksityisellä organisaation kohdalla. Kysyntä on enemmän riippuvainen palvelutarpeesta ja palveluvolyymi riippuu ensi sijassa yhteiskunnallisesta tahdonmuodostuksesta. Tähän ajatukseen lisätään vielä, että kaikissa palveluorganisaatioissa pitäisi laadun ja tuottavuuden kehittämisen olla itsestään selvyys. (Lumijärvi 2009; 6.) Tahdonmuodostus-ilmaisu tarkoittaa yhteistä halua ja päätöksiä järjestää uudenlaisia palveluita kansalaisten saataville, ikään kuin subjektiivisena oikeutena – toki vain palvelua oikeasti tarvittaessa. Siitä, kuka määrittää tai arvioi näiden palveluiden saamisen rajat, on syytä käydä ja käydäänkin syvällistä keskustelua eri tahoilla.

Terveystalouden menetelmiä arvioidaan laaja-alaisesti: vaikuttavuuden ja kustannusten lisäksi arvioidaan myös menetelmien juridisia, eettisiä, sosiaalisia ja organisatorisia vaikutuksia (Räsänen & Hovi 2010; 12) Jokaiselle sairaalan yksikölle on asetettu talousarvion toimintatavoitteita; maksutuotot - niitä seuraamalla voidaan arvioida toiminnan tuottavuutta ja kannattavuutta. Seuranta voidaan toteuttaa jo-

kaisessa yksikössä toteuttamalla omaa talousarvio-seurantaa intranetissä kuukausitasolla ja nähdään sen toteutuminen prosentteina suunnitellusta.

Seuraavassa taulukossa esitetään terveydenhuollossa yleisesti käytössä olevaa terministöä, joiden avulla mittaamista voidaan helpottaa.

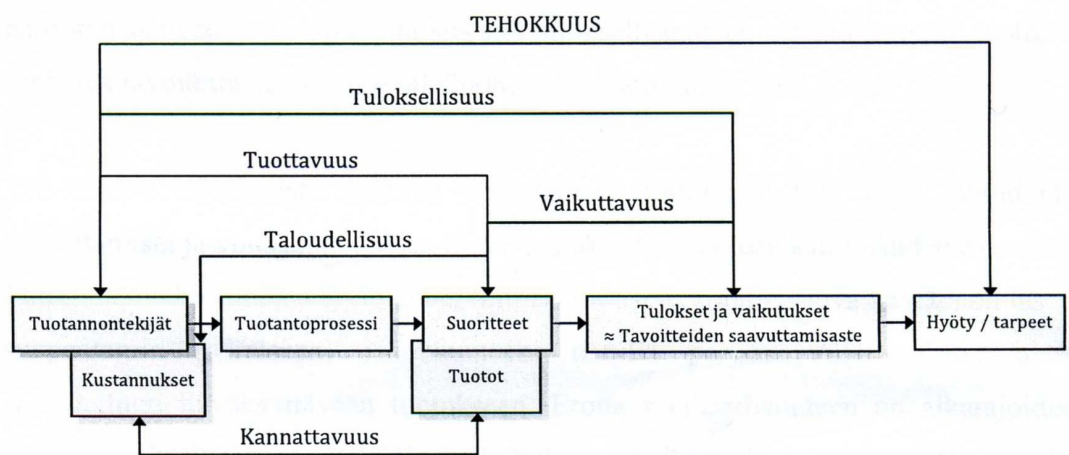
Taulukko 1. Tehon ja vaikuttavuuden termit (Räsänen & Hovi 2010; 13).

<u>Termi</u>	<u>Merkitys</u>	<u>Mihin kysymykseen vastaa?</u>
Teho (Efficacy)	Hoidon vaikutus ihanno-olosuhteissa, esim. konrolloitu koe.	Voiko hoito yleensä toimia?
Vaikuttavuus (Effectiveness)	Hoidon ja toimenpiteen vaikutus todellisessa arjessa.	Kannattaako hoitaa?
Tehokkuus (Efficiency)	Hoidon vaikuttavuuden ja sen antamiseen käytettyjen voimavarojen suhde.	Kannattaako hoito?
Kustannusten minimointianalyysi (Cost minimisation analysis)	Menetelmien vaikuttavuus oletetaan samaksi ja arvioidaan vain kustannukset.	Mikä on tehokkain tapa säästää ?
Kustannushyötyanalyysi (Cost-benefit analysis)	Menetelmien vaikuttavuus ilmaistaan rahamääräisenä.	Onko asetettu tavoite hyväksyttävä?
Kustannus- vaikuttavuusanalyysi (Cost-effectiveness analysis)	Menetelmien vaikuttavuutta mitataan esim. objektiivisilla mittareilla ja suhteut. kustannuksiin.	Mikä on tehokkain tapa käyttää voimavarat?
Kustannus-utiliteettianalyysi (Cost-utility analysis)	Menetelmien vaikuttavuudessa huomioidaan sekä terveyteen liittyvät elämänlaatu että elämän pituus.	Mikä on tehokkain tapa käyttää voimavarat?
Budjettivaikutusten arviointi (Budget impact analysis)	Menetelmien nettovaikutukset maksajan budjettiin.	Miten uuden menetelmän käyttöönottoon tulisi budjetissa varautua?

Tuottavuuden parantaminen on välttämätöntä. Palveluiden uudet toimintatavat ja innovaatiot sekä erityisesti prosessien läpikäynti ovat keskeisiä keinoja löytää te-

hokkaampia tuloksia. Työ vaatii tuekseen niin valtion kuin kuntasektorinkin ponnistelua käytännön mallien, uusien toimintamuotojen, teknologian, hyvien käytänteiden ja monien uusien innovaatioiden konkreettiseksi toteuttamiseksi. Olisi suotavaa, että valtion voimavaroja suunnattaisiin tähän entistä runsaammin. (Parjanne 2007) Talouden arvioinneissa käytettävät termit eivät välttämättä ole selkeitä ja niitä voidaan tulkita eri yhteyksissä eri tavoin. Myös arvioinnin pohjana olevaan tietoon saattaa liittyä epävarmuustekijöitä. Siksi on tärkeää kertoa mitä kustannus- ja vaikuttavuustiedot pitävät sisällään ja mihin ne perustuvat (Räsänen & Hovi 2010; 13).

Rautiaisen (2004) lisensiaattityössä on määritelty julkisen sektorin suorituskyvyn osa-alueet. Rautiaisen mallissa suorituskyvyn yläkäsitteenä on tehokkuus, jonka alapuolella oleva tuloksellisuus jakaantuu osaltaan kolmeen alakäsitteeseen taloudellisuus, tuottavuus ja vaikuttavuus. Malli hahmottaa selkeästi osa-alueiden yhteydet ja tehokkuuteen sekä sitä kautta kokonaissuorituskykyyn vaikuttavat tekijät.



Kuvio 3. Mukailten Rautiaisen (2004; 34) kuviota Suorituskyvyn osa-alueiden yhteydet julkisella sektorilla.

Taloudellisuus kuvaa suoritteiden ja kustannusten suhdetta tai käänteisesti kustannusta/suorite, eli sitä, kuinka edullisesti jokin tuotos saadaan aikaan. Tämä tarkoittaa myös tuotettujen palvelujen ja kustannusten välistä suhdetta. Toiminta on sitä taloudellisempaa, mitä vähemmän siitä aiheutuu kustannuksia. Taloudellisuus ilmai-

seen tuotteen yksikköhintaa esim. euroa/hoitovuorokausi. Terveyskeskuksen vuodeosasto on sitä taloudellisempi, mitä vähemmän hoitovuorokaudesta aiheuttaa kustannuksia. (Kivistö 2003; 29, Rautiainen 2004; 32, Kolehmainen 2007; 32)

Tuottavuus kuvaa tuotoksia jaettuna panoksilla, eli sitä, kuinka tehokkaasti organisaatio yhdistää tuotannontekijämarkkinoilta hankkimansa panokset saadakseen aikaan mahdollisimman suuren tuotoksen myytäväksi suoritteiden markkinoilla. Voidaan määritellä myös tuotettujen palvelujen ja panosmäärän välisenä suhteena. Toimintayksikkö on sitä tuottavampi mitä vähemmän henkilökuntaa tarvitaan tiettyjen palvelujen tuottamiseen. Tuottavuuden kuten taloudellisuudenkin arviointi edellyttää yksikön toiminnan vertailua eri tilikausien välillä. Tuottavuutta voidaan parantaa lisäämällä palvelujen tuotantoon ammattitaitoista ja osaavaa henkilöstöä, joka pystyy tuottamaan palveluja mahdollisimman tehokkaasti. (Kivistö 2003; 29, Rautiainen 2004; 32, Kolehmainen 2007; 32)

Vaikuttavuus tarkoittaa saavutettuja vaikutuksia jaettuna tuotoksilla (joka on operationalisoitavissa käytännön mittauksia varten tuotosten ja tavoitteiden suhteeksi, eli tavoitteiden saavuttamisasteeksi). Vaikuttavuudella mitataan palvelutavoitteiden toteutumistasetta, tarpeiden tyydyttämistasetta tai molempia. Vaikuttavuuden ongelmana on se, että se näkyy usein vasta pidemmällä aikavälillä ja saattaa siksi jäädä havainnoimatta. Vaikuttavuutta voidaan mitata myös sisäisen ja ulkoisen palvelukyvyyn käsitteillä. Sisäinen palvelukyky mittaa organisaation toimintaprosesseja, jolloin organisaatorakenne, henkilöstön koulutustaso, ammattitaito ja joustavuus, työjärjestelyt, sujuva yhteistyö sekä organisaatiokulttuuri tukevat sitä. Ulkoinen palvelukyky ilmaisee palvelun tuottajan ja sen vastaanottajan välisen vuorovaikutuksen laadun, jolloin asiakas kokee sen tasokkaana. Palvelujen vaikuttavuus koetaan usein subjektiivisesti, jolloin sama palvelu saa erilaiset arvioinnit käyttäjiltään. (Kivistö 2003; 29, Rautiainen 2004; 32, Kolehmainen 2007; 32)

Tuloksellisuus on yläkäsite tuottavuudelle, taloudellisuudelle ja vaikuttavuudelle ja sen määritelmä on vaikutukset/panokset (joka on operationalisoitavissa monissa tapauksissa tavoitteiden saavuttamisasteen ja rahamääräisten, vertailukelpoisten panosten suhteena). Toiminta on siis sitä tuloksellisempaa, mitä lähempänä tuotos

on asetettua tavoitetta. (Kivistö 2003; 29, Rautiainen 2004; 32, Kolehmainen 2007; 32)

Tehokkuus on laajasti ajatellen optimaalisen toiminnan tila, jossa tavoitteiden saavuttamista ja yhteiskunnallisen hyödyn maksimointia panoksiin nähden edistetään. Toiminnan tehostumista arvioidessa mittaus on usein kohdistettava käytännön tasolla suppeammin (tekniseen) tehokkuuteen: tietyllä panoskäytöllä tietyssä ajassa saavutettuun hyväksyttävään tuotokseen. Erona tuloksellisuuteen on aikarajoitteen liittäminen käsitteeseen. Tehokkuutta kuvaavat käsitteet taloudellisuus (economy) ja tuottavuus (efficiency). Tuottavuus on palvelujen ja niiden tuottamiseen käytettyjen voimavarojen suhde. (Kivistö 2003; 29- 30, Rautiainen 2004; 32- 34.)

Kannattavuus kuvaa organisaation kykyä tuottaa tulojen ja menojen erotuksena syntyvää voittoa. Se ei ole tarpeen esim. kunnasta puhuttaessa, vaan tällöin parempi termi on usein talouden tasapaino, sillä tuottojen – sisältäen verotulot ja valtionosuudet – on keskimäärin oltava kustannusten suuruiset, jos toimintaa aiotaan jatkaa samalla tasolla pitkällä aikajänteellä. (Kivistö 2003; 29- 30, Rautiainen 2004; 32- 34.)

Kivistö toteaa väitöskirjassaan (2003; 30) että toiminnan tuloksellisuutta kuvaavia mittareita on pyritty kehittämään palvelujen vertailtavuuden parantamiseksi. Taloudellisuus- ja tuottavuusmittarit ovat sisällöltään suhteellisen yksiselitteisiä, mutta vaikuttavuutta kuvaavia mittareita on niukasti. Tämä johtuu siitä, että sisäinen ja ulkoinen palvelukyky sisältävät monenlaisia asioita, joiden mittaaminen on yksiselitteisesti vaikeaa.

Vaikuttavuus ilmiönä on moniulotteista, jolloin sen monipuolinen mittaaminen on hankalaa. Vaikuttavuuden systemaattinen mittaaminen jää rajalliseksi, kun huomioidaan aikaulottuvuus, samoin sen mittaaminen on kannattavuuden osalta haastavaa: mittaamisesta olisi saatava hyötyä uhrattuja kustannuksia enemmän (Meklin 2009: 9)

Kaikkien toimintatapojen olennaisia ominaisuuksia ovat niiden hyvä hallittavuus ja tarkka mitattavuus. Hyvän hallittavuuden ehdoton edellytys on, että toimintatavat ovat mahdollisimman yksinkertaisia. Näin vältetään virheitä päivittäisessä työssä, ja toimintatapojen opettaminen on uusille työntekijöille tai yrityksen sisällä uuteen tehtävään siirtyville vaivatonta. Tarkka mitattavuus on jatkuvan kehittämisen vuoksi välttämätöntä. Ilman mittaamista kukaan ei tiedä missä mennään. Mitattavuus on myös myyntihenkisen toimintatavan tehokkuuden seuranta ja sen edelleen kehittämistä. (Halonen 2001; 149)

Palvelun tuottavuudessa pitää ottaa huomioon vaikutukset ulkoiseen tehokkuuteen, tuottavuuden mittaamismenetelmään pitää sisällyttää näkökulman ohella myös asiakkaan näkökulma. Mittausmenetelmien kehittäminen palvelualueille on monimuotoista, kokonaisvaltaiset tuottavuusmittaukset antavat todellista tietoa palveluntarjoajan suorituksista. Tuottavuuden mitattaessa on esitetty kolme perusvaihtoehtoa, jotka ovat seuraavat.

Työaikaseuranta osana tehokkuutta/vaikuttavuutta; työaikaseurannan tavoitteena on selvittää, kuinka paljon työntekijöiden työajasta kuluu eri toimintoihin eli se, mihin henkilöstön työaika todella käytetään. Kysymyksessä ei ole työn kontrollointi, vaan keino kohdentaa eri toimintojen kustannukset oikeille tuotantoprosessien vaiheille. Koska välitön työaika on se joka lasketaan tuotantokustannuksiin, välittömän ja muun työajan selvittäminen työaikaseurannassa keskeistä. (Kivistö 2003; 188- 189)

3 OSASTON L62 PALVELUN KUVAUS

Tässä kappaleessa esitetään erilaisia saattohoitoon liittyviä määritelmiä niin, että ne avautuvat tutkimusta lukevalle mahdollisimman selkeästi. Kappaleessa käsitellään myös tutkimuksessa käsiteltävän palvelun tuottavaa Lahden kaupungin sairaalan osaston L62 toimintaa pääpiirteittäin. Kappaleen lopussa esitetään kuinka tutkimuksessa käytetty aineisto koottiin ja miten sitä analysoitiin.

3.1 Saattohoitoon liittyviä määritelmiä

Suomessa noin 15000 potilasta vuodessa tarvitsee saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa noin 200- 300000 potilasta vuodessa. Potilaiden hoitopolut rakentuvat hyvin erilaisilla tavoilla, STM asettama asiantuntijaryhmä ehdottaa saattohoidon koordinoitavaksi sairaanhoitopiireille ja suurille kaupungeille. Tällöin saattohoidon suunnitelmat laadittaisiin tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon sekä yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin kanssa.

Ryhmä ehdottaa myös, että Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) selvittää nykyiset sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmat. (STM- tiedote 9.3.2009) Tiedote on tätä kirjoitettaessa vuoden ikäinen, työtä tehneen edelleen, uusia ohjeita tai selvityksiä ei ole vielä esitetty. Tähän liittyen avataan seuraavassa lyhyesti aiheeseen liittyvää termistöä. Lisäksi liitteestä 10 selviää käytössä oleva käypä hoito-suositus kuolevan potilaan osalta.

Palliatiivinen hoito tarkoittaa potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, kun enää ei ole käytettävissä parantavia hoitoja. Se tukee elämää ja pitää kuolemaa siihen kuuluvana normaalina prosessina. Palliatiivisen hoidon tavoitteena onparantaa niin potilaan kuin hänen läheistensä elämänlaatua, hyvinvointia. Keskeistä hoidossa on fyysisten oireiden lievitys, psykologisten, sosiaalisten, hengellisten ja maailmankatsomuksellisten ongelmien tunnistaminen, ennaltaehkäisy ja lievitys. Ajallisesti palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia. Palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaan saakka sekä tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (ETENE-raportti 2003; 6, Luostarinen 2006, Duodecim 2008; 573)

WHO määrittelee palliatiivisen hoidon potilaan aktiiviseksi kokonaisuhoitoksi, silloin kun tauti ei enää ole parannettavissa. Kivun ja muiden oireiden hallinta, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien ratkaiseminen ovat oleellinen osa palliatiivista hoitoa. Hoidon tavoite on potilaiden ja heidän perheidensä paras mahdol-

linen elämänlaatu. Käytännössä hoitoa ohjaavat WHO:n määritelmän mukaisesti seuraavat päämäärät:

- kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä
- kuolevan oireita lievitetään
- kuolevalle tarjotaan psyykkistä ja henkistä tukea
- kuolevaa tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana
- omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana ja kuoleman jälkeen (Hänninen 2003; 15)

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukea. Keskeisenä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas kieltäytyy siitä, ja potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito sinällään ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista. Saattohoitovaiheeseen siirtyminen edellyttää eettistä päätöksentekoa eli saattohoitopäätöstä. (ETENE-raportti 2003; 6, Luostarinen 2006, Sairaanhoitajan käsikirja 2007; 294, Duodecim 2008; 574)

Saattohoidon tavoitteena on potilaan elämänlaadun tai hyvinvoinnin lisääminen. Yksi hoidon peruskysymyksistä onkin, mitä elämänlaatu tarkoittaa juuri tälle potilaalle (Hänninen 2003; 38).

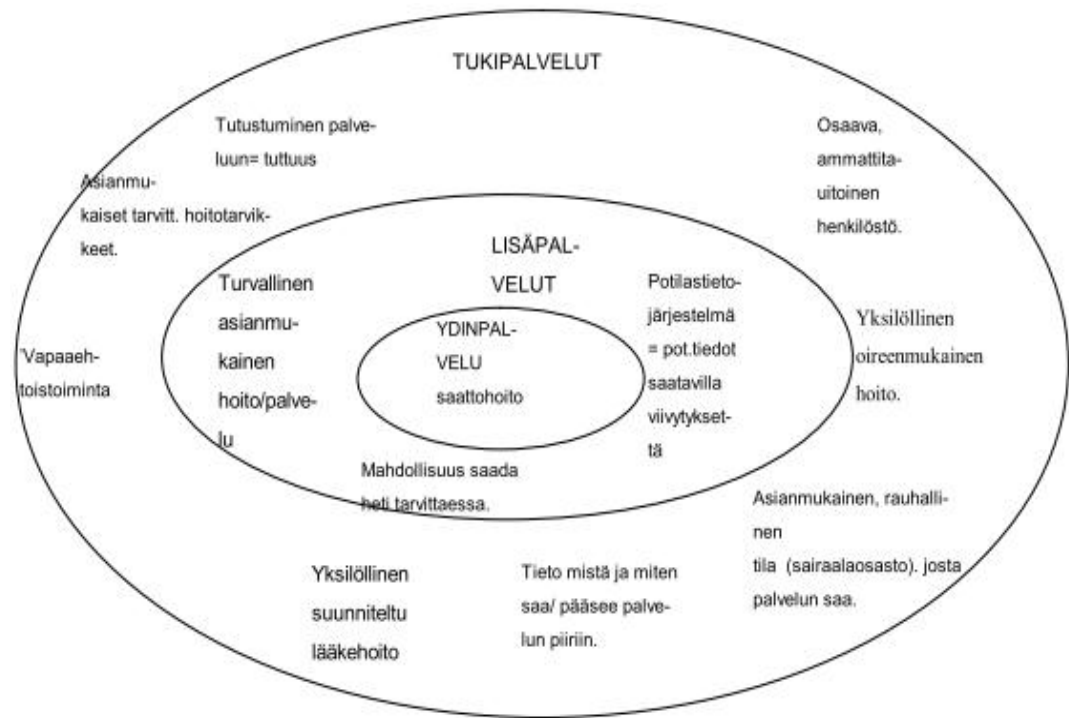
Yksittäisen oireen hoitaminen on saattohoidossa tärkeää ja lääkehoito on yksi saattohoidon tärkeä osa. Etenkin kivunhoidosta on runsaasti tietoa ja näyttö hoitoratkaisujen tehosta on lisääntynyt. Ilman osaavaa oirehoitoa potilaan kuunteleminen, empaattinen myötäeläminen ja tukeminen ovat miltei turhia (Hänninen 2003; 39, liite 7).

Oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kaikkea oireiden huolellista seurantaa ja hoitoa riippumatta sairauden ennusteesta. Terminaalihoito-nimikettä käytetään välittömästi kuolemaa edeltävästä hoidosta saattohoidossa (ETENE-raportti 2003; 6, Luostarinen 2006).

Oireenmukaisen (symptomaattisen) hoidon määrittely on moninaista, sillä voidaan tarkoittaa lähestyvän kuoleman ja etenevän sairauden kulloinkin esiin nostamien vaivojen hoitoa. Kaikkea oireiden huolellista seuranta ja hoitoa riippumatta sairauden ennusteesta tarkoitetaan oireen mukaisella hoidolla. (Hänninen 2003; 24, ETENE-raportti 2003; 6)

Seuraavaksi esitetään saattohoidon kolmikerros-malli. Itse saattohoito/palliativinen hoito on ydinpalvelua, joka vastaa asiakkaan (potilaan) keskeiseen tarpeeseen. Lisäpalveluksi on tässä ajateltu moderni sähköinen potilastietojärjestelmä, josta potilaan tiedot ovat viivytyksettä saatavilla. Lisäpalvelua on myös turvallinen, asianmukainen moniammatillisesti tuotettu hoitopalvelu. Lisäpalveluksi on tässä ajateltu myös mahdollisuus saada palvelu heti tarvittaessa. Lisäpalvelut ovat ydinpalvelun käytölle välttämättömiä, tukipalveluiden tehdessä palvelun käyttö entistä miellyttävämmäksi.

Tukipalvelut ovat aina palvelun saajalle tarjottavaa ekstra-palvelua, joka poikkeaa muiden samankaltaista palvelua tarjoavien tarjoamasta palvelusta edukseen. Tässä on tukipalveluksi ajateltu mahdollisuus tutustua palveluun ennen palvelun alkua, tutustuminen osastoon ja hoitajiin sekä lääkäriin voi olla palvelun saajalle erityisen tärkeää. Mahdollisuus saada luottamus ennen palvelun alkamista on erityisen tärkeää toimittaessa herkällä palvelualueella. Sen mahdollistaa osaava, ammattitaitoinen (erikoiskoulutettu) henkilöstö. Yksilöllinen oireenmukainen hoito ja yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu lääkehoito ovat tukipalveluita. Kaikki hoidossa tarvittavat erityishoitotarvikkeet ja välineet ovat tukipalveluita. Tieto mistä ja miten palvelua saa ja sen piiriin pääsee sekä luottamus asianmukaisesta rauhallisesta hoitopaikasta (sairaalanosasto) kuuluvat tukipalveluihin. Palvelua vahvistava ja tukeva vapaaehtoistoiminta on ainutlaatuista saatavilla olevaa tukipalvelua.



Kuvio 4. Kolmikerrosmalli saattohoidosta. (Mukaiillen Bergström & Leppänen 2009; 204, Hasu-Lehtovirta 2011).

3.2 Osaston L62 toiminta Lahden kaupunginsairaalassa

Lahden kaupunginsairaalan strategiana on tuottaa lahtelaisille perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen sairaalahoidon palvelut. Sairaalan toiminta-ajatuksena on tehokas akuuttihoito ja välittömästi alkava kuntoutus sekä pitkäaikaishoidossa jatkuva kuntouttavan työotteen mukainen loppuelämän yksilöllinen hoito. Vuoden 2011 tavoitteena on edelleen, että pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevia vanhuksia ei hoideta epätarkoituksenmukaisilla hoitopaikoilla. Polikliiniset jonotusajat pysyvät mahdollisimman lyhyinä. Kaikkien työntekijöitten ammattitaito on ratkaisevassa asemassa erikoissairaanhoidon, kaupunginsairaalan ja avopalveluiden yhteistyössä toimivien hoitoketjujen ylläpitämiseksi. LKS: n tehtävänä on tuottaa lahtelaisille kliinisesti korkeatasoista, arkielämän selviytymistä tukevaa, yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa ja laadukasta perussairaanhoidoa, kuntoutusta ja tukea potilasta ja hänen omaisiaan tarvittavien palveluiden käytössä. Toimintaa ohjaa hoitotyön eet-

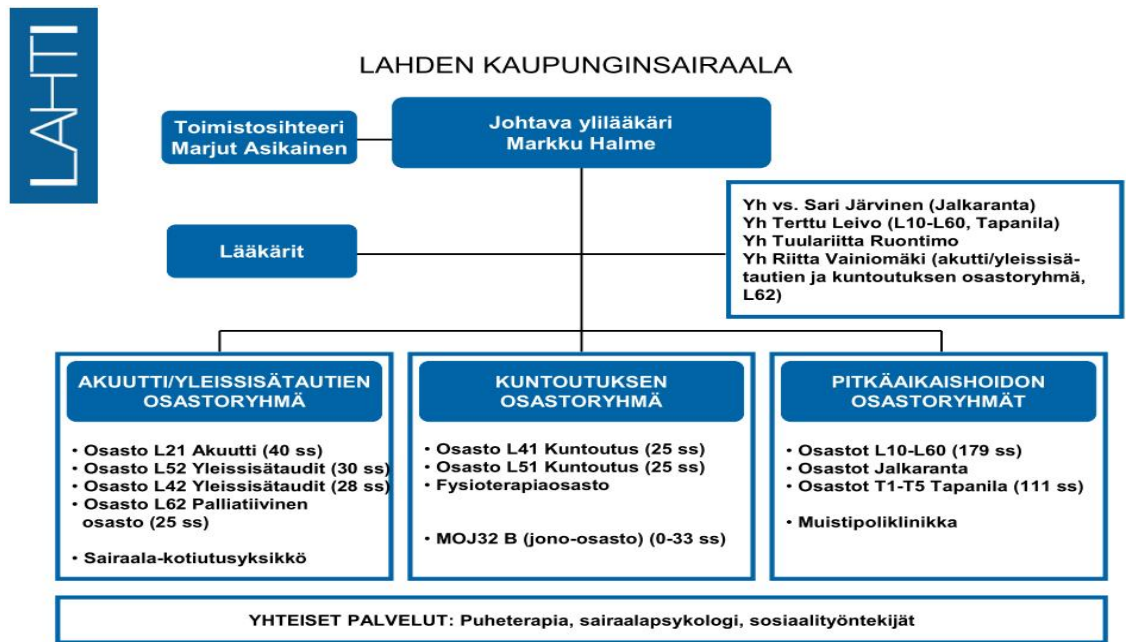
tinen perusta ja sovitut arvot, joita ovat potilaskeskeisyys, ihmisläheisyys ja lämminhenkisyys. (www.lahti.fi – sosiaali- ja terveystoimi- sairaalapalvelut)

Sairaalan toimintaympäristöt tukevat aktiivista toimintatapaa jossa korostuvat omatoimisuuden ylläpitäminen, kuntouttava hoitotyö ja pysyvän laitoshoidon vaihtoehtojen jatkuva arviointi. Muutokset johtavat toimenpiteisiin ja käytännöt korjataan muuttuvia tarpeita vastaaviksi. Kotiuttamisosaaminen on tasokasta ja sekä saattohoito että kuoleman kohtaaminen ammattitaitoista (www.lahti.fi – sosiaali- ja terveystoimi- sairaalapalvelut).

Lahden kaupunginsairaalan osasto L62 on saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa sekä kivun hoitoa tarjoava osasto. Sen aiempi toiminta perusterveydenhuollon sairaalan akuuttipuolella oli täysin erityyppistä, potilaat viettivät pitkiä aikoja hoidossa, toiminnan voidaan sanoa olleen pitkäaikaishoitoa. (Osaston luonteen muutos näkyy liitteestä 9.) Muutos palliatiiviseksi osastoksi on tapahtunut vuonna 2006, vuonna 2007 sairaalaan on saatu töihin kivunhoitoon ja saattohoitoon erikoistunut lääkäri. (Palliativus = palliatiivinen, oireita lievittävä mutta ei tautia parantava hoito. Hervonen & Nienstedt 1992; 158.)

Palliatiivista - ja saattohoitoa antavan osaston tarve on syntynyt käytännön tarpeesta, koska suurin osa kuolemista tapahtuu nykyisin sairaalassa ja erikoissairaanhoidosta siirretään runsaasti palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita perusterveydenhuoltoon. Kivunhoitopotilaat tarvitsevat ammattitaitoisen henkilökunnan tukea, joka pystyy erityisesti hoitamaan ja ymmärtämään heidän tarpeitaan. Toiminta halutaan keskittää mahdollisuuksien mukaan yhdelle osastolle, jolloin siellä olevan henkilökunnan erikoisosaamisen alueeksi voidaan keskittää palliatiivinen - ja saattohoito. Henkilökunta rakennetta on muutettu toiminnan muututtua perushoitajapainotteisuudesta sairaanhoitajapainotteiseksi, osittaisena syynä tähän on vahva lääkinnän ja lääketietämyksen vaatimus ja osuus hoidon onnistumiseksi ja takaamiseksi.

Seuraava Lahden kaupunginsairaalan organisaatiokuvio havainnollistaa osasto L62 paikan sairaalassa.



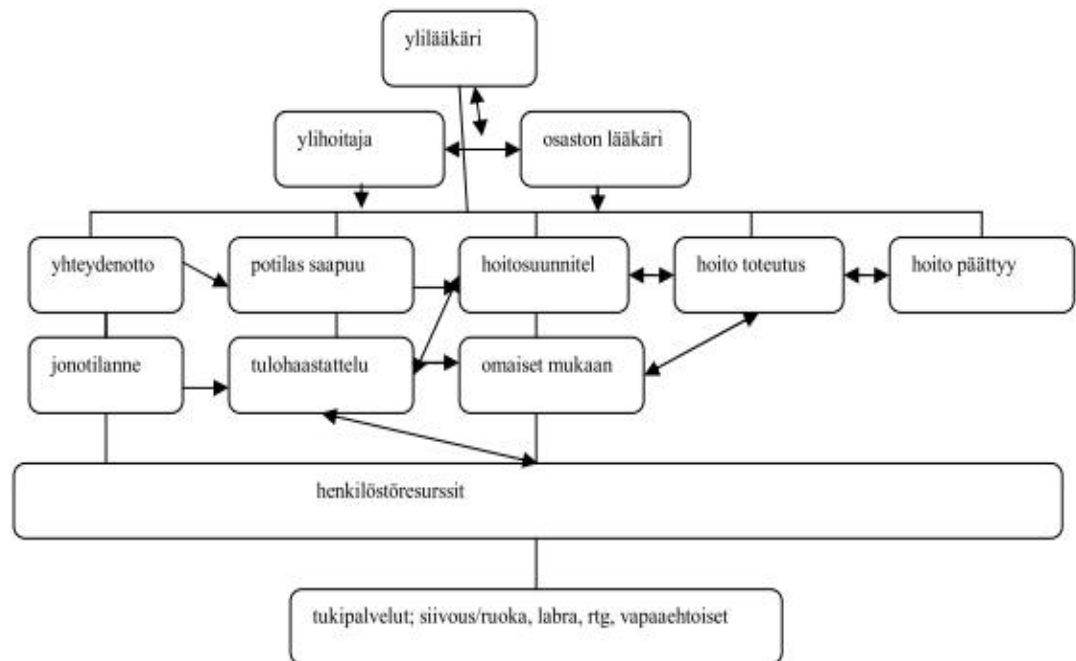
Kuvio 5. Lahden kaupunginsairaalan organisaatiokuva.

Osaston henkilöstö koostuu osaston omasta lääkäristä (ei hoida pääsääntöisesti muita potilaita), 11:sta sairaanhoitajasta, kymmenestä (10) perushoitajasta, neljästä (4) sairaala-apulaisesta, apulaisosastonhoitajasta, osastonhoitajasta sekä osastosih- teeristä. Sairaalassa on lisäksi olemassa varahenkilöstöjärjestelmä, josta saa tarvit- taessa varattua hoitajan osastolle äkillisissä sijaistarpeissa. Pitempiäaikaisiin sijai- suuksiin palkataan aina ns. ulkopuolinen sijainen hoitamaan tehtävää. Henkilökunta mitoituksen mukaan se on mitoitettu tällä hetkellä hoitamaan osastolla 25 potilasta. Käytännössä osasto ei ole juuri koskaan täynnä, koska palliatiivinen hoito vaatii runsaasti työntekijöiden aikaa ja osastolla voidaan laadukkaasti hoitaa 20- 22 poti- lasta kerralla. Osastolla on huomioitava lisäksi omaisten ja läheisten mahdollisuus olla läsnä läheisensä vierellä osastohoidon aikana. Sairaalan ajoittaisen paikkapulan vuoksi joudutaan osastolle sijoittamaan ja hoitamaan myös muita kuin akuutisti palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita.

Osastolla, kuten koko sairaalassa hoidetaan lahtelaisia potilaita. Kun vastaavaa osastoa ja hoitoa ei ole tarjolla muualla kaupungissa tai lähikunnissa erillisenä yk- sikkönään ja erityisalueenaan on osaston perustamisesta lähtien ollut ajatuksena

tarjota tätä erityisosaamista vaativaa hoitoa myös oman kaupungin ulkopuolisille tahoille.

Seuraavassa kuvataan osaston L62 toimintaprosessi; johtava yllilääkäri vastaa toiminnan ohjauksesta ja johtamisesta. Ylihoitaja toimii hoitohenkilöstön johtajana, osaston lääkäri vastaa potilaiden lääketieteellisestä hoidosta, jota hoitohenkilöstö toteuttaa. Potilaan hoito suunnitellaan yhdessä lääkärin ja hoitohenkilöstön kanssa tulohaastattelun perusteella, sitä arvioidaan ja muutetaan tarvittaessa palvelutoiminnan aikana. Omaiset pyritään saamaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hyvät henkilöstöresurssit ja tukipalvelut takaavat onnistuneen hoidon ja palvelun onnistumisen koko prosessin ajan.



Kuvio 6. OsastoL62 toimintaprosessi (Hasu-Lehtovirta 2010).

Osaston budjetti liittyy osaksi LKS: n talousarviota, jokaisella yksiköllä on oma erillinen budjettinsa, joka laaditaan ja hyväksytään kaupungin talousarviosuunnitelman mukaisesti. Kaupungin talousarvion suunnittelu alkaa tilinpäätöksen jälkeen, talousarvioraami tehdään kaupunginhallituksessa. Kaupungin rahatoimisto ohjaa talousarvioprosessia, jokaisella toimialalla mietitään ja neuvotellaan omat kehitystarpeet sekä talousarvioraamin sisältö. Edellisen vuoden tilinpäätös ja kuluvan vuoden talousarvio muodostavat pohjan uudelle talousarviolle. Kunnallisessa pää-

töksenteossa sosiaali- ja terveyslautakunta päättää mihin panostetaan, virkamiehet valmistelevat esitykset. Kaupunginhallituksessa päätetään koko talousarviosta ja valtuusto hyväksyy sen. Talouden tiukkana aikana tämä prosessi on entistä kii-vaamman seurannan ja arvioinnin alaisena, samalla voidaan pohtia hankinta- ja palkkausasioita. Poliittiset päättäjät voivat vaihtua vaalikauden myötä, heidän ar- vomaailmansa ja tietämyksensä saattaa vaikuttaa tehtäviin päätöksiin. Kunnallisten, johtavien viranhaltijoiden tulee tuntea toiminta läpikotaisin, koska he voivat vaikut- ta esityksillään ja valmistelutyöllään tehtäviin päätöksiin.

Osastolla on käytössään vapaaehtoisia tukemassa toimintaa. Vapaaehtoistoiminta tarkoittaa vapaaehtoistoimintaan osallistuvien henkilöiden olevan toiminnassa mu- kana täysin vapaasta tahdostaan, vastikkeetta. Vapaaehtoistoiminnan muodot ovat erilaisia, joihinkin vapaaehtoisiin ei vaadita mitään erityistä ammatillista tai muuta osaamista, vaan on kyse arkisista liki jokaisen osaamista asioista. Sosiaali- ja terveyssektorilla auttavassa vapaaehtoistoiminnassa on usein tärkeää, jopa välttä- mätöntä, että ihminen on ihmisenä, lähimmäisenä toisen ihmisen rinnalla ja tukena. Tätä toimintaa voidaan tukea pienimuotoisella koulutuksella tai ohjauksella, mutta pääasiallisesti tärkein taito on halu olla läsnä ja käytettävissä toiselle ihmisel- le. Vapaaehtoistoiminnasta ei voida puhua samalla tavalla palveluna kuin palveluis- ta, joita tuotetaan palkallisesti. Sekä auttajan että autettavan roolit ovat erilaiset kuin julkisessa tai kaupallisessa palvelussa. Vapaaehtoisuuteen ja vertaisuuteen perustuva apu on auttajan ja autettavan yhteisesti tuottamaa hyvinvointia, jolla on myös laajempi yhteiskunnallinen merkitys. Julkisessa tai kaupallisessa palvelussa asiakas saa maksusta tai lainsäädäntöön perustuen palveluita. Hänellä on selkeä asiakkaan/kuluttajan rooli ja työntekijällä omaan tehtäväänsä liittyvät roolit ja vas- tuut. (Kittilä 2004; 6,8)

Koska vapaaehtoistyö liittyy maailmanlaajuisesti osana saattohoitoa ja siihen liitty- viä toimintoja haettiin myös LKS osasto L62:lle maaliskuussa 2010 vapaaehtoisia Etelä Suomen Sanomissa olleella haulla. Hakemukseen vastasi yli 40 vapaaehtois- työstä kiinnostunutta henkilöä. Jokainen heistä haastateltiin, koska haluttiin varmis- ta heidän ajatuksensa ja todellinen motivoituneisuus olla vapaaehtoistoiminnassa mukana saattamassa ja avustamassa vakavasti sairaita ja kuolevia ihmisiä.

Vapaaehtoistyöhön halukkaille oli suunniteltu järjestettävän koulutusta; 30 kävikin viiden kerran koulutusohjelman 22.4.- 6.5.2010. Kukin koulutuskerta kesti 2,5 tuntia eli reilusti kolme oppituntia. Koulutustilaisuuksia vetivät osas tonlääkäri, psykologi, sairaalapappi ja sairaanhoidonopettaja. Jakson viimeisellä kerralla koulutettavat kävivät tutustumassa osaston L62 tiloihin ja tapasivat potilaita sekä henkilökuntaa. Vapaaehtoistoiminta sai hyvän ja innostuneen alun heti koulutussession päätyttyä.

3.3 Aineiston hankinta ja analyysi

Tässä esitettävästä Gantt- kaaviosta selviää alustavat työn työstämiseen liittyvät työvaiheet, aineiston hankkiminen ja analyysi mukaan lukien, ja niiden väliset riippuvuudet.

Taulukko 2. Gantt- kaavio.

tehtävä	tammik	helmi	maalisk /huhti	touko	kesä/ eloku	syys/ loka	marras/ joulu	tammik/ helmi	maalisk
perussuunn.	xxx								
nevo+suun.		xxxx	xxxxxxx ↓						
käynnisty			xxxx	xxx	xxxxxx ↓				
aineiston keruu					xxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xx ▼	
aineiston työstäminen					xxx	xxxxx	xxxxxxx	xxxxx ▼	
työn kirjoit- taminen.						xxxx	xxxx	xxxxxx	xxxx

Vaiheet menevät osittain lomittain, mikään edellinen vaihe ei ole kokonaisuudessaan päättynyt ennen uuden käynnistymistä. Kehittämistyön tarkoituksena on saada LKS osasto L62:n palvelukuvaus selkeästi kirjoitetuksi ja laajentaa osaston toimintaa markkinoinnin avulla.

Markkinointiviestintä ja sen käyttäminen osaston L62 tarjoaman palvelun markkinoinnissa on suunniteltava hyvin ja toteutettava hienovaraisesti ketäänloukkaamatta tai pelästyttämättä. Liikuttaessa ihmiselämän herkimmillä alueilla on kyettävä pysähtymään eettisten arvojen äärelle ja saatava markkinointi hoidettua asianmukaisesti ja ammatillisesti vakuuttavasti. Lääkärityö ja sen myötä annettava ohjeistus säätelee ja määrittää hoitotyötä ja – palvelua. Markkinointi lääkärin tai lääkäreiden välityksellä on julkisen palvelun kohdalla helposti toteutettavissa. Tähän tehtävään haastateltu osaston lääkäri toi itse sen myös esille tammikuussa 2011. Markkinointi ja palvelusta viestiminen voidaan hoitaa muun lääkäritoiminnan yhteydessä erilaisissa yhteyksissä ja foorumeilla toimittaessa.

Tähän tehtävään on saatu aineistoa laskemalla erilaisia potilaan osastohoidon aikana syntyviä kustannuksia. Työaikaseurantaa voitiin suorittaa tekemällä ensin sitä varten oma lomake. Työaikaseurannan perusteella on voitu laskea yksittäisen potilaan hoitoon käytettyä työaikaa, jokainen potilaan hoitoon osallistunut työntekijä on huolehtinut osaltaan työajan mittaamisesta lomakkeen täytön. Mittaamisen perusteella on saatu laskettua yksittäisten potilaiden vaatiman työajan kustannuksia. Palkkakustannusten tiedot saatiin tehtävään kaupungin sosiaali- ja terveystoimen taloustoimistosta, jossa palkkatoimisto sijaitsee. Sieltä saatiin neuvoja myös osaston talousarvion ja budjettitietojen seurannassa. Niiden perusteella voitiin laskea osaston muita kuluja, jotka on aina huomioitava kustannuslaskennassa (liite 4; taulukko 14.).

Lääkekustannusten lasku onnistui sairaalan apteekista saatujen lääkkeiden hintojen perusteella. Potilaiden hoitoon käytetyt lääkkeet ja määrät saatiin selvitettyä potilasasiakirjoista, tieto tuli osastolta. (liite 4; taulukot 10- 13, potilaat A-D.)

Erilaisten laskelmien analyysi suoritettiin tehtävään puhtaasti laskelmiin perustuvan tiedon mukaan. Laskelmia ei voitu verrata muuhun tietoon, koska sitä ei ole saatavilla, eikä samanlaista osastoa ole tämänkaltaisena olemassa. Tarjotta-va palvelu on sinällään uniikkia ja perustuu yksittäisten potilaiden yksilölliseen hoitoon. Palkkakustannuksia voidaan verrata haluttaessa vastaavan suuruisen perusterveydenhuol-

lon kustannuksiin, mutta on huomioitava toiminnan laatu ja hoidettavien potilaiden määrä.(liite 4; taulukot 6-9, potilaat 1-3.)

4 SAATTOHOITOPALVELUN MARKKINOINNIN ALOITUS

Markkinointiajattelun ja markkinoinnin lähtökohtien on oltava samanlaiset julkisella sektorilla, ei voittoa tavoittelevissa organisaatioissa, kuin kaupalliset voittotavoitteet asettaneissa yrityksissä ja organisaatioissa on. Tarkoituksena on saada oma tuote tai palvelu lanseerattua markkinoille niin, että se on tunnettu ja haluttu.

Saattohoitopalvelua, kuten kaikkia muitakin palveluita voidaan tarkastella tuottajan sekä kuluttajan näkökulmasta. Sairaalan osastolla tuotettavaa hoitopalvelua voidaan tarkastella vielä erikseen palvelun saajan sekä lopullisen maksajan näkökulmasta. Kunta maksaa tuotetusta palvelusta aina suurimman osan ja palvelun käyttäjälle jää maksettavakseen n. 10 % kokonaiskustannuksista.

4.1 Markkinointitavoitteet

Saattohoitopalvelun markkinoinnin tarkoituksena on auttaa LKS: aa suunniteltaessa osaston L62 tarjoamien hoitopalveluiden tarjoamista kaupungin ulkopuolelle, jolloin olemassa olevasta palvelusta pääsisivät hyötymään myös ei-lahtelaiset palvelua tarvitsevat henkilöt. Parhaiten palvelua voidaan markkinoida Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden (PHSOTEY) muille jäsenkunnille; Peruspalvelukeskus Aava tuottaa alueensa (Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila ja Sysmä) sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Padasjoki ja Asikkala hankkivat ainakin erikoissairaanhoidonsa palvelut PHSOTEY: stä. Muut lähikunnat, kuten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS- alue) kunnat Myrskylä ja Pukkila sijaitsevat maantieteellisesti Lahden lähituntumassa ja palvelun markkinointi sekä potilaiden kuljetus ovat helposti järjestettävissä. Samalla osaston käytössä olevan henkilöstön ja koko osaston suorittaman työn vaikuttavuus voidaan hyödyntää nykyistä laajemmalle. Markkinointitavoitteena ei ole voiton tuottaminen, vaan tuloksellisuuden kehittäminen ja toiminnan parantaminen, jossa suunnittelu, toteutus, arviointi ja kehittäminen on kytketty työ- ja

palveluprosesseihin. Osallistuminen tuloksellisuuden ja tuottavuuden kehittämiseen julkisessa terveydenhuollossa ovat osana jokaisen yksikössä työskentelevän tehtäviä, vaikka niitä ei nähdäkään pääasiallisena tehtävänä.

Palvelun markkinoinnin kohderyhmänä ovat alustavasti olleet naapurikuntien päättäjät, jotka määrittävät miten siellä taloutta säädellään ja sen kautta hankitaan sekä ostetaan palveluita kuntalaisille. Todellisena kohderyhmänä ovat kuitenkin palliativista - ja saattohoitoa tarvitsevat henkilöt. Palvelua markkinoitaessa muihin kuntiin, ne sitoutuvat maksamaan ns. kuntaosuuden ja palvelun käyttäjälle (asiakas/potilas) tulee maksettavaksi normaali sairaalan vuorokausimaksu. Lyhytaikainen laitoshoidon maksu on maksukaton täyttymisen jälkeen 15 euroa/hoitopäivä. Lyhytaikaisen laitoshoidon maksu on maksukaton täyttymisen jälkeen 15 euroa/hoitopäivä. Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on kalenterivuositainen maksukatto, se on vuonna 2010 633€/v. Maksukaton seurantajakso on kalenterivuosi. Potilaille tehdään pitkäaikaishoitopäätös kun sairaala/laitoshoidon on kestänyt yli kolme kuukautta ja hän tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta peritään maksukyvyn mukaan määräytyvä kuukausimaksu. Maksu voi olla enintään 82 % hoidossa olevan kuukausittaisista nettotuloista, silloin kun pitkäaikaisessa laitoshoidossa on pienempituloinen puoliso, molemmat puoliset tai yksinäinen ihminen.(www. Kela.fi.)

Selkeää markkinointitavoitetta on hankala asettaa, koska palveluntarvitsijoiden määrä ei ole ennakoitavissa. Jokainen PHSOTEY:stä kotikuntaansa siirrettävä palliativista hoitoa ja erityisesti kivunhoitoa tarvitseva potilas on potentiaalinen asiakas. Vaikka syöpää sairastavat, erityistä palliativista ja kivunhoitoa tarvitsevat potilaat, asetettaisiin tässä tapauksessa markkinointitavoitteeksi voisi tarkka määrän arviointi olla suuntaa antava ja sen selvittäminen jälkikäteen vaatisi erillistä lupaa. Tietosuoja ja yksityisyyden suoja estävät yksittäisen opinnäytetyöntekijää saamasta potilaista tietoja, mutta asia on selvitettävissä jos sopimuksia tehdään ja yksittäisten potilaiden tietoja ei tarvitse kysyä tai tietää, vaan ainoastaan tarvitsijoiden määrä kerättäisiin yhteiseen tiedostoon.

4.2 Saattohoitopalvelun kysyntä ja tarjonta

Palvelun kysynnän arviointi ennakolta on hankalaa. Tarjottaessa palvelua kaupungin ulkopuolelle saatavaksi voidaan potentiaalisten asiakkaiden määrä arvioida sen mukaisesti, kuin on tiedossa esim. vaativaa kivunhoitoa tarvitsevien tai tarvinneiden potilaiden määrä kussakin kunnassa tai yksikössä, mistä potilaita lähetetään tai lähetettäisiin hoitoon osastolle L62. Perusajatuksena on potilaiden/asiakkaiden saama hyöty palvelusta. Kun osastolla annetaan ja voidaan antaa vaativaa kivunhoitoa sekä tarjota muutenkin rauhallinen ympäristö potilaan hoidolle saa hän konkreettisen hyödyn palvelusta. Kunta, joka on palvelun tilaaja/maksaja saa hyödyn palvelusta voidessaan siirtää potilaan hoitoon paikkaan, jossa hoitopalvelu voidaan suorittaa turvallisesti ja varmasti loppuun saakka koska potilasta ei tarvitse enää siirtää muualle hoitoon edes hoidon pitkittyessä tai vaikeutuessa.

Erillistä saattohoitopalvelua ei tarjota Lahdessa tai sen lähikunnissa erikseen. Sairaaloiden osastoilla kuolee aina potilaita, mutta vaativaa kivunhoitoa tarvitseville potilaille pitäisi tehokkaammin tarjota saattohoitoon erikoistuneen osaston palvelua. Julkisessa terveydenhuollossa on niukasti tarjolla yksinomaan saattohoitopalveluun erikoistuneita osastoja, korkeiden kustannusten, vaativan hoidon ja ammattiosaamisen vuoksi. Liitteessä 2 on koottuna saattohoitopalvelua tarjoavia yksiköitä, joista tunnetuin ja pisimpään toiminut on Helsingissä sijaitseva Terho-koti. Yksityisiin tai säätiö-pohjaisiin saattohoitokoteihin ja palvelun piiriin pääsee maksamalla itse hoidosta aiheutuvat kustannukset tai jos saa omasta kotikunnastaan palvelun hankintaan tarkoitettua maksusitoumuksen. Sen saaminen on hankalaa ja hyvin kuntakohtaista, kunnan talous ja olemassa oleva käytäntö säätelevät toimintaa.

Osasto L62 on edelleen 25- sairaansijaa sisältävä perusterveydenhuollon vuodeosasto, siellä voidaan perustellusti hoitaa samanaikaisesti 20- 22 potilasta, jolloin osaston maksimaalinen käyttöprosentti on 80- 88 %. Tämä arvio ja tieto on saatu osaston henkilöstöltä. Käyttöprosentti pysyy 80-tuntumassa, jos kaikki 20- 22 paikkaa ovat aina käytössä, jolloin paikan vapautuessa uusi potilas kutsutaan välittömästi ja paikka täyttyy.

4.3 Palvelun tarjoama

Tuotteistamista suunniteltaessa käytetään valmistelutyössä yleisesti toiminta-analyysia, joka tunnetaan laajemmin riskianalyysi-nimellä. Tässä tehtävässä käytetään toiminta-analyysinä SWOT- analyysia, koska se on suhteellisen helppo toteuttaa ja kohtuullisen selkeästi tulkittavissa.

Taulukko 4. Osasto L62 SWOT-analyysi. (Hasu-Lehtovirta 2010)

SISÄISET/ ULKOISET	VAHVUUKSET (S) - toimiva käytäntö - osaava, motivoitunut hk - vahva lääkehoito-osaaminen - toiminta tunnetaan	HEIKKOUEDET (W) - tiedonkulun kankeus isossa org. -osastolla hoidossa muitakin kuin palliatiivista/saattohoitoa tarvitsevia potilaita -tiloja ei ole suunniteltu palliatiivisen osaston käyttöön
MAHDOLLISUUDET (O) -osastolla hoidetaan vain palliatiivisia potilaita - sopimukset syntyvät - toiminta laajenee -palliatiivista/saattohoitoa tarv. asiakkaita/pot. enemmän	MENESTYSTEKIJÄT (S+O) - toiminta laajenee - tarvitsevat saavat hyvää hoitoa -kustannustehokkuus	HEIKK. VAHVUUKSIK.(O+W) - tiedonkulkua parannetaan -toimintatehostuu kaupungin tuottavuustavoit-teeseen osallistutuminen yksikkötasolla - hyödynnetään käytössä olevat tilat mahd. hyvin tehokkuusajattelua noudattaen
UHAT (T) -kuntien rahoitustilanne heikko -kaupungin laajeneminen epäselvää -yksityiset palveluntuottajat ryhtyvät markkinoimaan vastaavaa palvelua (liiketalous -perusteinen palvelu)	UHAT VAHVUUKSIK.(S+T) - hyvä käytäntö jatkuu ja laajenee kaupungin muutosten myötä/ jatkuu ennallaan vaikka ei kaupungissa muutok. - erityisosaaminen yksikössä vaikeuttaa kilpailijoiden asettumista markkinoille	MAHDOLL.KRIISITIL.(T+W) -kuntien rahoitustilanne korjaantuu hitaasti, jolloin toiminta ei laajene ja tehostu toivotulla tavalla -yleinen tiedonkulku etenee hitaasti ja muutokset toiminnassa tavoittavat päättäjät hitaasti-henkilöstön työmotivaatio laskee, koska osaamista ei voi hyödyntää täysipainoisesti -osastolle otetaan pitkä-aikaishoidon potilaita hoitoon LKS tilanpuutteen vuoksi

Toiminta-analyysi on tehty tuntematta täydellisesti osaston toimintaa ja tulevaisuutta. Suurimpana sisäisenä riskinä on osastolle mahdollisesti sijoitettavat pitkäaikais-hoidon potilaat, koska sairaalassa ei ole aina riittävästi paikkoja heille. Osastolle ei näissä tilanteissa voida sijoittaa palliatiivista hoitoa tarvitsevia, jolloin henkilöstön

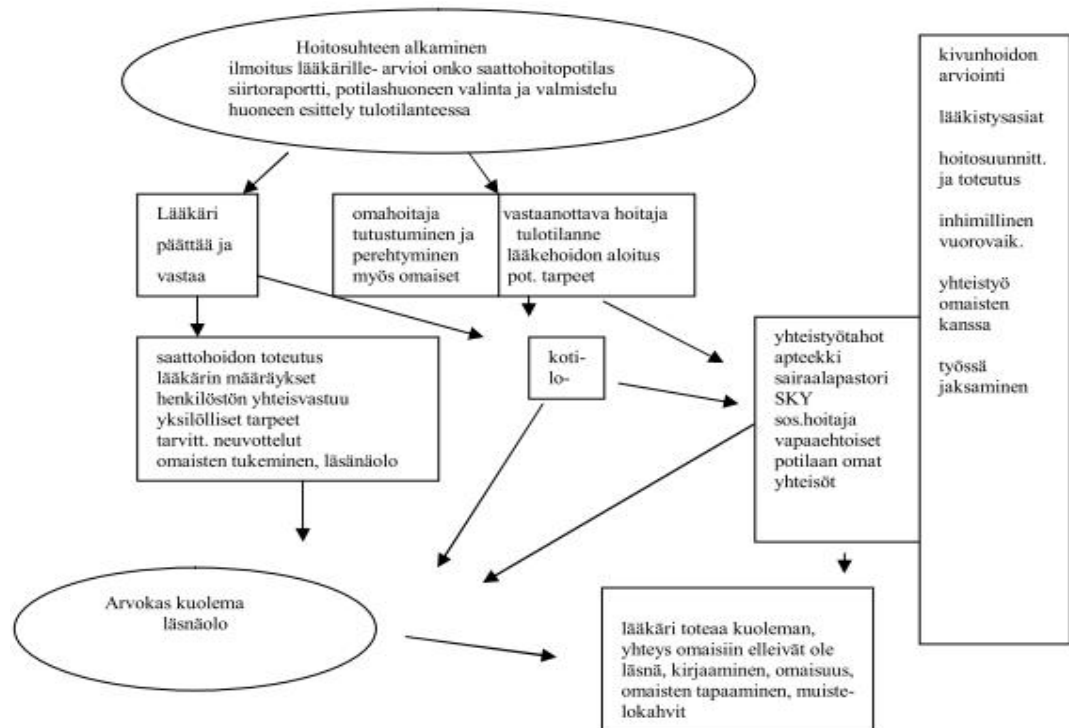
motivaatio ja sitoutuminen saattavat laskea. Myös henkilökunnan mahdollinen muutosvastarinta työn ja koko osaston toiminnan laajenemiseen voi olla riskinä, tutun toiminnan muutos aiheuttaa vastustusta. Ilman jokaisen osastolla työskentelevän kokonaisvaltaista panosta ja sitoutumista suunniteltu työ jää vaillinaiseksi ja asiakkaat/potilaat jäävät vaille niin hyvää hoitoa, kun se olisi mahdollista tarjolla olevin resurssein.

Muutosvastarintaa voidaan välttää tiedottamalla muutoksista ja ottamalla henkilöstö mukaan suunnitelmiin ja kehittämiseen, sekä mahdollisiin niiden myötä ilmeneviin muutoksiin. Henkilöstö on saanut koulutusta, mutta sen lisääminen entisestään vahvistaa toimintaa. Jokaisen tarjoamia ehdotuksia ja ajatuksia tulee kuulla huolellisesti. Uhkina ovat kuntien poliittisten ja taloudellisen tilanteen mukaan määrittävät taloudelliset resurssit kehittää ja jatkaa toimintaa. Samalla uhkana voidaan ajatella yksityisen palveluntuottajan kiinnostus perustaa kilpailevaa palvelua myyvä yksikkö alueelle.

Riskejä pyrittiin välttämään tiedottamalla osastokokouksissa toiminnan laajentamisesta kaupungin ulkopuolelle. Työryhmässä käsiteltiin luvussa kolme käsitelty palvelukuvaus, asian jatkokäsittely jäi uuden osastonhoitajan vastuulle yhteisen

Luvussa kolme on esitetty LKS osaston L62 palvelun kuvaus ja kerrottu mitä palliatiivinen- ja saattohoitopalvelut käytännössä merkitsevät.

Kuvio 7. Osasto L 62 palvelukuvaus (Hasu-Lehtovirta 2010).



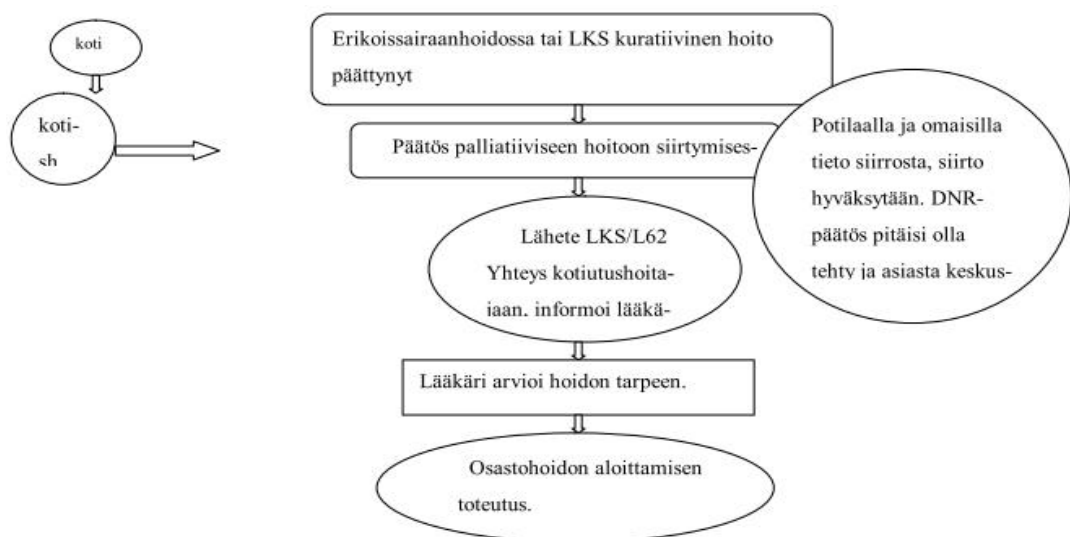
Hoitosuhte alkaa aina lääkärin tiedon saapumisen jälkeen osastolle, osaston lääkäri suorittaa ensimmäiset hoitoon liittyvät päätökset silloin. Sairaalassa lääkäri päättää ja vastaa aina potilashoidosta. Kun päätös potilaan osastolle sijoittamisesta on tehty, ilmoitetaan asia lähettävälle taholle. Samanaikaisesti aloitetaan valmistelut; varataan paikka ja hankitaan mahdollisesti tarvittavia välineitä ja lääkkeitä tulevaa hoitojaksoa varten. Potilaan saapuessa hänelle esitellään osasto, jos hänen kuntonsa sen sallii. Hoitaja on häntä heti vastassa ja lääkäri suorittaa tulotarkastuksen, jonka perusteella hoito räätälöidään ja aloitetaan hänelle yksilöllisesti. Potilaan hoito sujuu osaston arvojen mukaisesti, potilaan omaa tahtoa ja toiveita pyritään kunnioittamaan mahdollisimman pitkälle. Potilasta hoidetaan oireenmukaisesti, omaiset voivat halutessaan osallistua hoitoon ja keskusteluihin henkilöstön kanssa. Potilaan hoidon onnistumisen takeena on myös muita kuin hoitoon välittömästi osallistuvia tahoja.

Sairaalan tekninen henkilöstö takaa osaston, erilaisten välineiden toiminnasta sekä esim. potilastietojärjestelmän toimivuudesta. Sairaalan oma apteekki toimittaa tar-

vittavat lääkkeet, yhteistoiminta erikoissairaanhoidon apteekin kanssa sujuu tarvittaessa kitkattomasti. Laboratorio ja röntgen ovat käytettävissä, samoin seurakuntayhtymän pappi tai vastaava muista yhteisöistä.

4.4 Palvelun saatavuus

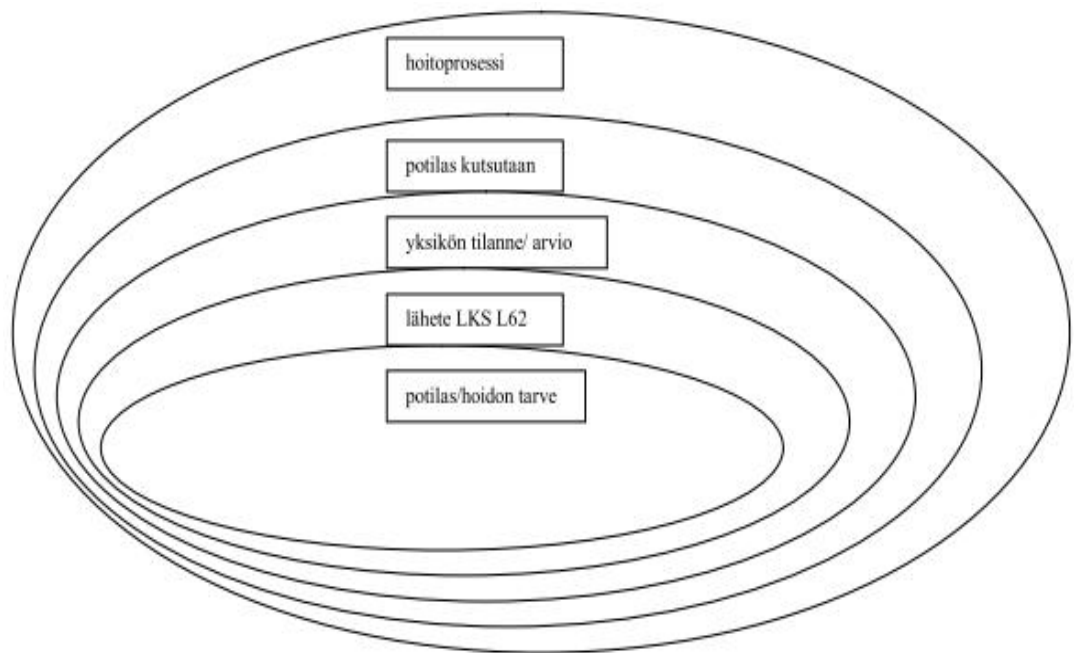
Saattohoitopalvelu julkisen terveydenhuollon toteuttamana on periaatteessa osa normaalia sairaalapalvelua, jolloin osastohoitoon tullaan lääkärin läheteellä. Potilaan polku L62:lle (tarkoittaa osaston palvelukuvausta) on kuvattu kahden erilaisen piirroksen avulla. Kuviossa 7 esitän, kuinka potilas saapuu osastolle hoitoon ja mitä ennakoivia toimintoja on suoritettava ennen palvelusuhteen alkua. Kuvioista 8 nähdään palvelusuhde pääpiirteittäin.



Kuvio 8. Osasto L62 palvelusuhteen aloittaminen (Hasu-Lehtovirta 2010).

Kun potilaan hoito on arvioitu päättyväksi erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa hänestä tulee tieto, käytännössä sähköinen lähete osastolle. Hän voi siirtyä myös kotoa, joko kotisairaanhoidon tai avoterveydenhuollon kautta saatuaan lähetteen hoitoon. Lahtelaisten erikoissairaanhoidosta siirrettävien potilaiden tieto ja heille hoidosta kertominen sujuu pääsääntöisesti suunnitellusti LKS kotiutushoitajan kautta. Hän ottaa potilaasta yhteyden L62 lääkäriin, joka tutustuu aina potilaiden läheteeseen ja suorittaa lääketieteen mukaisen hoidon tarpeenarvioinnin

ja suunnitelman hoidosta. Samalla tavoin voidaan omasta LKS sairaalasta tehdä siirtopyyntö potilaasta tarvittaessa palliatiiviselle osastolle hoitoon. Osaston lääkäri päättää aina potilaan osastohoitoon ottamisesta ja arvioi milloin potilas voidaan osastolle siirtää. Arviointiin vaikuttavat potilaan tila sekä osaston paikkatilanne. Potilaalle valmistellaan paikka osastolla ja valitaan omahoitaja, joka vastaa potilaan käytännön hoidon ja lääkärin määräysten toteutumisesta osastohoidon aikana. Potilas tulee pääsääntöisesti virka-aikana, jolloin lääkäri voi heti tulopäivänä tutkia hänet ja antaa tarvittavat määräykset hoidon aloittamisesta.



Kuvio 9. ellipsin muotoon kuvattuna toiminnan keskipiste. (Hasu-Lehtovirta 2010)

Julkisen palvelun periaatteena on sen saavutettavuus ja vaivattomuus, jolloin jokainen sitä tarvitseva sitä myös saa. Saattohoitoon pääsemiseen perusterveydenhuollossa riippuu hoitavan lääkärin hoitoon lähettämispäätöksestä, josta puhutaan sairaalakielellä lähetteestä. Saadessaan lähetteen potilas voi huojentuneena olla varma palvelun piiriin pääsemisestään, lähete on aina käsiteltävä ja siihen on otettava kantaa seitsemän päivän sisällä sen kirjoittamisesta. Tämän takaa lainsäädäntö ja se on tehty ylipitkien jonojen purkamiseksi ja niiden välttämiseksi yleisesti terveydenhuollossa.

4.5 Hinnoittelu

Palvelun markkinoinnin toteutukseen liittyy kiinteästi kustannuslaskenta, koska tuotteistetulla tuotteella tai palvelulla on aina määritetty hinta. Ohjeena on, että tuotekohtainen kustannuslaskenta suoritetaan mahdollisimman perusteellisesti todellisten hintojen selvittämiseksi. Palvelun hintaa määritettäessä se on haasteellinen vaatimus, johon ei aina täsmällisesti onnistuta pääsemään.

Kehittämistyön aikana kesällä 2010 tuli osastolle hoidettavaksi ensimmäinen ulkopaikkakuntalainen potilas. Hänellä oli maksusitoumus omasta kotikunnastaan. Myyntihinta-laskelma jouduttiin tekemään pikaisesti kesken lomakauden, palvelua on myyty siitä lähtien ulkopaikkakuntalaisille kesällä lasketulla hinnalla. Varsinaiset tulokset tulevat esille ja mitattaviksi vielä tulevaisuudessa, kun ostopalvelusopimuksia on saatu enemmän. Myyntituotto saadaan näkyville, mikäli ostopalveluna myydyt hoitokerrat pystytään erottamaan näkyviksi talousarvion tuloslaskelmassa. Osaston palvelutoiminta on suunnattu edelleen pääasiassa lahtelaisten hoitoon, mutta tietoisuus toiminnan tarjoamisesta tarvittaessa myös ulkokuntalaisille on saatava jokaisen päättävän tahon tietoisuuteen niissä organisaatioissa, joihin palvelua tarjotaan. Päätökset potilassiirroista eivät tapahdu aina pikaisesti, vaan vaativat erilaisia järjestelyjä sekä uusien käyttöön otettavien toimintatapojen sisäistämisen ja hyväksynnän. Jokaisella päätöksä tekevällä taholla ja yksilöllä on usein omat näkemyksensä asioista ja siitä, kuinka ne pitää suorittaa. Uusien tapojen omaksuminen ja hyväksyminen vievät aikansa, varsinkin kun kyse on niin herkstä alueesta, kuin potilaiden hoitamisesta ja erityisesti palliatiivisesta ja kuolevan potilaan hoidosta.

Lahden kaupunginsairaalan terveyskeskussairaala osasto L62 hoitopäiväkustannukset 2008-laskelmasta selviää mm.; hoitopäiväkustannukseksi on laskettu vuonna 2008 240 € nettohinnan ollessa 218,74 € Laskutushinta, jossa asiakasmaksut on huomioitu, on ollut 219,42 € Vuoden 2009 laskelmien mukaan hoitopäivämaksu oli 314 € ja vuoden 2010 tähän tehtävään laskettu hoitopäivämaksu 279,87 € Hoitopäiviä on ollut vuonna 2008 6697 kpl, vuonna 2009 6062 kpl ja vuonna 2010 6503 (liite 5). Kustannukset olivat nousseet vuodesta 2008 vuoteen 2009 21 %,

vaikka hoitopäivät vähenivät. Syynä on henkilöstön lisääntyminen toiminnan muutoksen yhteydessä, sekä toiminnan muutoksen myötä kasvaneet suorat lääkehoidon ja hoitotarvikkeiden aiheuttamat kustannukset. Tässä esitetyt tiedot eivät ole yleisesti saatavilla olevia, mutta eivät salaisiakaan. Julkisuusperiaatteen mukaisesti viranomaistoiminnan julkisuus on taattu, mikäli jollain on tarve saada tieto käyttöönsä. Kun hinta on määritetty ja esitetty palvelun mahdollisille ostajille ei hintajouston varaa ole, koska hinnassa ei käytännössä ole joustonvaraa. Se ei tuota suoranaista voittoa, joka voitaisiin nähdä joustomahdollisuutena.

Tätä tehtävää varten on osaston L62 henkilöstö mitannut kolmen erilaisen potilaan hoitoon kuluneen ajan. Mittaukset on suoritettu eri vuodenaikoina vuonna 2010. Käytetty lomake (liite 3) laadittiin nimenomaan tätä mittaamista varten, sen hyväksyi alueen ylihoitaja. Laskennassa on käytetty palkkauksen osalta saatuja toukokuun tietoja. (Toukokuu on yleisesti käytetty kuukausi laskennassa) Toukokuussa 2010 1.5. Vappupäivä ja 13.5. Helatorstai; olivat pyhiä – joista maksetaan sunnuntaikorvaus alkaen edellisestä illasta klo 18.00 aina vuorokauden päättymiseen klo 24:00 saakka.

Työtunnit on laskettu viikoittaisen yleisen työtuntimäärän mukaan; lääkäri 37 h/viikko muu henkilöstö 38,15 h/viikko. Yksittäisten työntekijöiden suorittamaa tuntimäärää ei ole eritelty tähän laskelmaan. Työtunnin hinta on saatu laskemalla kullekin ammattinimikkeelle maksetut palkat jaettuna henkilömäärällä ja näin on edelleen saatu summa jaettu kuukaudessa tehtävän tuntimäärän mukaan. Laskelma esitetään liitteessä 4 taulukossa 6.

Tähän tehtävään on saatu palkkakustannustiedot Lahden talouspalveluista, palkkatoimistosta. Nimikirjalain 7 §:n mukaan palkkatiedot ovat julkista tietoa; valtion- ja kunnallishallinnon henkilöstön kaikki palkkatiedot (peruspalkka, kokemuslisät, henkilökohtainen lisä, tulospalkkio, erilaiset lisät ja palkkiot sekä kokonaispalkka) ovat julkisia 1.12.1999 lukien. (Kunnallinen työmarkkinalaitos, yleiskirje 19/1999, 3.11.1999)

Tässä tehtävässä eivät yksittäisten työntekijöiden palkat käy ilmi. Määrävuosisisät, henkilökohtaiset vuosisidonnaiset osat (5 tai 10 %) ja henkilökohtainen harkinnanvarainen ja vuorolisät ovat mukana laskennassa, siltä osin kun niitä maksettiin toukokuussa 2010 osasto L62:llä.

Työnantajan maksamat henkilösivukulut muodostuvat sosiaaliturvamaksuista sekä lakisääteisistä ja vapaaehtoisista henkivakuutusmaksuista. Lakisääteisiä maksuja ovat kansaneläke- ja sairausvakuutusmaksut sekä työttömyysvakuutusmaksut. Muihin sosiaalivakuutusmaksuihin sisältyvät mm. taloudellinen tuki (ryhmähenkivakuutus) sekä lakisääteiset ja vapaaehtoiset tapaturmavakuutukset. Henkilösivukuluihin kuuluvat myös eläkevakuutusmaksut ja eläkkeet, joita maksetaan Kunnalliselle eläkelaitokselle. (Kivistö 2003; 140) Sivukulut lisäävät kustannuksia 21,83 %, kokonaiskustannukset on laskettu tähän tehtävään erikseen nähtäville.

Tähän työhön on laskettu esimerkiksi sairaanhoitajien keskipalkka: toukokuussa maksetut kokonaispalkkakustannukset 30 092,53 € 11 sairaanhoitajalla = 2735,68€/kk keskipalkka. Keskipalkka sivukuluineen oli toukokuussa 2010 3332,87 €/kk. Sairaanhoitajan keskituntipalkka selviää jakamalla keskikuukausipalkka toukokuussa tehdyillä työtunneilla; 2735,68 €/kk: 160,23 h = 17,07 € h. Samalla kaavalla on annettujen tietojen perusteella voitu laskea muidenkin osastolla työskennelleiden maksetut keskituntipalkat. Niiden perusteella laskenta on ollut mahdollista tässä työssä.(liite 4; taulukko 6.)

Toisena laskelmana on tässä tehtävässä lääkehoidon kustannuksia. Kesällä 2010 laskettiin hoitopäivähinta, jolla palvelua myytiin hoidossa olevalle ulkopaikkakuntalaiselle vuoden 2009 tietojen perusteella. Kaikki tehtävään valikoituneet potilaat on valittu osastolta, pyrkimyksenä oli saada oikeaa tietoa kuinka paljon aikaa käytetään erilaisten potilaiden hoitoon sekä millaiset kustannukset syntyvät erilaista ja eripituista lääkehoitoa vaativien potilaiden hoidosta.(liitte 4; taulukot 7-9.)

Lääkekustannusten laskeminen onnistui käytännössä osaston lääkärin antamien tietojen perusteella; potilaskertomuksista oli otettu osastolla hoidettujen potilaiden lääkehoitoon käytetyt lääkkeet sekä niiden annostukset. Kustannustiedot saatiin

sairaalan apteekista ja näiden saatujen tietojen perusteella laskelmat onnistuttiin suorittamaan.(liite 4; taulukot 10-13.)

Hoitopäiväkustannuksia laskettiin kesällä 2010 vuoden 2009 tilinpäätöstietojen perusteella (suoritettu 14.7.2010). Laskelma tehtiin keskellä kesää nimenomaisesti palvelun myynnin vuoksi, koska osastolle tuli juuri silloin ulkopaikkakuntalainen potilas äkillisesti hoitoon ja myyntihinta piti saada pikaisesti päätettyä.

Yksittäinen laskelma tehtiin puhtaasti tätä kehittämistyötä varten lokakuussa 2010, tammi-syyskuun 2010 tietojen varassa. Tarkoituksena oli nähdä miten hinta muodostuu ja onko suoritettava aktiivisesti joitain toimenpiteitä, että palvelua voidaan myydä kesällä määritetyllä hinnalla vai onko hintaa muutettava.

Lopullinen hoitopäiväkustannus vuoden 2010 tiedoilla voitiin suorittaa tammikuussa 2011, jolloin oli saatavilla tieto osastolla hoidetuista potilaista sekä talousarvion toteutumista osoittavat tiedot. Lopullinen tilinpäätös vuoden 2010 osalta valmistuu kesällä 2011, jolloin saadaan lopulliset kulut varmistettua.(liite 4; taulukko 14.)

Tähän tehtävään selvitettiin muutaman muun sairaalan hoitopäiväkustannuksia helpottamaan kustannusten vertailua. Tietoa on etsitty internetistä ja saatu pyydettyssä Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveystyöntekijäyhdistyksen laskutuksesta.

Markkinointi-osuuteen oli tarkoitus saada tehtyä selkeä suunnitelma ja pyrkimys lähteä sitä toteuttamaan. Se ei onnistunut, koska useista yrityksistä huolimatta tehtävän aikana ei selvinnyt kuinka ja kuka palvelua markkinoi ja miten mahdolliset sopimukset olisi voitu tehdä. Keskusteltuani loppupalvelulla 2011 osaston lääkärin kanssa sain konkreettisia vastauksia markkinointiin liittyen.

Seuraavaksi käsitellään kolmen eri potilaan hoitoon käytetty osastolla henkilökunnan ilmoituksen ja itse suoritettujen mittauksen perusteella selvinnyt aika ja sen myötä lasketut kustannukset.

Potilas 1.; hoitoaika on ollut 29.3.- 3.4.2010 eli kuusi vuorokautta. Eri henkilöstön yhteensä käyttämä työaika/vrk oli 296,56 min = 4h 56min/vrk. Kokonaiskustannus 698,86€= 116,47€/ vrk, tämä selviää liitteessä 4. taulukosta 7.

Potilas 2.; hoitoaika on ollut 4.-9.5.2010 eli kuusi vuorokautta. Henkilöstön yhteensä käyttämä työaika/vrk on ollut 109,12min = 1h 49min/vrk. Kokonaiskustannus 219,81€= 36,64€/ vrk selviää liitteestä 4. taulukosta 8.

Potilas 3.; hoitoaika on ollut 14.6.-21.7.2010 eli 38 vuorokautta. Eri henkilöstön yhteensä käyttämä työaika/vrk on ollut 254,82 min = 4h 15min/vrk. Kokonaiskustannus 3275,47 €= 86,19 / vrk selviää liitteestä 4. taulukosta 9.

Seuraavassa esitetään neljän yksittäisen potilaan hoidosta aiheutuneiden lääkekulujen laskelmat. Potilaat eivät ole tässä samoja, joiden hoitamiseen käytettyä aikaa mitattiin osastolla. Osaston lääkäri on valinnut tähän tehtävään annettujen potilaiden tiedot. Perusteluna käytettiin hoitojen vaatimat erilaiset hoitoajat sekä lääkitykset. Tätä tehtävää suoritettaessa on huomioitava jokaisen potilaan olevan erilainen, hoitoisuus ja siihen liittyvät kaikki seikat ovat yksilöllisiä. Keskiarvoarvoja on mahdotonta löytää pienistä lasketuista määristä. Lääkekustannuksiin liittyvät tiedot on saatu sairaalan apteekista. Lääkekustannuksia on laskettu ensin ja kehittämistyön edetessä LKS sovittiin hoitoon kuluvan ajan mittaamisesta, jotta tietämystä voidaan syventää ja tarkentaa.

Liitteessä 4. taulukossa 10. on laskettu Potilas A:n 15 vuorokauden 9.9.- 23.2009 aikana käytetyt lääkkeet ja niistä syntyneet kustannukset, yhteensä 550,32 € vuorokausikustannusten ollessa 41,49€

Potilas B:n hoitoaika on ollut 21.1.- 7.3.2010, sen pituus oli 45 vuorokautta. Liitteessä 4. taulukosta 11. selviää lääkehoidon kokonaiskustannusten olleen 6715,32€ ja vuorokausi kustannusten 149,20€ Kipupumpussa oli yksilöllisesti suunniteltu lääkecocktail. Annoksia on jouduttu muuttamaan ja räätälöimään hoidon

kuluessa, mistä johtuen sama lääkeaine on nimetty useampaan kertaan esitetystä taulukossa.(liite 4; taulukko 11)

Potilas C:n hoitoaika on ollut 26.6.- 22.8.2009, pituuden ollessa 55 vuorokautta. Potilaalla on ollut kipupumppu, jossa yksilöllinen lääkecocktail (hinta laskettu sen mukaisesti, apteekin antamilla tiedoilla). Taulukko 12. on liitteessä 6., siitä saa selville lääkehoidon kokonaiskustannusten olleen 4226,16€ ja vuorokausikustannusten 79,11€(liite 4;taulukko 12)

Potilas D:n hoitoaika on ollut 2.-29.3.2008, hoidon pituus oli 28 vuorokautta. Lääkehoidon kokonaiskustannukset olivat 475,14€ ja vuorokausikustannukset 17,11€ Laskelma on kokonaisuudessaan liitteessä 7. taulukossa 13. Myös tässä käytetyssä kipupumpussa on ollut lääkecocktail. Annoksia on muutettu hoidon aikana, mistä johtuen sama lääkeaine on nimetty useampaan kertaan. Joissain lääkkeissä on käytetty samaa lääkeainetta eri vahvuisina, aina se ei ole mahdollista.(liite 4; taulukko 13)

Lääkekustannuksia laskettaessa on huomioitava lääkityksen olevan aina yksilöllinen, hoitajaksojen pituudet ovat erilaisia ja näillä perusteilla lääkekustannukset vaihtelevat. Mikäli halutaan keskimääräinen lääkekustannus/ potilas, olisi laskentamääriä oltava runsaasti ja tulos voisi siltikin olla vain suuntaa antava.

L62 hoitopäiväkustannuslaskelma vuoden 2010 tiedoilla, tässä on ¾ vuoden tieto eli kaikki summat ovat todellisia tietoja syyskuun 2010 tiedoilla (1-9 kuukaudet). Hoitopäiviä oli ollut syyskuun loppuun mennessä 4757kpl. Hoitopäivähinnaksi saatiin laskelmassa 386,200€- tämän tiedon mukaan palvelua myydään liian pienellä hinnalla, jos ostajia on.

Lokakuun alussa arvioin tilannetta kustannuslaskennan perusteella tähän tehtävään seuraavasti; Jos hoitopäiviä olisi ollut 10 % (5232) enemmän voisi myyntihinta olla 351,19 € Mikäli hoitopäiviä olisi ollut 15 % (5470) enemmän, voisi myyntihinta olla 336 € Potilaita on ollut tammi-syyskuussa 265, kuormitus - % on ollut 69,7. Tässä arvioiden lisää - jos potilaita olisi ollut 10 % enemmän olisi heitä hoidettu

291, mikäli 15 % enemmän olisi heitä hoidettu 305. Arvio jatkuu edelleen- jos potilaita olisi ollut 10 % enemmän (291 potilasta) tai 15 % enemmän (305 potilasta) ja myyntihintana olisi 386 €/vrk ja syntyisi myyntivoittoa. Arviolaskelmassa ei ole huomioitu syntyviä lisäkustannuksia mm. lääkekustannukset, hoitotarvikkeet. Palkkakustannukset pysyisivät samoina, ellei lisähenkilöstöä tarvitsisi palkata. Laskelmia on helppo tehdä, mutta käytännön toimintaan on hankala vaikuttaa. Osastolle saapuvien (palvelua tarvitsevien ja lähetteen saaneiden) potilaiden määrään ei voida vaikuttaa suoraan. Lisäksi jokainen hoitotapahtuma on uniikki ja sen pituus yksilöllinen, uusi potilas voidaan ottaa tilalle, kun edellinen on poistunut. Periaatteena pidetään kuitenkin, että osasto oli kohtuullisen täynnä n. 70 -75 % kuormitusprosenttina.

Osaston L62 todelliset vuoden 2010 hoitopäivätilaston tiedot valmistuivat tämän kehittämistyön aikana tammikuussa 2011: Osastolla hoidettiin 334 potilasta, joista vuoden aikana kuoli 295. Hoitopäiviä oli 6503, joista lomapäiviä oli 59 – todellinen hoitopäivämäärä oli 6444, osaston kuormitusprosentti oli 71,27 %. Keskimääräinen hoitoaika oli osastolla vuonna 2010 19,6 vuorokautta.(liite 5) Hoidettujen potilaiden määrä on noussut selkeästi edellisestä vuodesta, joten tehokkuuden voidaan ajatella nousseen. Tässä on huomioitava puhuttavan teknisestä tehokkuudesta, jota käytetään yleisesti tehokkuutta mitattaessa. Samassa yhteydessä voidaan huomioda vaikuttavuuden nousseen, koska useamman hoidettavan tarve on voitu tyydyttää, koska he ovat päässeet osastolle hoitoon.

Hoitopäivä-kustannus vuoden 2010 tietojen mukaan on laskettu tammikuussa 2011, tässä yhteydessä on muistettava osaston lopullisen tilinpäätöksen valmistuvan vasta kesällä 2011. Laskelma on tehty kuitenkin Lahden Sosiaali- ja terveystoimessa käytettävän laskentamallin mukaisesti, joten saatu hinta lienee hyvin lähellä oikeaa ellei olekin sitä. Hoitopäiväkustannukseksi saatiin 279,868 €/vrk. Myyntihinta on ollut tuo kesällä laskettu 305€ joten palvelua ei ole myyty tappiollisena mutta voittoakaan ei ole saatu. Toiminnan kannattavuus paranee mitä enemmän osastolla on voitu hoitaa potilaita, se on selkeästi nähtävissä verrattaessa lokakuun ja tammikuun laskelmaa, joiden mukaan hoitopäivähinta on laskenut hoidettaessa

enemmän potilaita. Kaikki laskelmat on koottu yhteen taulukkoon 14., joka on liitteessä 4.

Laskelmissa käytetty yleiskustannusten 3 % nousu on yleinen Lahdessa käytössä oleva toimintakuluja laskettaessa. Kateprosentti 7 % on johdon päättämän arvion pohjalta määritetty, sen määrittäminen ennakolta on päätettävä jotta lakemat voidaan suorittaa. Nämä tiedot olen saanut sosiaali- ja terveystoimialan taloustoimistosta. Suoritetut laskelmat osoittavat hoitopäivien lukumäärän noustessa hinnan laskevan, jolloin käytettäessä tehokkuus termiä havaitaan tuloksellisuuden paranevan.

Lahden kaupunginsairaalan osastolla L62 on vuonna 2009 hoidettu 250 potilasta, joista 202 on kuollut osastohoidon aikana. Osaston kuormitus on ollut 66 %, keskimääräinen hoitoaika on ollut 26 vuorokautta. Vuoden 2010 toimintalukujen valmistuttua tammikuussa 2011 käy ilmi potilaita olleen 351, joista 295 oli kuollut osastolla. Keskimääräinen hoitoaika oli ollut 19,6 vrk, osaston kuormitus oli ollut 71,27 %. Tämä tulos osoittaa osaston hoitaneen sata potilasta edellistä vuotta enemmän, henkilöstö määrässä ei tapahtunut vuoden 2009 ja 2010 aikana muutosta. Toiminta on tehostunut huomattavasti, voimme pikemminkin puhua tässä yhteydessä vaikuttavuudesta. Osaston antama saattohoitopalvelu on vaikuttanut enemmän ja laajemmalle kuin koskaan aikaisemmin. Osastolle on voitu ottaa aiempaa useampaa saattohoitoa tarvitsevia potilaita vastaan, koska aiemmin osastopaikan tarvinneita pitkäaikaishoidon potilaita on saatu siirrettyä LKS muille osastoille ja myös heidän kohdallaan on tapahtunut luonnollista poistumaa.(liite 5.)

Osastolla on hoidettu vuonna 2009 keskimäärin 16,6 potilasta/vuorokausi. Potilaat ovat siirtyneet hoitoon L62:lle Päijät-Hämeen keskussairaalaan (39 % potilaista), Lahden kaupunginsairaalaan (36,5 %), kotoa ja kotihoidosta (20,1 %) sekä muualta tarkemmin määrittelemättömistä paikoista (4,3 %). Kaikki osastolla hoidettavat potilaat ovat olleet lahtelaisia.

Tähän tehtävään selvitettiin hoitokustannuksia muutamasta muusta sairaalasta hoitopäivähinnan vertailua helpottamaan. Pohjois-Pohjanmaan (Oulun yliopistollisen

keskussairaalan) erinomaisilta websivuilta saa selville, että asiakkailta peritään sairaanhoitopiirin hallituksen vahvistamat asiakasmaksut, joiden enimmäismääristä on säädetty asetuksella. Jokaisen yksikön ja erilaisten osastopalveluiden asiakasmaksut näkyvät sivulta; aistielinten ja syöpäsairauksien osalta jatkohoitopaikkaa terveyskeskukseen odottavan potilaan vuodeosastohoito maksoi vuonna 2010 531 €/vrk. Potilaalle itselleen kustannus oli normaali 30,30 €/vrk maksukattoon saakka. (www.ppsHP.fi/ palveluhinnasto 2010) Samanaikaisesti Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (PHSOTEY) saadun tiedon mukaan tutkimus- ja hoitopalveluiden yksikkökustannukset ja hoidon kustannukset lasketaan potilaskohtaisen tutkimusten ja hoidon käytön perusteella. Laskenta perustuu omiin hoitokäytäntöihin, mutta laskentamallit ovat yhteneväiset valtakunnallisiin drg - suosituksiin. Hinta on määritetty siis diagnoosiperusteiseksi ja se pitää sisällään kunkin diagnoosin keskimääräisen hoitoajan, hinnat on määritetty vuonna 2010 560 diagnoosille, joista osassa on useampia kohtia esim. a-d. Hinnat ovat saamani listan mukaan 45 480 (psykiatrinen kuntoutus – kestää yleensä viikkoja/kuukausia) - 431 € (uniapnea – selviää vuorokaudessa tai pikemminkin yhdessä yössä unipatjatutkimuksella). Täsmällistä hintaa on mahdotonta selvittää, koska edes sairaalan laskutuksesta sitä ei osattu sanoa, hinta määritetty siis lääkärin määrittämän diagnoosin perusteella, keskimääräinen komplisoituneen diagnoosin mukainen hoito maksaa 400- 600 €/vrk.

Potilaan saaman hoidon ollessa vielä kesken erikoissairaanhoidossa ei häntä siirretä perusterveydenhuoltoon ja kuljeteta hoitoa saamaan takaisin erikoissairaanhoitoon ja taas palauteta samana päivänä perusterveydenhuoltoon. Näin vältetään potilaan liialta ja aiheettomalta rasittamiselta sekä ylimääräisiltä kustannuksilta, jos potilas tarvitsisi kahdessa sairaalassa samanaikaisesti hoitopaikan. Tarkan hinnan ja hoitopäivämaksun tietäminen on siis nykykäytännön ja sopimusten mukaan melko mahdotonta, mutta keskimääräinen hinta saadaan selville. Verrattaessa hintoja voidaan todeta LKS osaston L62 hoitavan potilaita tehokkaasti ja edullisesti. Tässä on huomioitava, ettei vertailukohteita ole useampia ja suoranainen vertailu on vaikeaa tuntematta kaikkia vaikuttavia tekijöitä. Palveluntarjoajat eivät aina ilmoita mitä hinnat pitävät sisällään.

Saattohoitopalvelua tarjoavien hoitopaikkojen vertailu on yhtä vaikeaa, hoitopäivähinnat selviävät kunkin yksikön sivustoilta (liite 2.), mitä palvelu tarkalleen sisältää ei selviä yhdenkään palveluntarjoajan sivustolta.

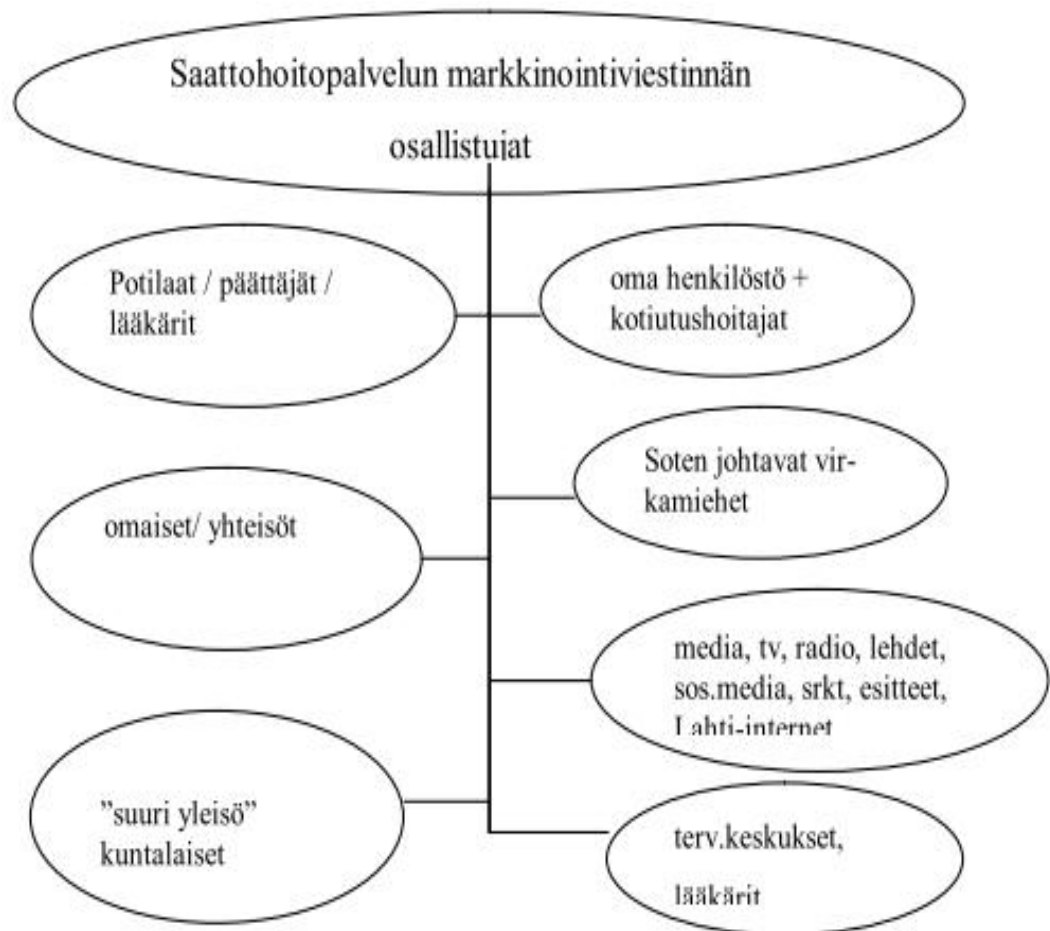
Tähän tehtävään vaaditut laskemat ovat uniikkeja, jokaisen potilaan hoidon aikana syntyvät kustannukset ovat yksilöllisiä. Saatu tieto voidaan arvioida keskimääräiseksi tiedoksi osastohoidon hintaa määrittäessä. Aineistoa olisi voinut olla käytössä enemmän, jolloin olisi voitu myös nähdä mahdollinen kyllästyneisyys aineiston osalta. Validiudesta voidaan todeta, että haluttu palvelunmyynnin hinta saatiin olemassa olevan aineiston avulla laskettua. Tulokset ovat aina synteesejä, joiden muodostumiseen tutkimuksen tekijän ymmärrys vaikuttaa. Suoritettaessa tutkimus uudelleen saataisiin todennäköisesti aikaisiksi toisenlaisia vastauksia. Tutkimus ja sen aikana tapahtuneet seikat ovat opettaneet tekijälleen paljon, mm. tutkimuksen tekoon ei kannata ryhtyä ellei ole täysin varma sen asettajan olevan myös sitoutunut asiaan.

4.6 Markkinointiviestintä

Lanseerattaessa tuotetta markkinoille pitää siitä julkaista mahdollisimman paljon ja monipuolista informaatiota. Saattohoitopalvelu on aina ajankohtainen aihe, siihen on osattava suhtautua neutraalisti ja asiallisesti, jolloin tarkoituksena on pyrkimys vähentää ennakkoluuloja sekä helpottaa lähestymistä. Markkinoitaessa palvelua opastetaan hakeutumaan asiakkaaksi, joskus jopa vaatimaan asiakkuutta. Lainsäädännön muuttuessa tulevaisuudessa tulee subjektiiviseksi oikeudeksi valita paikka, jossa halutaan saada hyvää saattohoitoa. Tämä lisää osaltaan sairaaloiden paineita järjestää asianmukaisia hoitopaikkoja enemmän. Kotikuolemasta puhutaan paljon ja sitä pyritään tukemaan, mutta käytännössä ihmiset kokevat laitoksessa tapahtuvan elämän loppuvaiheen turvallisemmaksi ja helpommaksi. Kuntalaisten asenteet ja arvot lisäävät kuntapäätäjien velvollisuutta olla järjestämässä näitä paikkoja vastaamaan tarpeita.

Lahdessa palvelu on järjestetty erinomaisesti ja verrattaessa kustannuksia sekä mitä todellisuudessa palvelu sisältää voidaan todeta palvelun olevan hyvin tuotettua julkista palvelua.

Seuraavassa kuvataan markkinointisuunnitelmaa ja sen toteutuminen.



Kuvio 10. Saattohoitopalvelun markkinointiviestinnän osalliset (Hasu-Lehtovirta 2011).

Toimialan ohjeistuksen mukaisesti omista asioista neuvotellaan ja tiedotetaan itse. Toimialan johto tapaa työssään eniten muita kuntajohtoon kuuluvia henkilöitä, jolloin markkinointi ja tiedottaminen on luontevaa. Vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen johtaja markkinoi LKS ostopalvelutoimintoja erityyppisissä neuvottelu- ja kokoustilaisuuksissa. Sairaalan johtava ylilääkäri on tiiviissä yhteistyössä erikoissai-

raanhoidon johtavassa ja päätöksiä tekeviä asemassa olevien kanssa. Hän voi suoraan tarjota erikoissairaanhoidosta siirtyville ei-lahtelaisille paikkaa LKS osastolla, kun yhteisesti todetaan hoidon tarve ja hyöty.

Osaston oma henkilöstö, varsinkin lääkäri ja osastonhoitaja ovat yhteistyössä erikoissairaanhoidon. Keskustellessani osaston oman lääkärin kanssa tammikuussa 2011 selvisi hänen tehneet laajaa ja monimuotoista markkinointityötä eri puolilla maata. Hän on käynyt luennoimasta ja kouluttamassa saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta mm. Suomen Kivunhoitoyhdistyksen kivunhoitopäivillä (2010), Suomen syöpäyhdistyksen kokouksissa (2008- 2010), Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen kokouksessa (2010), Valtakunnallisilla Saattohoitopäivillä (2010), Oulun Yliopistollisen Sairaalan (OYS) palliatiivisen hoidon koulutuksessa (2010), Kotkassa sairaanhoitajille (2009), Turussa terveystieteiden vuodeosastojen lääkäreille (2010), PHSOTEY: n sairaanhoitajien kivunhoidonkoulutuspäivillä 2009 ja 2010, LKS ja Lahden kaupungin terveystieteiden lääkäreille useita luentoja aiheesta (2008-2010), LKS kipulääkityskoulusta sairaanhoitajien lääkekoulutuksissa (2008- 2010) sekä omalla L62 osastolla useita erilaisia koulutustilaisuuksia. (2008-). Samassa yhteydessä hän on aina kertonut LKS osasto L62 toiminnasta ja sen kehittymisestä. Lääkäri ja osastonhoitaja ovat lisäksi vierailleet yhdessä kaupungissa sijaitsevassa erikoissairaanhoidon sairaalassa kertomassa osaston toiminnasta.

Osastolla on käynyt tutustumassa toimintaan useita erilaisia hoitoalan vieraita. Keskussairaalan eri yksiköistä on käyty tutustumassa (mm. gynekologia, onkologia, urologia, keuhko- ja kirurgisilta osastoilta – joka puolelta on vierailijoina ollut lääkäreitä ja hoitohenkilöstöä). Vierailijoita ja toimintaa tutustujia olisi tulossa useamminkin, jokainen vierailu vie aikaa ja on suunniteltava hyvin, jotta potilaiden yksityisyyden suojaa ei loukata eikä itse toiminta heikkene näissä tilanteissa.

Sisäisestä markkinoinnista on huolehdittu esittelemällä osaston toimintaa omassa sairaalassa, aina ei potilaan siirtyminen ole mahdollista, vaikka tarve tai halu siirtymiselle olisikin ilmaistu. Osastolla on mahdollista hoitaa samanaikaisesti 20-22 potilasta laadukkaasti ja yksilöllisesti. Vaikka henkilöstöresurssit ja vapaaehtoiset

mahdollistavat toiminnan, vaatii hoito sekä myös omaisten huomioiminen potilaan hoidon yhteydessä runsaasti aikaa sekä voimavaroja.

Palvelua ei ole tietoisesti markkinoitu erikoisryhmälle, osastolla on hoidettu aikuisia potilaita eikä sinne ole vielä tarjottukaan lapsipotilaita. Lapset hoidetaan perinteisesti erikoissairaanhoidossa ja heistä ei peritä maksua. Jos osastolle tarjottaisiin lapsipotilasta palliatiiviseen hoitoon, asettaisi se koko henkilökunnan uudenlaisen haasteen eteen, johon myös tarvittaessa yritettäisiin vastata. Ulkopaikkakuntaisesta lapsipotilaasta laskutettaisiin kotikuntaa normaalisti. Nuorten aikuisten hoitaminen osastolla on osoittanut työn olevan normaalia raskaampaa ja vievän henkilökunnalta enemmän aikaa, tämä on osastolla onnistuttu tekemään tarpeen mukaisesti. Palvelun tehoa tulee arvioida erityistapauksissa herkällä korvalla, mutta samalla on huomioitava että se olisi taloudellisesti kannattavaa ja toimivaa kaikilla tasoilla.

4.6.1 Myynnin edistäminen ja tiedottaminen

LKS toimii kaksi kotiutushoitajaa, joista toinen käy päivittäin erikoissairaanhoidossa tapaamassa kaupunginsairaalaan siirtoepikriisin saaneita lahtelaisia potilaita. Osaston toiminta on tuttua erikoissairaanhoidossa, jos selkeitä sopimuksia kuntien välillä saadaan aikaan voi kotiutushoitaja käydä tutustumassa myös ei-lahtelaisiin L62 palvelua tarvitseviin. Kotiutushoitaja viestittää aina osastolle lahtelaisesta L62:lle siirtyvästä potilaasta ja neuvottelee osaston lääkärin kanssa mahdollisesta siirtoajankohdasta. Jokainen osastolle siirtyjä saa osaston oman esitteen, josta myös omaiset ja läheiset voivat nähdä osaston toiminnan ennen potilaan siirtymistä osastolle hoitoon. Sama yksinkertainen käytäntö voidaan siirtää ulkopaikkakuntalaisiakin koskevaksi. Silloin toiminta on saatu palvelemaan juuri heitä, jotka eniten siitä hyötyvät ja saadaan todellisia säästöjä aikaan välttämällä turhat potilassiirrot ja ajanhukka. Toistaiseksi osastolla hoidetut ulkopaikkakuntalaiset (ostopalvelupotilaat) ovat siirtyneet keskussairaalaan normaalin lähetekäytännön ja erillisen sopimuksen kautta. Asia on toiminut hyvin, koska siirtyjiä on ollut vasta muutama (vuonna 2010 kaksi potilasta yhteensä 22+ 10 hoitopäivää= 9760€ sekä 2011 yksi potilas yhdeksän(9) hoitopäivää=3145€).

Lahden kaupungin säännöllisen kotihoidon piirissä on n. 450 asiakasta, he ovat päässeet palvelun piiriin yksilöllisin indikaatioin. Kotihoidossa hoidetaan hyvin erilaisia asioita ja kohdataan monenlaisia haasteita. Osaston L62 apulaisosastonhoitaja on käynyt pitämässä kotihoidon sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille esitelmän kivunhoidosta. Kun yhteys on saatu avattua ja toimii hyvin voidaan sen kautta tiedottaa saattohoitopalvelusta laajalle potentiaaliselle asiakaskunnalle ja heidän kauttaan laajemmallekin joukolle. Vaikka varsinaisesta palvelun myynnistä ei puhuttaisikaan, se on käytännössä sitäkin.

Tähän opinnäytetyöhön liittyen oli tehtävä kypsyysnäyte; sovin Lahden Sosiaali- ja terveystoimen tiedottajan kanssa, joka toimittaa kaupunkilaisille jaettavaa tiedotuslehteä, kirjoittavani saattohoidosta ja osasto L62:sta yleisen esittelyn lehteen. En voinut kirjoittaa osaston yksittäisiä asioita olematta siellä työssä, mutta tämän tehtävän teon myötä saatua tietoa voidaan hyödyntää yleisessä tiedottamisessa. Lehteen menevä artikkeli on toimitettu maaliskuun 2011 alussa tiedottajan arvioitavaksi, lehti ilmestyi huhtikuussa 2011. Lehti on saatavilla sähköisessä muodossa Lahden kaupungin internet-sivuilla ja painettuna sitä saa kaikista kaupungin sosiaali- ja terveystoimen pisteistä sekä apteekeista.

4.6.2 Myyntityö

Varsinaista myyntityötä varten pitäisi sopia kuka sitä hoitaa ja miten se voi tapahtua. Pelkkä puhe kollegoille lääkäreiden ja hoitajien omissa piireissä ei vastaa kunnollista, suunnitelmallista myyntityötä. Kun asia sovitaan ja käytetään apuna myyntiasiantuntemusta, voidaan palvelua markkinoida ja myydä tehokkaasti, jolloin toimintaa saadaan tehostettua halutulle tasolle ja palvelua tarvitsevat saavat sitä. Tämän palvelun tarvitsijat eivät voi sitä odottaa. Kaupungin omassa organisaatiossa on monenlaista asiantuntemusta saatavilla, jos voimavaroja halutaan yhdistää ja yhteistyötä tehostaa. Ylimääräistä myynti- ja markkinointityöhön olevaa rahaa ei ole budjetoitu, kustannuksia ei juuri synny jos asia voidaan sopia ja hoitaa yhteistyössä virka-ajalla. Myyntityö voitaisiin hoitaa myös ammattikorkeakoulun kanssa yhteistyönä, jolloin joku opiskelija saisi hyvää kokemusta ja myyntityö voitaisiin

hoitaa hyvin. Perusopintoja suorittavien ohjaajista joku saattaisi innostua ideasta ja saada opiskelijalleen hyvän harjoitustyön teetettyä.

4.6.3 Mainonta

Saattohoitopalvelua ei voida mainostaa perinteisessä mielessä, mutta palvelusta informointi on sen markkinointia. Osastosta on ollut juttu YLE: n Hämeen Uutisissa televisiossa syksyllä 2010, samaan aikaan valtakunnallisena saattohoitopäivänä (6.10.) oli Päijät-Hämeen saattohoitoyhdistyksen edustaja radiossa toimittajan haastateltavana. Hän kertoi yleisesti myös Lahden kaupunginsairaalan saattohoitotoiminnasta olematta organisaation edustaja. Lahdessa seurakuntayhtymän Kirkonseutu-lehdessä 21/10 oli osaston esittely (27.10.2010), lehti ilmestyi vainajien muistopäivän lähellä. Paikallinen valtalehti Etelä-Suomen Sanomat esitteli osaston toimintaa 4.2.2010. Haastattelu- ja artikkelipyynnöt ovat tulleet median taholta, omasta toiminnasta voidaan myös tarjota tietoa medialle, jolloin teksti voidaan suunnata enemmän toimintalähtöiseksi.

Omassa sosiaali- ja terveystiedotuslehdessä ei ole ollut vielä erillistä osaston toiminnasta olevaa artikkelia. Lahden kaupungin internet-sivuilta voi lukea Lahden kaupunginsairaalan sivuilta kuvauksen osasto L62 toiminnasta, lisäksi sieltä löytyvät osaston yhteystiedot helposti.

Markkinointi ja samalla palvelun mainonta on jäänyt käytännössä melkein pä osaston oman lääkärin aktiivisuuden varaan, kotiutushoitaja tekee omalla työsarallaan myös markkinointityötä jota ei ole ajateltu markkinoinniksi, vaan pikemminkin potilaiden asioiden hoitamiseksi ja jatkohoitopaikan turvaamiseksi. Markkinointi on palvelusta tiedottamista ja mainostamista, osaston lääkärin sanoin se tapahtuu hitaasti soluttautumalla erilaisiin yhteisöihin ja verkostoihin, päämääränä on saada eniten osastohoidosta hyötyville potilaille mahdollisuus päästä palvelun piiriin.

Sosiaalinen media on noussut viestinnässä yleisesti käytettäväksi ja hyväksytyksi kanavaksi, julkisten palveluiden osalta sinne ovat harvat ehtineet päivittää tietojaan. Se on tämän tyyppisen palvelun tarjoamisen ja tiedottamisen hyvä kanava olemas-

sa, kun sivut suunnitellaan toiminnan luonteen mukaisiksi ja tehdään ammattimaisesti neutraaleiksi ja puolueettomiksi. Yksittäisten työntekijöiden kommentit työpaikastaan ja sen luonteesta eivät kuulu julkiseen mediaan, tästä on jokainen osaltaan vastuussa, mutta myös työnantajan valvontavastuu on muistettava.

Ulkoinen markkinointi kohdistuu potentiaalsiin asiakkaisiin, tavoitteena on saada uusia asiakkaita palvelun piiriin. Toiminnan ollessa äärimmäisen herkällä alueella tapahtuvaa on markkinointiosaamisella ja markkinoinnin kohdentumisella juuri oikeaan suuntaan tärkeä merkitys. Kuolema ja siihen liittyvät ajatukset sekä toiminta on vaiettua aluetta, se on kuitenkin väistämätön tapahtuma. Hoidettaessa vaikeasti sairastuneita ihmisiä liittyy saattohoito ja palliatiivinen hoito usein toimintaan jossain muodossa. Tiedottaminen osasto L62 mahdollistamasta palvelusta vähentää inhimillisiä kärsimyksiä, mahdollistaa yksilöllisten valintojen laajenemisen sekä kohdentuu myös talouteen kun potilaat voidaan hoitaa kohtuuhintaisella perusterveydenhuollon osastolla erikoissairaanhoidon vastapainoksi. Avoin kansalaistilaisuus vaikkapa kaupunginkirjaston auditoriossa on järjestettävissä, se vaatii organisoitua ja luennon valmistelua ja yhteistä suunnittelua eri toimijoiden kesken. Auditorio vetää parisataa kuulijaa, jolloin valmistelutyökin vaatii aikaa ja halukkuutta ryhtyä kertomaan palvelusta suurelle yleisölle.

Lahdessa toimii kauppakeskus Triossa sijaitseva terveystioski, josta kuntalaiset voivat saada matalan kynnyksen maksuttomia palveluita. Siellä on pidetty erilaisia teemapäiviä, ryhmäohjauksia ja rokotuskampanjoita. Palveluiden tarjoaminen kaupunkilaisille kauppakeskuksessa asioinnin lomassa on uutta ajattelu-mallia, jossa palvelut pyritään tarjoamaan siellä missä ihmiset liikkuvat. Terveystioskissa voitaisipitää myös saattohoitoon ja elämän loppuvaiheeseen liittyvä teemapäivä tai erillinen teemapäivä kivunhoidosta, jolloin kuka tahansa voi saada tietoa asiasta. Terveystioskissa suhtaudutaan kaikkiin uusiin esityksiin varauksetta ja halutaan olla kehittämässä uusia toimintamuotoja. Osastolta pitäisi irrottaa osastonhoitaja tai joku toinen hoitaja teemapäivän ajaksi vastaamaan kysymyksiin ja keskustelemaan asioista halukkaiden kanssa, lääkärin työaikaa ei voi varata koko päiväksi ja yksittäiset lääkärinhoitoa tarvitsevat asiat on hoidettava muuten.

Osastolla on oma esite (liite 6.), joka annetaan potilaalle heidän saapuessaan osastolle tai se annetaan hänelle ennakkotietona ennen osastolle siirtymistä. Tätä esitettä pitäisi uudistaa, jolloin sen tarkoituksena olisi markkinoida palvelua. Esitteitä pitäisi olla erilaisia, kohderyhmän mukaan. Jossain esitteessä pitäisi puhtaasti markkinoida osastoa, siinä olisi muutama hyvä kuva osastosta ja informatiivisesti kerrottuna saatavasta palvelusta ja hinnasta. Esitteitä on erikoissairaanhoidossa, josta siellä osastolla oleva hoitaja voi antaa sen siirtyvälle potilaalle. Näitä esitteitä, hiukan eri asioita painottaen voisi olla tarjolla myös omaisille, lääkäreille sekä kuntapäätäjille. Osastolta L62 pitäisi säännöllisesti toimittaa esitteitä naapurikuntiin ja niiden terveyskeskuksien lääkäreille, sekä myös yksityislääkäripalvelua tarjoaville yrityksille (esim. Terveystalo, Mehiläinen ovat seudulla isoja lääkäripalvelua tarjoavia toimijoita). Palvelusta tiedotettaessa sitä markkinoidaan.

Esitteistä pitää olla selkeästi ymmärrettävissä mitä palvelu maksaa ostajalle, olipa ostajana kunta tai yksityishenkilö. Lisäksi esitteessä on hyvä olla osaston yhteystiedot saatavilla, jolloin yhteydenotto helpottuu. Osastolle soittaessa on henkilökunnan edustajan osattava kertoa palvelusta ja sen kustannuksista asiakkaalle. Tämä voi tuntua yksittäisen hoitajan kohdalla kohtuuttomalta, mutta osastolle voidaan järjestää kirjallinen tieto jokaisen helposti saataville ja siitä luettavaksi mahdollisille palvelusta kysyjille esimerkiksi iltaisin ja viikonloppuisin kun esimiehiä ei ole paikalla asiasta kertomassa. Palvelusta itsestään kertominen on helppoa, koska jokainen osastolla työskentelevä on siinä asiantuntija. Mainontakin voidaan nähdä monisyisenä ilmiönä, jolloin sitä voidaan myös toteuttaa erilaisin tavoin. Uudet innovatiiviset keinot ovat perinteisten lisänä käytettäviä.

4.7 Henkilöstö

Osaava, saattohoitopalvelua tarjoavaksi koulutettu henkilöstö suorittaa työnsä ammatillisella otteella eettisten periaatteiden mukaisesti. Jokainen potilas/asiakas saa hoitonsa/palvelunsa yksilöllisen suunnitelman mukaan toteutettuna.

Kilpailutilanteeseen voidaan varautua ja valmistua varmistamalla henkilöstön osaaminen ja halukkuus suorittaa laadukasta työtä. Yhtenä seikkana siihen voidaan aja-

tella liittyvän sairaalassa vuonna 2010 suoritettu työn vaativuuden arviointi ja sen avulla mahdollistettu palkitseminen. Työn vaativuuden arvioinnin mukaisesti osastolla voitaisiin maksaa hiukan korkeampaa palkkaa, kuin perusterveydenhuollon sairaalassa maksetaan yleisesti. Mahdollistamalla jatkuva kouluttautuminen ja henkilöstön osaamisen lisääminen pysytään vaaditulla tasolla palvelua tarjottaessa ja varauduttaessa kilpailuun. Tuottavuutta ja tehokkuutta arviotaessa on huomioitava suoritettavan työn luonne sekä potilaiden hoitoisuus. Kilpailutilanteessa vaikuttaa myös palvelun tarjoajan fyysiset tilat, jossa palvelu suoritetaan. Viihtyisillä, rauhallisilla tiloilla on merkitystä. Markkinoitaessa yksilöllistä palvelua on taattava myös niiden mahdollistuminen olemassa olevissa tiloissa. Potilaalle voidaan tarjota yhden hengen huone, jossa myös omainen voi olla tarvittaessa rauhassa mukana hoidon edetessä. Jos toisella palveluntarjoajalla olisikin tämä mahdollisuus ja toisella ei voisi palvelun tarvitsija kallistua ensin mainitun tarjoajan asiakkuuteen.

Kilpailutilanteessa on merkitystä myös kuinka nopeasti pääsee tarvittaessa asiakkaaksi ja mitä palvelu maksaa. Mahdollistamalla palvelun piiriin tulo yksinkertaiseksi ja helpoksi sekä pitämällä hinta kohtuullisena ollaan mahdollisessa kilpailutilanteessa vahvoilla. Kilpailutilanteessa myös palvelun laatu merkitsee paljon. Ammattitaitoinen, motivoitunut henkilöstö on palvelun tae. Nykyisessä hoitohenkilöstön työllistymistilanteessa on jokaisen organisaation huolehdittava, että se saa henkilöstönsä sitoutumaan ja pysymään pitkään töissä. Työnantajan on oltava joustava suhteessa työntekijöidensä tarpeisiin ja haluun toteuttaa itseään työssä. Osaston ollessa osana isoa perusterveydenhuollon sairaalaa voidaan mahdollistaa työnkierro, jolloin osaajia on entistä enemmän ja on mahdollisuus päästä suunnitellusti vaihtamaan työpistettä määrääjäksi. Näillä keinoilla voidaan myös ehkäistä henkilöstön uupuminen, mikä saattaa olla mahdollista raskasta saattohoitotyötä tehtäessä. Näin vältetään henkilöstön osalta toiminnan haavoittuvuudelta, asioihin on hyvä varautua suunnitellusti aina kun se on mahdollista.

Vapaaehtoistoiminta on lähtenyt osastolla hyvin käyntiin, vapaaehtoisia on ollut 27. Heidän kanssaan on sovittu, että he voivat itse valita miten ja milloin haluavat vapaaehtoistyötä tehdä. Vapaaehtoiset tekevät monenlaista työtä osaston ja sen potilaiden hyväksi, jokaisen ja jokainen vapaaehtoisten suorittama työ koetaan tärkeäk-

si, se helpottaa osaston palkatun henkilöstön työkuormaa ja osastolla hoidossa olevien sekä heidän omaistensa elämää. Vapaaehtoisuus on määreenä, jolloin jokainen voi itse arvioida kuinka paljon ja miten haluaa olla mukana toiminnassa. Käytännössä se toteutuu niin, että vapaaehtoinen saattaa viettää osastolla useamman kerran viikossa aikaansa tunteja, toinen taas voi piipahtaa harvemmin ja olla läsnä pienen hetken. Vapaaehtoistoiminta liittyy aina saattohoitoon ja uusia vapaaehtoisia etsitään sekä koulutetaan lisää tukemaan toimintaa keväällä 2011. Vapaaehtoisten käyttö voidaan lisätä tehokkuus ja vaikuttavuus ajatteluun, heidän ollessa mukana vahvistamassa toimintaa voivat ammattikoulutetut hoitajat suunnata toimintaa juuri niille sektoreille, joka on sairaalassa luvanvaraista ammattitaitoa vaativaa toimintaa.

Vaikkakin jokainen potilas on yksilö ja saa yksilöllisen palvelun voidaan hyväksi koettuja käytäntöjä hyödyntää työssä ja palvelua toteutettaessa silloin palvelu toisaalta standardoituu. Se voidaan nähdä palvelutoiminnan tasapuolisuuden takeena ja liittyy taasen eettiseen ajatteluun sekä lainmukaisuuteen. Erikoisosaaminen kehittyy työtä tehdessä ja vertaisilta opittaessa, jolloin asiakkaat (potilaat) saavat siitä hyödyn hyvänä palveluna ja sen kehittymisenä. Tällöin voidaan osoittaa toiminnan olevan tehokkaampaa kuin sen alkuvaiheessa ja olemassa olevat toimintaan osoitetut voimavarat saadaan suunnattua tehokkaasti hyödyksi.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

YAMK- tutkinto on työelämäläheinen korkeakoulututkinto, joka syventää oman alan osaamista ja vastaa tasoltaan yliopistossa suoritettavaa ylempää korkeakoulututkintoa. Työelämä kehittämiseen tähtäävä opinnäytetyö on opintojen kulmakivi. Ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa hankittavaa osaamista määrittelevät lainsäädäntö, Eurooppalainen tutkintojen ja osaamisen viitekehys (EQE, OKM 2010), Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys (OPM 2010) sekä ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (ARENA 2010) suositukset yleisistä pätevyyskuvauksista. (Premissi 2010/4).

Tämä ajattelu on saatellut läpi tekeillä olevan työn tekijäänsä. Opintojen tarkoituksena on ollut oppia ymmärtämään liiketalousajattelua sekä syventää sen osaamista niin, että opittua tietoa voi hyödyntää omalla alalla työskennellessä.

Tehtävän tutkimusongelmaksi on määritetty miten saattohoitopalvelua voidaan markkinoida myös kaupungin ulkopuolelta tuleville, ei lahtelaisille palvelun tarvisijoille. Alaongelmana tässä tehtävässä oli selvittää palvelusta muodostuvat kustannukset, joiden pohjalta palvelulle voidaan määrittää kannattava myyntihinta. Toiseksi alaongelmaksi on määritelty miten palvelun markkinointiviestintä voidaan hoitaa kohde- ja sidosryhmille. Saattohoitopalvelun markkinointi ei selvinnyt riittävän hyvin tehtävää tehtäessä. Terveystieteiden tutkimuksessa potilassiirrot hoidetaan totutusti siirtoepikriisi - käytännön mukaisesti. Lähettävä lääkäri tekee siirtolausunnon potilaasta, mikä on käytännössä määräys siirtää potilas hoitopaikasta toiseen. Vain erillisellä sopimuksella voidaan kunnalliseen perusterveydenhuoltoon siirtää ulkopaikkakuntalaisia hoitoon. Tehtävän tarkoituksena oli markkinoida palvelua oman kaupungin ulkopuolelle ja saada aikaan sopimuksia, niin että tarvittaessa voivat ulkopaikkakuntalaiset päästä hyötymään LKS tarjoamasta saattohoitopalvelusta.

Reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen toistettavuutta, jolloin tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Tässä tehtävässä on erityisesti huomioitava reliabiliteetin vaikeus, laskelmat voidaan suorittaa uudelleen ja saadaan samat vastaukset. Jos laskelmat tehdään mittaamalla eri potilaiden hoitoon käytettävää aikaa ja mittajina on eri henkilöitä, ei päästä samoihin nyt saatuihin tuloksiin. Hoitotyössä on jokainen potilas yksilö, jolle annetaan hoidon tarpeen mukainen lääkitys sekä aika, jolloin palvelu suoritetaan. Tutkimus ei siis ole toistettavissa samanlaisena toisten potilaiden kohdalla ja toisten mittajien tekemänä.

Validius tarkoittaa aineistosta tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta, jolloin tutkimuksessa on mitattu/tutkittu mitä on ollut tarkoituskin. Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena saada selville hoitopäivän hinta, jolla palvelua voidaan tarjota markkinoitavaksi kaupungin ulkopuolisille tarvisijoille. Hoitopäivähinta saatiin laskettua ja sillä palvelua on myös myyty. Ulkoinen validius kuvaa tutkimuksen yleistettävyyttä eli sitä perusjoukkoa, josta otos on saatu. Tässä tehtävässä aineisto on ollut

niin luotettavaa kuin mahdollista, se on saatu tietoon sairaan apteekista ja taloustoimistosta sekä suorittamalla mittauksia. Tutkimuksen tekijän on voitava luottaa saamaansa aineistoon ja sen perusteella saataviin tuloksiin. Kustannukset vaihtuvat vuosittain erilaisten kustannusnousujen myötä, käytetty työaika on aina yksilöllinen koska jokainen tekee työtä omalla persoonallisella tavallaan ja potilaan tarpeen mukaan. Aineiston pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä voidaan pitää luotettavina, toisella aineistolla olisi päästy erilaisiin johtopäätöksiin palvelun ja toiminnan luonteen mukaisesti.

Palvelusta muodostuvat kustannukset saatiin laskettua, pitää vain pystyä realistisesti arvioimaan mitä ovat ne kustannuserät, jotka on huomioitava laskelmia suoritettaessa. Tässä suurena apuna oli Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen taloustoimistosta saadut tiedot sekä työn suorittajan oikeus päästä kaupungin intranetissä olevaan talousseuranta-ohjelmaan ja sen avulla saada osaston L62 tietoja käyttöön.

Markkinointiviestinnän osuus ei korostunut tehtävässä riittävästi, eikä tehtävän teon myötä päästy selkeään tietoon kuka ja miten viestintä hoidetaan tai olisi parasta hoitaa, palvelun tietoisuuden lisäämiseksi.

Teorian teemat käsittelevät palvelua ja asiakassuhdetta. Palvelu prosessina tulee empiriassa esille osaston L62 palvelukuvauksessa, samaan yhteyteen on liitetty teorian esiin nostama asiakaslähtöisyys. Toiminnan lähtökohtana saattohoitopalvelussa on nimenomaisesti asiakkaan tarve ja tarpeeseen vastaaminen. Teoriassa käsitellään henkilöstön osaamista osana palveluajattelua, se on merkityksellistä ja erityisosaaminen korostuu perusterveydenhuollossa tuotettaessa erikoispalvelua. Koulutuksen suunnittelu ja tarpeeseen vastaaminen oikeana kohdentumisena lisäävät henkilöstön osaamista parantamalla ja vahvistamalla annettavaa palvelua. Empiria- osuudessa ei selviä tarkkaan miten osaston henkilöstön osaamista on pyritty kehittämään ja parantamaan, varsinainen koulutukseen ja kehittämiseen käytetty aika ei selviä eikä myöskään se mille ryhmälle koulutusta on suunnattu osastolla.

Markkinoitaessa ja tarjottaessa julkista terveydenhuollonpalvelua on huomioitava asiakkaiden koostuvan kahdesta erillisestä ryhmästä. Potilaat tarvitsevat palvelua, mutta eivät voi aina itse päättää pääsevätkö palvelun piiriin. On toki mahdollista, jos tarve täyttyy, päästä hoitoon ja maksaa koko palvelun hinta (nyt 305€/vrk) itse. Käytännössä se on monelle kuitenkin mahdotonta. Toisena asiakasryhmänä ovat päättäjät, joiden toiminnan varassa potilas pääsee palvelun piiriin. Palvelusta tiedottamista ja markkinointia tulee suunnata molemmille ryhmille, tiedonkulku on saatava suoraksi ja selväksi ja erityisesti helposti löydettäväksi. Tiedotettaessa palvelusta ja sen saamisen mahdollisuuksista on samalla tiedotettava mitä palvelu pitää todellisuudessa sisällään ja mitä mahdollisista lisäpalveluista joutuu maksamaan. Markkinointi eri ryhmille on tärkeää, osastolla pitäisi tehdä useampia esitteitä toiminnasta nykyisen yhden sijaan.

Terveydenhuollossa toimintoja mitataan erilaisin mittarein, onnistumista voidaan arvioida monista lähtökohdista. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kohdalla onnistumisena pidetään tyytyväisenä asiakkaana tai kivuttomana potilaana. Kipua mitataan potilaan oman arvioinnin perusteella erillistä kipua osoittavaa mittaristoa apuvälineenä käyttämällä. Asiakastyytyväisyys ilmenee palvelun uudelleen hankintana, kun ostaja on tyytyväinen saamaansa tuotteeseen tai palveluun hankkii hänen tarvittaessa uudelleen.

Selkeä sopimus, johon on kirjattu mitä palvelu sisältää ja miten se voidaan aloittaa selkeyttää toimintaa ja kohdistuisi suoraan yksittäisen ihmisen tarpeeseen saada hyvä hoito heti tarvittaessa. Käytännössä se merkitsisi joskus osastolla potilaan sijoittumista ns. ylipaikalle. Tieto potilaasta tulee usein ennen lähetettä, jolloin tilannetta voidaan arvioida ja tehdä myös tarvittavia toimenpiteitä sujuvan osastolle saapumisen onnistumiseksi.

Kuntien rahatilanne vaikuttaa aina, kun joudutaan punnitsemaan miten olemassa olevat taloudelliset resurssit voidaan käyttää. Taloustilanteet vaihtelevat, eri kunnat säätelevät tilanteitaan omasta lähtökohdastaan. Yksittäisen saattohoito tai palliatiivisen potilaan hoito ei ole taloudellinen riski missään kunnassa, mutta kustannus saattaa olla esteenä palvelun piiriin pääsemiselle. Aktiivinen tiedottaminen toimin-

nasta helpottaa päätöksentekijöiden työtä, kun on selkeästi selvillä mitä toiminta tarkoittaa ja pitää sisällään antaa se mahdollisuuden päästä tarvittavaan hoitoon. Tasa-arvon universaalisuus- ajattelun mukaisesti terveydenhuollon pitäisi olla tasa-arvoista katsomatta uskontokuntaan, rotuun tai sukupuoleen. Myös taloudellinen ja poliittinen päätöksenteko kuuluvat tähän luetteloon.

Tämän tehtävän tekemisen myötä on ajatus hyvinvointialalla tarvittavasta liiketoimintaosaamisen sisältöjen ymmärtämisen ja osaamisen tarpeesta vahvistunut. Tarvitaan osaajia, joilla on näkemystä ja ymmärrystä pyrkiä laajentamaan ajattelua yli oman vahvan substanssiosaamisen. Eri alojen asiantuntijoiden voimavarojen yhdistäminen helpottaa ja vahvistaa toimintaa, tämäkään tehtävä ei olisi onnistunut yksin tekijänsä voimin. Useasti jouduin kysymään neuvoa ja apua Sosiaali- ja terveystoimen talouspalveluista, sekä osasto L62 lääkäriltä ja osastonhoitajilta. Kysyvä ei tieltä eksy, tuli jälleen todistettua – koska vastaukset sain aina käytännön toimijoilta.

Talousajattelu, liiketoimintaosaaminen ja saattohoito vaikuttavat ensi kuulemalta lähinnä absurdilta tai mauttomalta asiayhdistelmältä, mutta ne liittyvät vankasti yhteen ja tukevat toisiaan. Saattohoidon asianmukainen järjestäminen vaatii hyviä resursseja, jotka toteutuvat liiketoimintaosaamisen mahdollistamilla keinoilla. Asianmukaisen, hyvän saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tarjoamisen mahdollisuuteen tarvitaan vankat resurssit toiminnan onnistumiseen. Julkisen toiminnan puitteissa ne on voitu taata moitteettomasti ja resursseja on voitu vahvistaa toimintaa tukeviksi. Yksityiset palveluntuottajat sosiaali- ja terveyssektorilla ovat lisänneet osuuttaan. On lienee ajankysymys, koska ne tarttuvat myös tähän osaan markkinoidessaan palvelua. Toiminta laajenee palveluntarvitsijoiden määrän ja halukkuuden lisääntyessä. Nykyisin muualla tarjottavat saattohoitopalvelut ovat säätiö- ja aatepohjaisten tuottajien järjestämiä, tappiollista toiminta ei ole kuitenkaan missään. Rungas vapaaehtoistoiminta keventää monesti henkilöstökustannuksia. Eettinen pohja toiminnalle ja siitä huolehtiminen takaavat myös monenlaisten palveluntuottajien mahdollisuuksien lisääntymisen näillä markkinoilla. Tuotettaessa palvelu julkisen terveydenhuollon osana voidaan ajatella palvelun piiriin pääsemisen olevan ns. matalan kynnyksen palvelua.

Osaava, ammattitaitoinen ja sitoutunut henkilöstö muodostaa toiminnan onnistumisen perustan. Lääkeosaamista korostetaan paljon, se ja potilaan kohtaaminen vaativat omaa erityisosaamistaan. Työnantajan on huolehdittava työntekijöiden jaksamisesta mahdollistamalla työnohjaus sekä työnkierto ja ammtiosaamisen pysyminen vaadittavalla tasolla. Koulutusmäärärahat ovat niukat, niiden suuntaaminen tasapuolisesti koko ison sairaalan henkilöstön erilaisten koulutustarpeiden tyydyttämiseksi vaatii tarkkaa suunnittelua ja johtamisosaamisen tasapuolisuutta.

Kaupunginsairaala toimii vanhentuneissa tiloissa, vaikka peruskorjausta onkin viime vuosina suoritettu osassa rakennusta, ei se poista tosiseikkaa nykyvaatimusten mukaisten tilojen puuttumisesta. Kun uusinta osaa Jalkarannan sairaalaan aletaan rakentaa, on suunnitelmissa siirtää palliatiivisen hoidon osasto myös sinne. Jos potilaspaikat vähenevät tulevaisuudessa, mutta tarve kasvaa ollenkin uudentyyppisen haasteen edessä. Kuka voi määrittää ja valita ne potilaat, jotka pääsevät osastolle hoitoon? Kenelle voidaan antaa valta tehdä tämän kaltaisia päätöksiä, joilla on vaikutusta näissä kysymyksissä? Asia on ratkaistava jollain tasolla, kun osaston siirtopäätöksiä tulevaisuudessa tehdään. Jos potilaspaikat vähenevät tulevaisuudessa tarkoittanee se käytännössä ulkokuntalaisten pääsyn tarvitsemaansa hoitoon hankaloituvan entisestään.

Palvelua on nyt myyty 305€/hoitopäivä. Hinta voisi olla 320- 340€/vrk, jolloin siihen sisältyisivät nyt kaikki kustannukset. Voittoa ei saataisi, mutta tappiotakaan ei jouduttaisi kärsimää. Jos lopullinen maksaja (kunta) haluaa saada asukkaalleen kivuttoman, turvallisen hoitopaikan elämän loppuvaiheessa tai vakavan kivun hoidossa saa nyt tarjotulla hinnalla sitä hyvällä ammattitaidolla ja sydämellä suoritettuna. Hintaa on arvioitava vuosittain, hoitokustannukset nousevat, ja se on ilmoitettava palvelun ostajille ajoissa kun hankintaa suunnitellaan.

Tämän tehtävän tekijäänsä tyydyttävä suorittaminen olisi saanut aikaan selkeän tuotekuvauksen, määritelmän mitä se pitää sisällään sekä tiedon miten sopimuksia voidaan tehdä. Se ei nyt onnistunut tekijän yrityksistä huolimatta. Toimijoita on runsaasti, yhteisen selkeän näkemyksen synnyttämisen ongelma on alalla yleinen.

Jokainen suorittaa omalla sektorillaan tehtävänsä erinomaisesti, mutta ajalliset sekä muut resurssit hidastavat joskus niiden yhteensovittamista.

Jos julkista palvelua ryhdytään tuotteistamaan, on asiaan voitava paneutua kunnolla ja saatava kaikki tarvittava tieto sekä osaaminen organisaatiossa käyttöön onnistumisen takaamiseksi. Toiminta vaatii liiketalousosaamista ja mahdollisuutta suorittaa laskelmia, joiden perusteella myytävän tuotteen hinta voidaan osoittaa. Uusien asioiden käyttöönotto vaatii yhteistyötä päämäärään pääsemiseksi, suuressa organisaatiossa se korostuu. Tehtävä on opettanut paljon, mutta myös osoittanut kuinka vähän tuotteistamisesta vielä tiedetään sekä saanut pohtimaan mitä halutaan oppia ja miten saadaan opittu tieto yhteisesti hyödynnettyä.

Jatkotutkimusehdotuksena on herännyt tuotteistaa julkisen terveydenhuollon palveluita hyvin ja perusteellisesti. Kun asiaan on päässyt vihkiytymään, on tehtävä seuraavalla kerralla helpompaa, jolloin laatuvaatimukset voidaan asettaa jo tehtävää ryhdyttäessä suunnittelemaan. Selkeä sopimus ja sitoutumisen edellytys niin tehtävän asettajan kuin suorittajankin osalta varmistaa osaltaan laatua. Saattohoitopalvelun tuotteistaminen kiinnostaa edelleen, varsinkin julkisen terveydenhuollon tarjoamana. Mahdollisuus päästä tuotteistamaan palvelu nyt olisi tärkeää, tekijälle olisi annettava mahdollisuus tehdä työ hyvin ja päästä suunnittelemaan markkinointi niin, että tehtyä työtä voisi arvioida myöhemmin eri näkökulmista. Jatkoarviointi voi olla myös uuden tutkimuksen aiheena; miten tuotteistettu palvelu toimii käytännössä ja mikä on sen vaikuttavuus muuhun ko. organisaation tarjoamiin palveluihin tai talouteen.

LÄHTEET

Aarnikoivu, H. (2005). Onnistu asiakaspalvelussa. Helsinki: WSOY.

Arantola, H. & K. Simonen (2009). Palvelemisesta palveluliiketoimintaan. Asiakasymmärrys palveluliiketoiminnan perustana. Helsinki: Tekesin katsaus 256/2009.

Bergström, S. & A. Leppänen (2003). Yrityksen asiakasmarkkinointi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Bergström, S. & A. Leppänen (2009). Yrityksen asiakasmarkkinointi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Bekke, H., Perry, J. & T. Toonen (1996). Civil service systems in comparative perspectives. Indiana University Press.

Cutlip, S., Center, A. & G. Broom (1994). Effective Public Relations. New Jersey: Prentice-Hall.

Duodecim-lehti (124/2008). Käypä hoito – suositus. Kuolevan potilaan oireiden hoito, 572-587. Helsinki: Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Grönroos, C. (1998). Nyt kilpaillaan palveluilla. Helsinki: Werner Söderström Oyj.

Grönroos, C. (2003). Palvelujen johtaminen ja markkinointi. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Grönroos, C. (2009). Palvelujen johtaminen ja markkinointi. Helsinki: WSOYpro.

Halonen, O. (2001). Yhdessä ykköseksi. Luo kilpailukykyä henkilöstön avulla. Helsinki: Kauppakaari.

Heinonen, M. (2007) Kivun arviointimittarit. Reuma-sairaala. Saatavilla 14.9.2010 Terveyskirjasto.

Helsingin Sanomat (11.8.2010 ja 24.9.2010). Saattohoito-suositukset.

Hervonen, A. & W. Nienstedt (1992). Lääketieteellinen ammattisanasto. Tampere: Lääketieteellinen Oppimateriaalikustantamo Oy.

Honkanen, R. & L. Paasivaara (2010). Terveystieteiden ammattilaisten työ ja sähköiset palvelujärjestelmät., 20-35. Hallinnon Tutkimus 1/2010.

Hopia, H., Liimatainen, L. & E. Latvala (2010). Tiedonkäsitys, roolit ja osaamisvaatimukset ammattikorkeakoulun terveysalan kehittämistyössä, 36-41. Premissi - terveystieteiden ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 2/2010.

Hovila, H. & J. Okkonen (2006). Kokemus organisaation voimavaraksi. Tampereen yliopiston tutkimusraportti 32/2006. Tampere: Cityoffset Oy.

Hyrkäs, E. (2009). Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 338.

Hänninen, J. (2003). Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Iivonen, J. & L. Åberg (2009). Viestinnästä julkisuuspolitiikkaan. Julkisen vallan viestintätoimintojen muutos Suomessa, 3-25. Hallinnon Tutkimus 2/2009 vol.28.

Ikola-Norrbacka, R. & A. Jokipii (2010). Hallinnon eettiset arvot talousrikostutkijoiden professionissa, 53- 68. Hallinnon Tutkimus 1/2010 vol.31.

Juholin, E. (2005). Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön. Helsinki: WS Bookwell.

Kinnunen, R. (2001). Creating and testing of service ideas and service production concepts. Publications of the Swedish School of Economics and Business Administration nr 92. Helsingfors: Yliopistopaino.

Kinnunen, R. (2004). Palvelujen suunnittelu. Vantaa: Dark Oy.

Kittilä, R. (2004). Vapaaehtoistoiminta, vertaistuki ja kilpailuttaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Kivistö, A. (2003). Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 5.

Kolehmainen, S. (2007). Tuotteistus ja kustannuslaskenta tilaajatuottajamallissa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Komulainen, M. (2010). Ulkoistaminen kunnissa. Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisen palvelujen tuottamismuotona. Acta-väitöskirja. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kotter, P. (1999). Muuttuva markkinointi – luo, voita ja hallitse markkinoita. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kotter, P. (2009). Tärkeys järjestykseen. Nyt. Helsinki: Talentum.

Kunnallinen työmarkkinalaitos (1999). Palkkatietojen julkisuus ja nimikirja. www.kuntatyönanatajat.fi/modules. Saatavilla 5.10.2010

Kulovesi, A. (2002). Markkinointia rakkaudella, inspiraation siemeniä sisäiseen yrittäjyyteen. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Kuntaliitto (2008). Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille.

Kuusela, H. (1998). Markkinoinnin haaste – näkymätön näkyväksi. Porvoo: WSOY.

Lampikoski, K. & T. Lampikoski (2004). Kehitä ideasi innovaatioksi. Vantaa: Dark Oy.

Lehtinen, J (2002). Asiakaslähtöinen johtaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehto, J. (2009). Reagoidaanko lamaan nyt toisin?, 7- 9. Premissi- terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 5/2009.

Lehtonen, V-M. (2007). Henkilöstöjohtamisen tehostaminen valtionhallinnossa henkilöstötilinpäätös informaation avulla. Empiirinen tutkimus Suomeen valtionhallinnossa tuotettavan henkilöstötilinpäätösinformaation arvosta johtamisessa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lumijärvi, I. (2009). Johtamisen vaikutus organisaation tuloksellisuuteen: mikä on johtamisen vaikutus organisaation korkean tuloksellisuuden synnyttämisessä ja miten vaikutus ilmenee? Tampere: Tampereen yliopisto.

Luostarinen, M. (2006). Saattohoidon periaatteet Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä – saattohoito-ohje.

Lämsä, A-M. & O. Uusitalo (2002). Palvelujen markkinointi esimiestyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lönnqvist, A., Jääskeläinen, A., Kujansivu, P., Käpylä, J., Laihonen, H., Sillanpää, V. & M., Vuolle (2010). Palvelutuotannon mittaaminen johtamisen välineenä. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Markkinointi ja sen toimintaympäristö

<http://www.joensuu.fi/taloustieteet/markkinointi/kuluttajamarkkinointi/kulmain.htm>. Saatavilla 5.10.2010

Meklin, E. (2009). Muuttuuko mikään? Tuloksellisuuden käsitteen monimutkaisuus julkishallinnossa. Teoksessa Vakkuri J. (toim.) Paras mahdollinen julkishallinto?: tehokkuuden monet tulkinnat. Helsinki: Caudeamus.

Mäntyneva, M.(2002). Kannattava markkinointi. Helsinki: Werner Söderström Oy.

Ollitervo, A-L. (2003). Mitä yhteisöviestintä on?

<http://www.juy.fi/viesti/verkkotuotanto/yviperust/artikkelit/index.html> saatavilla 4.5.2009

Otala, L. (2008). Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOYpro.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & J. Nikkilä (2008). Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Parjanne, R. (2007). Katse suunnattava kuntien kehitysedellytyksiin. Suomen Kuntaliitto.

Rautiainen, A. (2004). Kuntien suorituksen mittaus ja tuloksellisuuskäsitteistö: arviointi ja kehittäminen. Lisensiaatin tutkimus. Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta. Jyväskylä.

Räsänen, P. & S-L. Hovi (2010). Miten arvioida terveydenhuollon menetelmien kustannusvaikuttavuutta?, 12- 14. Premissi - terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 4/2010.

Saarela, T. & P. Virtanen (2010). Sopimusohjaus kuntapalveluissa. 134 -151. Hallinnon Tutkimus vol 29 nro 2.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio (2003). Helsinki: Etene.

Sairaanhoitajan käsikirja (2007). Saattohoito sairaalassa, 294- 295. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Salonen, M., Seppä, O. & H. Virolainen (2010). Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen koulutus suomalaisissa korkeakouluissa, 46 - 51. Premissi – terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 5/2010.

Sarikka, H. (2010). Päijät-Hämeen saattohoidon tuki ry:n kevätkokous 14.4.2010.
Siukosaari, A. (2002). Yhteisöviestinnän opas. 2. tarkastettu painos. Helsinki: Hakapaino.

Sneck, T., Hannula, K., Mäkelä, K. & J. Sandberg (2008). Kuntajohtoisen kilpailuttamisyhteiskunnan toimintarakenteet. <http://www.vtt.ihf/pdf/tiedotteet/2008/T2459.pdf> . Saatavilla 7.2.1011

STM- tiedote 6.3.2009, 75/2009. Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. www.stm.fi. Saatavilla 18.5.2010.

Tuottavuusohjelma; toimenpiteet ja mittarit 2010- 2012. Lahden kaupunginvaltuusto 12.4.2010.

Valkama, Katja (2009). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja teveydenhuollossa, 26- 39. Hallinnon Tutkimus vol 28 nro 2.

Valtiovarainministeriö 2005c. Haasteena johtamisen laajentaminen valtionhallinnossa. Miten strategisen henkilöstöhallinnon avulla suunnataan ja henkilöstösuunnittelun avulla toteutetaan liike- ja toimintastrategioita tukevaa henkilöstöjohtamista. Valtion työmarkkinalaitos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vauhkonen, P. (2007) (toim.) Liiketoiminnan vastuullisuus – minkä väristä se on?
Oitmäki: Johtamistaidon Opisto JTO.

Vuokko, P. (1997). Avaimena asiakaslähtöisyys. Helsinki: Oy Edita Ab.

Vuokko, P. (2004). Nonprofit- organisaatioiden markkinointi. Porvoo: Bookwell Oy.

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18676_Palvelu-hinnasto_2010_nettiin.pdf. Saatavilla 7.2

[www.finlex.fi/Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä terveydenhuoltolakityöryhmän muistiosta 2008; 28](http://www.finlex.fi/Sosiaali- ja_terveysministeriön_selvityksiä_terveydenhuoltolakityöryhmän_muistiosta_2008;_28). Saatavilla 22.2.2010

www.finlex.fi/terveydenhuoltolaki

<http://www.kela.fi/internet/suomi.nsf/NET09081145433EH?OpenDocument>. Saatavilla 12.10.2010

<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/C22411CFD3617A09C2257071005DD723>. Saatavilla 29.1.2011

<http://www.lahti.fi/UusiKunta>. Saatavilla 25.7.2010

Åberg, L. (2000). Viestinnän johtaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Haastattelu: Osastolääkäri Eeva Suhosen haastattelu osastolla L62 Lahden kaupunginsairaalassa tammikuussa 2011.

Puhelinkeskustelut: Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen laskentapäällikkö Anu Mäkelän kanssa heinäkuussa 2010.

LIITTEET

Liite 1.

Kuolevan oikeudet.

Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)

Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaan asti.
Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä muuttuuko sen tavoite.
Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoni ylläpitäviltä vaikka toivo muuttuisi.
Minulla on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin.
Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.
Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi.

Liite 2. Saattohoitoa tarjoavia yksiköitä Suomessa vuonna 2010

Hoitokoti/sijainti	Ylläpitäjä	Toiminta alkanut	Hoitopaikat	Mitä palvelua	Hoitopäivähinta 2010	Asiakasmaksu
Koivikko-koti/ Hämeenlinna	Koivikko-säätiö	2002	12	kotisairaanhoito osastohoito	284 €	32,50 €
Pirkanmaan hoitokoti/ Tampere	Syöpöpotilaiden Hoitokotisäätiö	1988	24	kotisairaanhoito päiväsairaala kotihoidossa olev. osastohoito	262 € vaativat 330€	30,30€ tai 32,50 €
Karinakoti/ Turku	Lounais-Suomen Saattohoitoyhdistys	1994	20	osastohoito	240 €	32,50 €
Terhokoti/ Helsinki	Etelä-Suomen ja Syöpäsäätiön yhteinen Terho-säätiö	1988	17	kotisairaanhoito päiväsairaala kotihoidossa olev. osastohoito	345 €	30,30 €

Potilaille oltava kotikunnan maksusitoumus, jotta normaali sairaalan hoitopäivä-hinta (asiakasmaksu) toteutuu. Yksityispotilas maksaa jokaisessa paikassa koko vuorokausimaksun. Jos potilaasta on tehty ns. pitkäaikaishoitopäätös laskutetaan häntä lainmukaisesti; Maksu on enintään 85 % hoidossa olevan kuukausituloista. Henkilökohtaiseen käyttöön on jätävä kuitenkin vähintään 97 euroa. Jos suurempi-tu-
loinen puoliso on laitohoidossa, voi hoitomaksu olla enintään 42,3% puolisojen yhteenlasketusta nettokuukausitulosta. Perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Liite 4.

Taulukko 6.

Eri ammattiryhmille laskettu toukokuun 2010 palkkamenoista selville saatu palkkakustannus..

Toukokuussa 2010 oli 21 työpäivää (5 työpäivää/viikko)

ammattinimike	työtunnit/ kk ja /vrk	työtunnin hinta / h	kokonaishinta/h
LÄÄKÄRI	155,4 h/kk, 7,4 h/vrk	40,5 € h	49,3 €h
SAIRAANHOITAJA	160,23 h/kk, 7,63h/vrk	17,07 € h	20,8 €h
PERUSHOITAJA	160,23 h/kk, 7,63h/vrk	15,01 € h	18,3 €h
SAIRAALA-APULAINEN	160,23 h/kk, 7,63h/vrk	13,11 €h	16 €h

Taulukko7.

Potilas 1. Hoitoaika 29.3.-3.4.2010 6 vrk käytetty/ilmoitettu aika

ammattinimike	kokonaisaika	aika / vrk	hinta
LÄÄKÄRI	265 min	44,16 min /vrk	4,42h x 49,3 €h=217,9€
SAIRAANHOITAJA	645 min	107,5 min/vrk	10,75hx20,8€h = 223,6€
PERUSHOITAJA	680 min	113,3 min/vrk	11,33h x 18,3€h=206,8€
SAIRAALA-APULAI.	190 min	31,6 min/vrk	3,16h x 16€h= 50,56€

Taulukko 8.

Potilas 2. Hoitoaika 4.-9.5.2010 6 vrk

ammattinimike	kokonaisaika	aika / vrk	hinta
LÄÄKÄRI	20 min	3,3 min/vrk	0,3hx49,3€h = 14,79 €
SAIRAANHOITAJA	325 min	54,16 min/vrk	5,41h x 20,8 €h = 112,32 €
PERUSHOITAJA	265 min	44,16 min/vrk	4,41h x 18,3 €h= 80,7 €
SAIRAALA-APUL.	45 min	7,5 min/vrk	0,75h x 16 €h= 12 €

Taulukko 9.

Potilas 3. Hoitoaika 14.6.-21.7. 2010 38 vrk

ammattinimike	kokonaisaika	aika /vrk	hinta
LÄÄKÄRI	405 min	10,65 min/vrk	6,75h x 49,3 €h = 332,78 €
SAIRAANHOITAJA	3674 min	96,68 min/vrk	61,2hx20,8 €h = 1272,96€
PERUSHOITAJA	4570 min	120,26 min/vrk	76,16hx18,3€h= 1393,73€
SAIRAALA-APUL.	1035 min	27,23 min/vrk	17,25hx16 €h = 276€

Taulukko 10.

POTILAS A: hoitoaika 9.9.-23.9.2009 15 vrk

lääke	kokonaishinta	päivähinta	hoidon pituus vrk
Robinul 0.2mg/ml	11,33€	3,77€	3
Midazolam 5mg/ml	5,01€	1,67€	3
Oxanest 10mg/ml	184,50€	12,30€	15
Oxaderon 5mg/ml	304,29€	20,29€	15
Primperan	31,88€	2,13€	15
Furesis 10 mg/ml	13.31€	1,33€	10
YHTEENSÄ	550,32 €	41,49 €	15 VRK

Taulukko 11.

Potilas B, hoitoaika 21.1.-7.3.2010 45 vrk

lääke	kokonaishinta	päivähinta	hoidon pituus vrk
Stesolid 5mg/ml	4€	0.80€	5
Robinul 0.2 mg/ml	11.34€	3.78€	3
Deponit NT 10mg/24h	31.2€	0.80	39
Klexane 100mg/ml 40mg ruisku	5.46€	0.14€	39
Oradexon 5 mg/ml	104.48€	6.14€	17
Laxoberon	7.20€	0.16€	45
Serenase 5mg/ml	1648.8€	43.20€	39
Oxanest 10mg/ml	1918€	49.20€	39
Midazolam 5mg/ml	20.04€	6.68€	3
Ketanest-S 25mg/ml 1ml/h	1927.68€	120.48€	16
Ketanest-S 25mg/ml 1.6ml/h	385.53€	192.76€	2
Ketanest-S 25mg/ml 1.8ml/h	650.59€	216.86€	2
YHTEENSÄ	6714.32€	149.20€	45 VRK

Taulukko 12.

POTILAS C: hoitoaika 26.6.-22.8.2009 55 vrk

Potilaalla kipupumppu, jossa *lääkecocktail* (hinta laskettu sen mukaisesti, apteekin antamilla tiedoilla).

lääke	kokonaishinta	päivähinta	hoidon pituus vrk
Midazolam hameln 5 mg/ml	178,69€	5,76€	31
<i>Serenase 5 mg/ml</i>			
<i>Oxanest 10mg/ml</i>	4047,47€	73,35€	55
YHTEENSÄ	4226,16€	79,11€	55 VRK

Taulukko 13.

Potilas D, hoitoaika 2.-29.3.2008 28 vrk.

lääke	kokonaishinta	päivähinta	hoidon pituus vrk
Furesis 10mg/ml	2.66€	2.66€	1
Furesis 10 mg/ml	12.96€	1.44€	9
Stesolid novum 5mg/ml	4.0€	2.0€	2
Primperan 5mg/ml	50.40€	8.40€	12
Sirdalud 4mg	4.20€	0.30€	14
Serenase 5mg/ml 2.5mg/12h in- fuusio	9.0€	0.75€	12
Oxanest 10mg/ml 40mg/12h in- fuusio	15.04€	7.5€	2
Oxanest 10mg/ml 120mg/12h in- fuusio	72.78€	24.26€	3
Oxanest 10mg/ml 150mg/12h in- fuusio	276.75€	30.75€	9
Matsifen 25 mikrog/h	1.15€	0.38€	3
Matsifen 50 mikrog/h	6.57€	0.44€	15
Matsifen 75 mikrog/h	10.02€	1.14€	9
Matsifen 250 mikrog/h	9.61€	9.61€	1
YHTEENSÄ	475,14 €	17,11€	28 VRK

Taulukko 14.

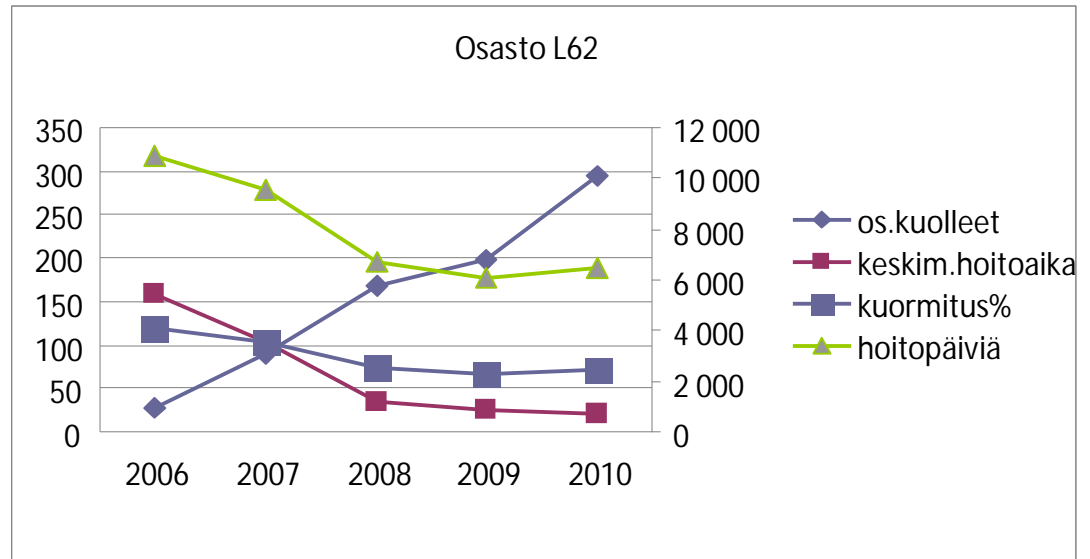
Hoitopäivähinnan kustannuslaskelma.

	2009 lopullinen	09/2010	2010 lopullinen
toimintakulut	1386733	1 386 723,000	1 396 900,000
osuus tukipalveluista	421 188	425 926,365	425 926,365
toimintatuotot	131 000	142 226,000	168 293,000
summa	1 676 911	1 670 423,365	1 654 533,365
yleisten kust.nousu 3%	6243,86	50 112,700	49 635,999
kate% 7%	6680	116 929,635	115 817,333
	1 886 723	1 837 465,700	1 819 986,697
Hoitopäivät	6062	4757	6503
Hoitopäivähinta	311,23	386,200	279,868
MYYNTIHINTA	305€	305€	305€

Liite 5.

Lahden kaupunginsairaala

Palliativisen hoidon osasto L62 osastolla kuolleet 2006-2010



Vuosi	2006	2007	2008	2009	2010
os.kuolleet	28	90	169	199	295
keskim.hoitoaika	158,7	104,27	34,6	26	19,6
hoitopäiviä	10 874	9 515	6 697	6 062	6 503
kuormitus%	119,17	104,27	73,19	66,43	71,27

Liite 6.

Osaston L62 esitteen teksti kopioituna

Tervetuloa osastolle L62 !

Olemme 25 paikkainen palliatiivisen hoidon osasto. Palliatiivinen hoito on aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Hoito käsittää hyvän perushoidon, hyvän kivunhoidon, kaiken ihmisarvoa kunnioittavan huolenpidon ja potilaan läheisten henkilöiden tukemisen. Potilaalla on mahdollisuus voinnin mukaan eripituisiin kotilomiin.

Lahden kaupunginsairaalan toimintaa ohjaa lahden kaupungin strategia, sosiaali- ja terveystoimialan yhteiset arvot sekä eettinen perusta. Osaston L62 toimintaa ohjaa niiden lisäksi osaston omat arvot; ihmisarvo, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, inhimillisyys ja perhekeskeisyys. Toimintamme perustuu yksilövastuisen hoitotyön periaatteisiin pohjautuvaan tiimityöhön. Jokaisella potilaalla on nimetty omahoitaja.

Osastolla käy säännöllisesti sairaalapastori sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Potilas voi käyttää omia vaatteita, joiden puhtaudesta läheiset huolehtivat. Toivomme, että miehillä on oma partakone. Osaston lukolliseen kaappiin voi jättää pieniä summia rahaa henkilökohtaisia tarpeita varten.

Kuolevan potilaan omaisilla on tärkeä rooli potilaan hoidossa. He eivät ole vierailijoita, vaan heillä on osansa potilaan hyvässä hoidossa. Kaikki omaiset ja läheiset ovat osastolle tervetulleita ja voivat osallistua hoitoon. Jokaisella potilaalla ja läheisellä tulee olla myös kahdenkeskeistä yhteistä aikaa. Hoitotyön tavoitteena on luoda turvallisuutta, jotta potilas voi kohdata sairautensa tuomat muutokset ja kohdata kuoleman turvallisesti, arvokkaasti, kivuttomasti ja rakkautta saaden läheistensä seurassa.

Potilaan luona vietetty aika on arvokasta, vaikka mitään ei puhuttaisikaan. Hiljaisuudesta ei pidä ahdistua. Osastolla ei ole vierailuaikoja. Läheisimmät voivat halutes-

saan olla potilaan vierellä mihin vuorokauden aikaan tahansa. Omaisten huoneessa (H15) on kahvinkeittovälineistö ja jääkaappi, johon voi tuoda omia eväitä.

Keväällä 2010 osastollamme koulutetaan vapaaehtoistyöntekijöitä. He toimivat osastolla erilaisissa tehtävissä, mutta eivät varsinaisessa hoitoyössä. Potilas voi ilmoittaa halukkuutensa vapaaehtoistyöntekijän seuraan. Vapaaehtoistyöntekijän tunnustat liivistä ja nimikyltistä.

Omaisten kanssa sovitaan etukäteen, millaisissa tilanteissa potilaiden vointiin liittyen ja mihin aikaan hoitaja voi ottaa heihin yhteyttä. Kuoleman jälkeen on mahdollista osallistua vainajan laittoon tai läheisilleen voi käydä vain jättämässä jäähyväiset. Omaisilla on mahdollisuus halutessaan pieneen muistelotuokioon osastolla hoitajan kanssa heti kuoleman jälkeen.

Jos teillä on hoitoon liittyviä kysymyksiä tai toiveita, ottakaa rohkeasti yhteyttä osastonhoitajaan tai henkilökuntaan.

Omahoitaja _____

Osasto L62 kanslia 03-8182361

Osastonhoitaja: 81823637 050-5761662

Osastonlääkäri: Eeva Suhonen

Sosiaalityöntekijä: Hanna Pietikäinen

Sairaalapastori: Katri Vartiainen

Yhteyden heihin saa osaston henkilökunnan kautta.

LAHDEN kaupunginsairaala

Harjukatu 48

15100 LAHTI

p.03-81811

”joskus paranna
usein lievitä
aina lohduta.”

hippocrates

5.6.2010

Liite 7

Kuolevan potilaan oireiden hoito

Käypä hoito

28.1.2008

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä ohje.

Johdanto

- Palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen tai saattohoidon aloittaminen ovat tärkeitä päätöksiä.
- Potilaan tulee olla tietoinen hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista, ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua päätösten tekoon (hoitotahto Hoitolinjaus tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa.
- Hoitokeskustelujen sisältö ja päätökset tulee kirjata sairauskertomukseen.
- Päätöksenteossa tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta siten kuin potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva lainsäädäntö edellyttää (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)
- Liian myöhään tehty hoitolinjaus (saattohoitopäätös) haittaa potilaan autonomian toteutumista, oireiden lievitystä sekä potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan.
- Joidenkin suosituksessa mainittujen lääkkeiden käyttöaiheet tai annokset poikkeavat myyntiluvissa mainituista.

Keskeinen sanoma

- Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille, kuten kuoleville syöpäpotilaille, keuhkohtaumatauti- tai sydämen vajaatoimintaa sairastaville, dementia-, MS- ja ALS- sekä muita eteneviä neuromuskulaaritauteja ja munuais- tai maksatauti- sairastaville.
- Suosituksessa keskeistä on sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja niistä johtuvan kärsimyksen lievitys potilaille, joiden kuolemaan johtavan perustaudin etenemiseen ei enää voida hoidolla vaikuttaa.
- Oireita lievittävä lääkehoito on vain osa kuolevan potilaan hoitoa. Elämän loppuvaiheen hoidossa tulee paneutua potilaan psykologisiin, sosiaalisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin ongelmiin. Myös oirehoitoon liittyy kysymyksiä ihmisarvosta ja oikeudenmukaisuudesta.
- Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. Kaikkien lääkärin tulee hallita oireita lievittävän hoidon perusteet ja tarvittaessa konsultoida vaativammasta hoidosta.
- Tavallisimpia oireita syöpään kuolevilla potilaille heidän viimeisen elinvuotensa aikana ovat uupumus, heikkous, laihtuminen, kipu, hengenahdistus, yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja.

Potilaiden halu kuolla liittyy usein kipuun, masennukseen, anoreksia-kakeksiaan ja suorituskyvyn heikkenemiseen Oireiden esiintymistä, vaikeusastetta ja häiritsevyyttä tulee selvittää. Oirediagnostiikassa voidaan käyttää apuvälineenä kyselylomakkeita.

- Fyysisten ja psyykkisten oireiden diagnostiikan laiminlyönti tai heikko tuntemus saattaa johtaa potilaan vaivojen liian vähäiselle huomiolle jättämiseen tai liian voimaperäisten ja väärin ajoitettujen hoitojen käyttöön. Oireenmukaisen hoidon liian myöhäinen aloittaminen saattaa lisätä potilaan kärsimyksiä ja jopa johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Saattohoidon kesto ja luonne saattavat eri tautiryhmissä poiketa toisistaan
- Oireet muuttuvat ajan mittaan. Ne oireet, jotka saattoivat vaivata diagnoosin aikaan, eivät välttämättä ole niitä, jotka häiritsevät potilasta kuoleman lähestyessä. Viimeisten elinviikkojen aikana hengenahdistuksesta kärsii eri tutkimusten mukaan 45–70 % potilaista ja 28 %:lla dyspnea on vähintään keskivaikeaa. Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kipua esiintyy loppuvaiheen syövässä 35–96 %:lla, AIDSissa 63–80 %:lla, sydänsairauksissa 41–77 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla. Kuolevan vanhuspotilaan kipu on usein alihoidettua. Kivun arviointi (haittaavuus, määrä, laatu, sijainti, esiintymisaika, kokeillut lääkkeet) on hyvän hoidon perusedellytys.
- Opioideja voidaan käyttää kivun hoidon lisäksi hengenahdistuksen lievittämiseen.
- Kuolevan potilaan kivun hoidossa käytetään ensisijaisesti vahvoja opioideja. Tarvittaessa tulee vaihtaa antoreittiä ja käyttää muita erikoismenetelmiä.
- Ummetusta tulee aktiivisesti ehkäistä ja hoitaa.
- Kuolevan potilaan suonensisäinen nesteytys tai suonensisäinen ravitseminen ei yleensä ole aiheellista.
- Antibioottihoito ei paranna kuolevan potilaan elinaikaennustetta mutta voi lievittää oireita.
- Kuolevilla potilailla delirium on yleinen oire, jota tulee ehkäistä ja hoitaa.
- Hoitovastetta tulee aktiivisesti seurata.
- Korkea ikä ja dementia eivät saa olla esteenä oireita lievittäväälle hoidolle.
- Kuolevan potilaan hoidossa tulee karsia tarpeettomia lääkityksiä haitallisten yhteisvaikutusten minimoimiseksi.

Aiheen rajaus

- Suosituksessa keskitytään haittaavien oireiden ja kärsimyksen lievittämiseen potilailla, joiden kuolemaan johtavan perustaudin etenemiseen ei enää voida hoidolla vaikuttaa. Suosituksessa keskitytään oireiden lääkehoitoon. Suositusta varten ei ole tehty näytönasteen arviointia lääkkeettömistä hoidoista ja vuorovaikutuksesta, jotka ovat merkittävä osa kuolevan potilaan hoitoa.
- Suosituksessa ei käsitellä kuolevan potilaan hoidon organisointia.

Kohderyhmä

- Suosituksen kohderyhmä ovat kaikki kuolevien aikuispotilaiden kanssa työskentelevät lääkärit ja muu henkilöstö erikoisalasta ja hoitopaikasta riippumatta.
- Suositus koskee parantumatonta tautia sairastavien aikuisten oireenmukaista hoitoa tilanteessa, jossa tautiin suuntautuva hoito on osoittautunut tehottomaksi tai potilaalle liian raskaaksi.

- Suositus koskee kaikkia diagnoosiryhmiä
 - Kymmenen tärkeintä kuolemaan johtavien sairauksien ryhmää vau-raissa maissa ovat iskeeminen sydänsairaus, aivoverenkierron sairaudet, keuhkojen alueen syövät, alahengitystieinfektiot, keuhkohtaumatauti, paksusuolen syöpä, dementia, diabetes, rintasyöpä ja mahasyöpä.

Määritelmät

- Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaihees-sa, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole.
- Palliatiivisen hoidon päämäärä on potilaan ja hänen läheistensä mahdollisim-man hyvä elämänlaatu. Palliatiivinen hoito pyrkii helpottamaan potilaan elämää, ja siinä yhteydessä kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana.
- Saattohoito eroaa palliatiivisesta hoidosta siten, että jälkimmäisellä tarkoitetaan parantumattomasti sairaiden pitkäaikaisempaa oireenmukaista hoitoa. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Palliatiivisen hoidon kesto saattaa olla vuosia; saattohoidossa ennuste on viikkoja tai enintään kuukau-sia.
- Lyhennettä DNR (do not resuscitate) tai muuta lyhyttä merkintää elvytyskiellosta ei tule käyttää saattohoidon aloittamista ilmaisevana merkintänä. Sairauskerto-mukseen tulee merkitä hoitolinjaus tarkasti ja kokonaisuudessaan.